

山形大学地域医療医師適正配置委員会規程

(趣旨)

第1条 山形大学医学部（以下「本学部」という。）に、本学部が地域と連携して地域における医療への医師の適正な配置を図り、もって医療の質の向上等地域医療に資するため、山形大学地域医療医師適正配置委員会（以下「委員会」という。）を置く。

(組織)

第2条 委員会は、次に掲げる委員をもって組織する。

- (1) 医学部長
- (2) 医学部附属病院長
- (3) 山形県健康福祉部の代表 1人
- (4) 山形大学関連病院会の代表 1人
- (5) 山形大学医学部教室員会の代表 1人
- (6) 山形県民の代表 2人
- (7) 基礎医学系の教授 1人
- (8) 臨床医学系の教授 4人
- (9) 医学系研究科生命環境医科学専攻の教授 1人
- (10) 医学部長が指名する者 若干人

2 前項第6号の委員は、医学部長及び山形県健康福祉部の代表がそれぞれ1人を指名する。

3 第1項第7号から第9号までの委員は、医学部長が指名する。

(任期)

第3条 前条第1項第6号から第9号までの委員の任期は2年とし、再任を妨げない。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(審議事項)

第4条 委員会は、次に掲げる事項を審議する。

(1) 地域医療機関（大学を除く。以下同じ。）との人事交流の在り方に関すること。

(2) 地域医療機関からの医師の人事についての要望への対応に関すること。

(3) 医師の地域医療機関への転出入に係る審査に関すること。

(4) 地域医療における医師の適正配置に関すること。

(5) その他地域医療の質の向上に係る方策に関すること。

2 前項第3号の審査は、転出入に係るすべての医師を対象とし、診療科からの転出入医師異動理由書（別紙様式）について、医師の異動に係る審査基準（別紙）に基づき行う。

3 委員会の審議事項は、教授会に報告するものとする。

(委員長)

第5条 委員会に委員長を置き、医学部長をもって充てる。

- 2 委員長は、委員会を招集し、その議長となる。
- 3 委員長に事故があるときは、委員長があらかじめ指名する者が、その職務を代行する。

(会議)

第6条 委員会の会議は、委員の2分の1以上の出席をもって成立する。

- 2 委員会の議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(委員以外の出席)

第7条 委員会が必要と認めるときは、委員以外の者の出席を得て、意見を求めることができる。

(事務)

第8条 委員会の事務は、総務課において処理する。

(その他)

第9条 この規程に定めるもののほか、委員会の運営について必要な事項は、委員会において別に定めることができる。

附 則

- 1 この規程は、平成17年7月20日から施行する。
- 2 この規程の施行の日以後最初に第2条第1項第6号から第9号までに掲げる委員となる者の任期は、第3条本文の規定にかかわらず、平成19年3月31日までとする。

別紙様式

学部長	病院長	事務部長	総務課長	総務課課長補佐	広報企画係長	人事係長
委員会承認	年 月 日					
学部長承認					転入・転出先 機関の長	

転出入医師異動理由書

年 月 日

医学部長 殿

今回 病院で勤務している 氏を
病院での勤務に異動させたいので、下記の理由で
申請いたします。

記

理由（*該当する理由に○印を付けること。）

- 1 教育能力に著しく優れ、学生や研修医の教育に多大な貢献をされると考えられる。
- 2 研究をより容易に行うことができると考えられる。
- 3 より高度な先進的集学的医療を学ぶことができ、又はそれを必要としてい
る と考えられる。
- 4 1 から 3 までの理由で現在勤務している病院
において減員となった場合でも、その後の病院での臨床・教育・研究が
長期的視点から山形県内の医療に大 きく貢献すると考えられる。
- 5 医師本人が身体的精神的理由のため、勤務継続が困難である。
- 6 その他やむを得ない理由がある。

〔理由： 〕

注：医師の異動に際しては、次に掲げる条件を満たしていること。

- 1 医師本人が希望又は了承していること。
- 2 医局全体の賛同が得られていること。
- 3 診療科長が了承していること。

診療科名	科
医師（本人）	印
医局長	印
診療科長	印

医師の異動に係る審査基準

I 審査基準

- 1 教育能力に著しく優れ、学生や研修医の教育に多大な貢献をされると考えられるとき。
- 2 研究をより容易に行うことができると考えられるとき。
- 3 より高度な先進的集学的医療を学ぶことができ、又はそれを必要としていると考えられるとき。
- 4 1 から 3 までの理由で現在勤務している病院において減員となった場合でも、その後の病院での臨床・教育・研究が長期的視点から山形県内の医療に大きく貢献すると考えられるとき。
- 5 医師本人が身体的精神的理由のため、勤務継続が困難であるとき。
- 6 その他やむを得ない理由があるとき。

II 異動に関する条件

医師の異動に際しては、次に掲げる条件を満たさなければならない。

- 1 医師本人が希望又は了承していること。
- 2 医局全体の賛同が得られていること。
- 3 診療科長が了承していること。

山形大学地域医療医師適正配置委員会委員

委員長	嘉山孝正 (第1号委員)
委員 (病院長)	山下英俊 (第2号委員)
委員 (健康福祉部)	高橋節 (第3号委員)
委員 (関連病院会)	新澤陽英 (第4号委員)
委員 (教室員会)	木村青史 (第5号委員)
委員 (県民代表)	相馬健一 (第6号委員)
〃	會田銳一郎 (第6号委員)
委員 (看護学系)	田中幸子 (第7号委員)
委員 (臨床医学系)	久保田功 (第8号委員)
〃	早坂清 (第8号委員)
〃	貞弘光章 (第8号委員)
〃	倉智博久 (第8号委員)
委員 (医学系研究科)	深尾彰 (第9号委員)
委員 (医学部長指名)	鈴木匡子 (第10号委員)

医師派遣に第三者評価

山形医学部など 審議機関設置へ

県や県民代表加え

山形大医学部と関連病院などで構成し、人材養成と地域医療の向上を目指す山形大國王協議会(会長・嘉山孝止医学部長)は二十日、山形市の同学部で役員会を開き、県内医療施設への医師の適正配置を実現するために、第三者の視点を加えた審議機関を設置することを決めた。協議会によると、全国で初めての試みという。

一切の利害関係を排除

組織の名称は「山形大」の担当など十五人程度で構成する。県民代表二人を含めるのが最大の特徴で、医学部長と県がそれぞれ一人ずつ推薦する。

従来、医師の配置は、医局と地域の病院が直接交渉するのが慣例だった。同学部は昨年九月、人事の透明性を高めるために学部内に委員会を置き、審査基準を設けて医師の異動の是非を検討する。今回の適正配置委員会の設置は、一連の取り組みを強化した形。嘉山学部長は「医学界の常識が、一般では非常識という場合がある。こうしたことをチェックしてもらったために、県民代表の視点が必要だ」と、第三者に

医師配置の公平性や合理性などを評価してもらう。さらに、「大学側が一

方的に医師の人事を決めていると思われがちだが、こうした場を設けることによって、社会に対

する説明ができる」と、の利害関係を排した医師特定の人物や組織、地域配置であることを公にする手段として位置付けている。

(平成17年7月21日：山形新聞)

平成20年7月24日

置賜広域病院組合

管理者 川西町長 原田 俊二 殿

置賜広域病院組合

医療監 新澤 陽英 殿

山形大学地域医療医師
適正配置委員会委員長
山形大学医学部長
嘉 山 孝 正

山形大学地域医療医師適正配置委員会の結果について(通知)

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃から本院の運営につきましては、特段のご理解とご配慮を賜り厚く御礼を申し上げます。

さて、平成20年6月10日付けの宿直業務に従事する医師派遣にかかる要望書について、本委員会を開催し慎重に審議をした結果、下記のとおりとなりましたのでお知らせします。

なお、宿直業務への医師派遣にあたっては、当該業務終了後、本院での診療業務等に支障がないよう、ご配慮方お願いします。

記

1. 依頼内容

公立置賜長井病院及び公立置賜南陽病院の宿直業務に従事できる医師

2. 審議結果

置賜地域の中核病院である公立置賜総合病院を、本院としては可能な限り応援することとするが、要望のあった宿直業務に対する派遣回数(人数)については、各診療科に相談の上、検討することとする。

担当：山形大学医学部総務課広報企画係
TEL：023-628-5017
FAX：023-628-5019
Mail：isokoho@jm.kj.yamagata-u.ac.jp

山形大学地域医療医師適正配置委員会

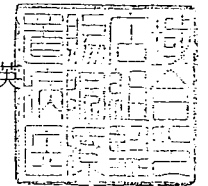
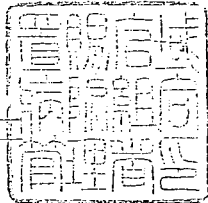
委員長 嘉山孝正 先生

置賜広域病院組合

管理者 川西町長 原 田 俊

置賜広域病院組合

医療監 新 澤 陽 英



宿日直業務に従事する医師派遣についての要望書

初夏の候、貴職におかれましては益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。

また、日頃より当病院組合の運営につきまして、ご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、当病院組合のサテライト医療施設の宿日直業務については、これまでもご協力いただいておりますが、下記のような諸事情がございますので、ご理解のうえ貴所属職員の派遣を賜りたく、心よりお願い申し上げます。

記

1 派遣を希望する医師

公立置賜長井病院及び公立置賜南陽病院の宿日直業務に従事できる医師

2 派遣を要望する理由等

置賜広域病院組合の宿日直業務は、救命救急センターを併設する総合病院と公立置賜長井病院及び公立置賜南陽病院において総合病院3名（内科系1、外科系1、ICU/小児・産婦人1）サテライト各1名の5名の体制で実施しておりますが、常勤医だけで24時間体制の救命救急センターとサテライト2病院の勤務を割り振ることは負担が大きく、救命救急センターの充実を図るためには、サテライト病院の宿直に医師派遣のご協力いただきたく要望するものです。

山形大学

蔵王協議会だより

第10号

関連病院会の声

最上町立最上病院長
酒田市立八幡病院長
尾花沢病院長

佐藤 俊浩
土井 和博
渋谷 磯夫

事業報告

- ▶資料1 平成19年度研修病院のマッチング状況
- ▶資料2 平成19年度研修医マッチングの結果
- ▶資料3 平成20年度卒後臨床研修プログラムの実際
- ▶資料4 平成20年度卒後臨床研修プログラム・2年次
- ▶資料5 後期研修医の動向



「地域医療」が 単なる「田舎の医療」ではなく 「地域包括ケア」となるために

地域包括ケアの確立に向けて

最上町立最上病院 院長 佐藤 俊 浩

山形県の北東部、宮城・秋田両県と境を接し、名だたる豪雪地帯である当町の最上病院が現在の地に新築移転されたのは1993(平成5)年のことでした。当時の厚生省の策定による「ゴールドプラン」という追い風を受け、「ウェルネス・プラザ」と命名された施設群として、保健・医療・福祉の一体化を図る「地域包括ケア」の構築のための新たな船出となりました。「地域包括ケア」は広島県御調町(現尾道市)や香川県三豊地区(現観音寺市)など西日本を中心に発展してきた概念ですが、当地区は先進地モデルを雪国型にアレンジした、コンパクトな医療システムをその特徴としております。すなわち総計70床の病棟には、地域性を考慮して一般病床50以外に、20の療養病床を設け、診療科も高齢者の身体特性を考慮した臨床科(内科・外科・整形外科・婦人科・眼科)を開設しております。現在の常勤医は内科のみ4名ですが、山形大学第二内科の出身者がうち3名を占めており、得意分野である消化器領域においては可能な限り高次医療にも従事することにより、地域住民の方々の治療が地元で完結できることを目指しております。しかしながらあくまで「コンパクト」な病院でありますため、山形大学病院を始め、県立新庄病院等の高次医療機関には、IT活用による診療援助、急患の搬送および人的派遣の面で日頃より大変お世話になっており、この場をお借りして厚く御礼申し上げる次第です。

さて、1978年のアルマ・アタ宣言によれば「プライマリ・ケア」とは「自助と自決の精神に則り、地域社会または国がその開発の水準に応じて費用のまかなえる範囲内で、人々の十分な参加によって科学的に適正で、かつ社会的に受け入れられる手順と技術に基づいて実施されるヘルスケアである」と定義されています。極めて難解な文言ではありますが、通常「プライマリ・ケア」という用語は「基本的臨床能力」あるいは「初期医療」と誤訳される場合が散見されるのに対し、本邦で最もそれに近い概念はこの「地域包括ケア」であるとされる学説が主流

となっております。また、ここでいう「地域」はregionであってruralではないという点にも注目すべきかと思えます。当町におきましても、自助と自決の精神のもと10数年来システムの整備を推進して参りました。すなわち20余年の歴史のある介護老人福祉施設に加え、知的障害者更正施設(1989年)、介護老人保健施設(1997年)、認知症対応型共同生活介護(グループホーム、2000年)といった施設の建設ラッシュがあり(当然ながら全施設の医療ケアは当院常勤医が担当しています)、更に保健領域では学校保健(学校医)、嘱託産業医、予防接種、健康診断(2006年度実績1325件)などが加わり、結果的に常勤医の業務は多岐に亘っております。多忙な日常の中、実感することはやはり「地域包括ケア」のメリットであり、主な内容を列挙致しますと、①各職種間の横の連携が確保しやすい、②利用者にとっても移動に関する利便性と使い慣れた施設に対する安心感がある、③職員の意識改革(例えば病院ならば、新入院患者に対し常にその方の将来像を考えながらケアを提供する姿勢が浸透したこと)等の点かと思われまふ。小生の当院赴任後10年を経過し、hardの整備はほぼ完成したものと考えておりますが、職員のheartも含めたソフトの充実には決して終点はないということを肝に銘じ今後も食欲に歩んでいく所存です。

昨今、地方の医師不足の問題が取り沙汰されておりますが、幸い当院におきましては山形大学や山形県の御助力により、恵まれたスタッフによる運営が可能となっております。更に研修協力施設である当院で学ばれる山形大学関連の研修医の先生方は例外なく優秀で、長閑な学生生活を送った小生の時代とは隔世の感があります。研修医の先生におかれましては、当院では経験しうる領域は全て実地体験して戴くことを旨としておりますし、源泉の上に建設された施設ですから院内の浴室は基本的に全て温泉となっており、多忙な研修の疲れを癒してもらえ一里塚になればと願っております。様々な研修内容を通じ、「地域医療」が単なる「田舎の医療」ではなく「地域包括ケア」という素晴らしい概念に立脚しており、こうした精神は都市部の医療連携にも応用しうることを御理解戴ければ誠に幸甚です。今後とも最上町立最上病院に宜しく御指導・御鞭撻賜りますよう衷心よりお願い申し上げます。

後期高齢者の老齡期をいかに生きていくか 私たち医師は県民の立場に立って 考えなければならない

蔵王協議会だより 第10号寄稿文

酒田市立八幡病院 院長 土井和博

八幡病院は平成17年11月の1市3町合併を経て酒田市立八幡病院となりました。合併から一年半たちましたが、基本的には八幡地域を中心とする地域包括ケアを継続しております。自治医大卒業医師4名の体制も変わりありませんが、いくつかの変化もありました。

ひとつは行政や議会との関係です。八幡町時代は町長や保健福祉課などから病院への要望や指示がストレートに伝えられ、人事、予算、健康政策なども二人三脚で行ってきました。また、病院運営審議会という患者さんや地域住民との意見交換の場があり、節目節目で病院のあり方を左右してきました。

しかし、酒田市となってからは個別具体的な指示や要望ではなく、大まかな方向性が示されます。その中で、自分の頭で判断していく場面が多くなりました。

市立酒田病院とは本社と支店のような関係になり緊密に連携しています。月1回酒田病院の診療代表者会議に出席しますが、朝7時45分定刻で始まる緊張感の高い会議です。会議の内容は経営収支の報告と、現在進行中の日本海病院、酒田病院の統合に向けての動きが議題の中心です。この会議に出席して驚くのは酒田病院の収益力の高さです。企業として自立できる体力とノウハウを持った病院だと思いました。市立酒田病院との交流の中で、公的病院といえども経営体力をつけなければ責任を果たせないと感じるようになりました。

そのような変化を典型的に感じるのは人間ドックです。八幡町時代は保健福祉課から人間ドック受診者の名簿が届き、病院自体は努力しなくても受診者を確保できました。現在は市内の4つの健診施設のうちから住民が選択する形になりました。いわば競争原理の導入です。当院としては少し辛い変化でしたが、住民からすれば選択肢が増えたのは良いことだと思います。

もうひとつは人事交流です。酒田病院や平田診療所出身の看護師が八幡病院で勤務するようになりました。今まで長い間人事に関しては鎖国状態でしたから、外部からの風はまさに新鮮です。新しい知識と緊張感をもたらしてくれました。

また、月1度ですが酒田病院消化器科医師からも応援をいただくようになりました。消化器科の先生は本院の仕事で超多忙にもかかわらず時間を割いてくださり有難うございます。この場を借りて御礼を申し上げます。

最近の傾向として日本海病院と酒田病院の地域医療室を経由して患者さんが紹介されてくることが多くなり、八幡地域以外の入院患者の割合が10%から25%に増加しました。職員、患者の両面でオープンな病院になってきたということで、これも喜ばしいことです。

さて昨年からは山形大学卒業医師が卒後研修（地域保健医療）で当院を訪れるようになりました。彼らへのアンケートでは、訪問診察、訪問看護などの在宅医療が初めての体験で新鮮だった、有意義だったというご意見を多く頂戴しました。これから専門医としてキャリアを積んでいく彼らにとって地域医療の現場を見ることは無駄ではないと思います。急性期の治療を終えた患者さんたちの中には虚弱さや障害によって生活が困難になる場合もあります。その人たちが社会の支えを得て生活している有様を見るということです。

これからの山形県は全国に先がけて高齢化が進み、とくに後期高齢者が増加していきます。病気や障害を抱え、認知機能の低下してゆく老齡期をいかに生きていくか、そして死んでいくか、私たち医師は県民の立場に立って考えなければならないと思います。

また専門医と在宅医・総合医が連携することによって専門医が専門性を発揮しやくすなり、医療全体の効率を高めることも可能です。

研修医の皆さんに、私どものように在宅医・総合医の存在を知っていただき、医療の全体像を理解していただけるようお手伝いしたいと思います。今後ともよろしくお願い致します。



病で苦しんでいる人たちに あたたかい、こころに寄り添う医療を 提供していきたい

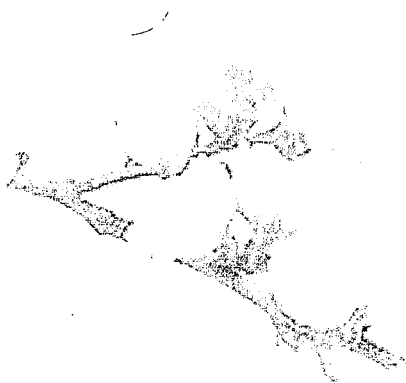
あたたかい医療がしたい

尾花沢病院 院長 渋谷 磯 夫

こんにちは。蔵王協議会からは、地域医療の充実に向け、ご尽力いただき感謝しております。

尾花沢病院は、高齢者やこころの病に苦しむ方々に、少しでも安心や生きる希望の光を持ってもらえるように、職員が一丸となって努力している職場です。ベッド数は155床で、一般の医療型療養病床や精神科病床、認知症専門病床があります。その他に3つのデイケア（通所リハビリテーション、精神科デイケア、重度認知症デイケア）

と訪問看護・訪問介護は、病気があっても住み慣れた家で生活できるよう支援しています。尾花沢市は豪雪地帯であるだけに、病で苦しんでいる人たちに、せめてあたたかい、こころに寄り添う医療を提供していきたいと考えています。山形大学からは、精神科、第二内科、第三内科、眼科、皮膚科の協力をいただいております。豪雪の時も、患者さんのことを第一に考え、行動している職員の姿に励まされ、17年が過ぎようとしています。蔵王協議会の皆様には、これからも、このような地域医療にあたたかい手を差しのべていただきますよう、お願い申し上げます。



各部会事業報告

平成19年度

蔵王協議会臨時総会

平成19年12月21日(金)開催

(1) 山形県の医療の今後について

阿彦健康福祉部次長から、資料1に基づき、県の医療施策の指針となる「第5次山形県保健医療計画」の策定について説明があり、本日開催の県保健医療推進協議会に最終案として提案予定であることが述べられた。

また、本件については、来年1月より県民からの意見を募るパブリックコメントを行い、3月までに同計画を正式決定する旨が述べられた。

次いで、嘉山会長から「医療費と医師数の正確な資料」のタイトルで、医療費と医師数の現状について報告があった。

(2) 診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する試案について

細矢医療安全管理部長から、資料2に基づき、10月に厚生労働省がまとめた「診療行為に関連した死亡

の死因究明等の在り方に関する第2次試案」に対し、委員会構成に「遺族の立場を代表する者」を加えている点について、感情が入るので科学的な判断ができないことと、さらに「調査報告書は刑事手続きで使用されることもあり得る」とした点についても、医療行為を崩壊させるとして問題視する必要があることが述べられた。

次いで、嘉山会長から、本試案について、医療レベルの低下やさらなる医師不足を招く恐れがあるため、医学部及び蔵王協議会会員の全医師が試案に反対するメールを県選出の国会議員に送るよう呼びかけがあり、本協議会において撤回を求めていくことを決定した。

また、嘉山会長から、訴訟リスクの高さが深刻な医師不足の原因の一つとされていることを踏まえ、国民の医療と現場の医師を守るため、医師一人一人が行動を起こすべきである旨が述べられた。

診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する第2次試案について

細矢医療安全管理部長の蔵王協議会での説明要旨

「診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する試案-第二次試案」に対しては、日本医師会が賛成しており、来年早々に法律化されようとしております。理念については大変素晴らしく、反対する方はいないと思われまふ。しかし、この中には私ども医師が見過ぎていけない部分があります。

赤字で印刷されています。

「事例によっては、委員会の調査報告書は、刑事手続きで使用されることもあり得る。」と明記されています。これは、どういうことでしょうか。法律に一旦記載されたことは、何十年と変わりません。「国民年金法」ではたった一条文で膨大な資金が消費されました。「刑事手続きで使用されることもあり得る」とは、刑事手続きで使用されることを意味しています。すなわち、委員会が事実認定に関して裁判所と同じ権限を有することに他なりません。医師は、診療行為に関連した死亡事例が発生した場合、常に被疑者になる可能性が生じます。これが法律化されると、ある日突然身に覚えのないことで医師が逮捕されるということが、現実になります。

よく考えて頂きたいと思ひます。もし私が当事者になった場合、私は委員会の調査では自分の不利益になることを言わないでしょう。これは、憲法で保障されていることです。当然、原因究明に支障を来し、本来の目的にそぐわないことになります。でもその前に、日常診療

で危険なことはなくなるでしょう。当事者にならないようにするのが、最も安全だからです。人の命を救うことより、自分の身を守ることを優先せざるを得なくなります。世界最高の日本の医療が世界最低水準になるのに、そう時間はかからないでしょう。

もう一つの問題点を指摘しておきたいと思ひます。委員会に「遺族の立場を代表する者が入る」とは、どういうことでしょうか。事実認定をする場に、遺族代表が加わるのです。議論に感情が入ることは、避けられません。科学的な正しい判断はできなくなってしまいます。委員会の目的には合致しないものであります。

この第二次試案に対しては、各地で反対の声明が出されており、何とか阻止する必要性があります。山形大学医学部では、山形県医師会長の有海先生、酒田地区医師会会長本間先生、市立酒田病院長栗谷先生のご賛同をいただき、本学の医学部長、病院長との連名で、加藤紘一衆議院議員に要望書を提出しております。

私どもの力を結集しないと、この法案が成立してしまいます。病院の先生方、一人一人から、山形県の国会議員全員に出していただくようご協力をお願いいたします。数は力となり、必ずや議員の先生方にお力添えを頂けるものと確信しております。今後の日本の医療のために、是非とも、よろしくお祈り申し上げます。

平成19年度

資料1 東北地区大学病院及び山形県内研修病院のマッチング状況

病 院 名	定員	マッチ者	空き定員	定員充足率
弘前大学医学部附属病院	40	11	29	0.28
岩手医科大学附属病院	35	13	22	0.37
東北大学医学部附属病院	40	21	19	0.53
秋田大学医学部附属病院	43	14	29	0.33
山形大学医学部附属病院	50	25	25	0.50
福島県立医科大学医学部附属病院	44	15	29	0.34
山形大学医学部附属病院	50	25	25	0.50
山形県立中央病院	12	12	0	1.00
山形市立病院済生館	10	9	1	0.90
済生会山形済生病院	8	2	6	0.25
公立置賜総合病院	4	1	3	0.25
米沢市立病院	4	3	1	0.75
山形県立新庄病院	4	3	1	0.75
医療法人徳洲会 新庄徳洲会病院	2	0	2	0.00
鶴岡市立荘内病院	5	4	1	0.80
山形県立日本海病院	5	3	2	0.60
市立酒田病院	2	1	1	0.50
医療法人社団山形愛心会 庄内余目病院	4	0	4	0.00
山形徳洲会病院	2	0	2	0.00
山 形 県 合 計	112	63	49	0.56

(参考) 18年度マッチング結果

病 院 名	定員	マッチ者	空き定員	定員充足率
山形大学医学部附属病院	50	29	21	0.58
山形県立中央病院	12	12	0	1.00
山形市立病院済生館	10	9	1	0.90
済生会山形済生病院	8	2	6	0.25
公立置賜総合病院	4	4	0	1.00
米沢市立病院	4	4	0	1.00
山形県立新庄病院	4	3	1	0.75
医療法人徳洲会 新庄徳洲会病院	2	0	2	0.00
鶴岡市立荘内病院	5	1	4	0.20
山形県立日本海病院	5	4	1	0.80
市立酒田病院	2	2	0	1.00
医療法人社団山形愛心会 庄内余目病院	4	1	3	0.25
山形徳洲会病院	2	0	2	0.00
山 形 県 合 計	112	71	41	0.63

資料2) 研修医マッチングの結果 (参加病院の所在地による全国分布)

都道府県	平成19年		平成18年		マッチ者数増減 ①-②
	募集定員	マッチ者数①	募集定員	マッチ者数②	
北海道	504	325	537	300	25
青森県	113	62	118	61	1
岩手県	112	59	106	56	3
宮城県	189	121	174	105	16
秋田県	133	62	127	69	△7
山形県	112	63	112	71	△8
福島県	144	77	139	82	△5
茨城県	176	120	168	117	3
栃木県	174	132	169	128	4
群馬県	158	87	155	95	△8
埼玉県	306	191	284	204	△13
千葉県	400	304	399	283	21
東京都	1,582	1,371	1,538	1,385	△14
神奈川県	750	598	734	593	5
新潟県	156	73	176	70	3
富山県	117	50	112	54	△4
石川県	139	88	133	82	6
福井県	86	59	83	55	4
山梨県	89	52	87	48	4
長野県	204	107	197	110	△3
岐阜県	170	100	182	106	△6
静岡県	268	163	257	168	△5
愛知県	707	497	673	510	△13
三重県	154	82	152	74	8
滋賀県	108	85	107	80	5
京都府	353	288	339	301	△13
大阪府	860	644	834	635	9
兵庫県	420	333	401	313	20
奈良県	130	77	136	80	△3
和歌山県	109	78	104	76	2
鳥取県	70	30	70	28	2
島根県	95	40	90	51	△11
岡山県	227	158	219	157	1
広島県	228	144	227	142	2
山口県	136	63	125	70	△7
徳島県	84	55	78	42	13
香川県	100	69	95	61	8
愛媛県	127	71	125	79	△8
高知県	86	42	93	49	△7
福岡県	604	454	590	512	△58
佐賀県	77	55	77	47	8
長崎県	154	71	144	99	△28
熊本県	154	104	149	118	△14
大分県	110	56	108	67	△11
宮崎県	70	46	70	44	2
鹿児島県	143	74	135	72	2
沖縄県	175	150	178	145	5
計	11,563	8,030	11,306	8,094	△64

資料3 平成20年度 研修プログラムの実際

1 研修プログラムの種類

① プログラムA (大学病院必修科・希望科6か月+協力病院6か月研修コース) 20名

1年目 (基本研修科)			2年目 (必修科等)					
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
内科	外科	救急麻酔	小児	精神	産婦	地域医療	希望科(大学)	希望科(協力病院)
6か月	3か月	3か月	1か月	1か月	1か月	1か月	2か月	6か月

・2年目の前半(6か月)を大学病院で必修科・希望科を研修し、後半(6か月)を協力病院で研修する。
(前半と後半の入れ替えも可)

② プログラムB (大学病院・協力病院自由選択研修コース) 15名

1年目 (基本研修科)				2年目 (必修科等)						
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨		
内科(大学)	内科(大学・協力病院)	外科	救急麻酔	希望科	小児	精神	産婦	地域医療	希望科	希望科
3か月	3か月	3か月	3か月	3か月	1か月	1か月	1か月	1か月	2か月	3か月

・1年目、2年目の基本研修科・必修科・希望科を大学病院または協力病院で研修する。
(3か月ごとの入れ替え可能)

③ プログラムC (協力病院必修科・希望科1年研修コース) 15名

1年目 (基本研修科)			2年目 (必修科等)					⑧
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	
内科	外科	救急麻酔	小児	精神	産婦	地域医療	希望科	
6か月	3か月	3か月	(協力病院)				希望科	
			最低1か月	最低1か月	最低1か月	最低1か月	最高8か月	

・2年目の1年間で必修科(各々最低1か月)及び希望科を全て協力病院で研修する。

④ プログラムD (大学病院必修化1年研修コース) 15名

1年目 (基本研修科)			2年目 (必修科等)			
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
内科	外科	救急麻酔	小児	精神	産婦	地域医療
6か月	3か月	3か月	3か月	3か月	3か月	3か月

・将来の専門科が特に決まっていない方のためのプログラムで、2年目で必修科を重点的に大学病院で研修する。

2 プログラム責任者

プログラムA: センター長 倉智博久 プログラムB: 副センター長 佐藤慎哉
プログラムC: 第二内科教授 河田純男 プログラムD: 救急部教授 川前金幸

3 研修協力病院は次のとおりとする。

- | | | |
|----------------|---------------|----------------|
| (1) 国立病院機構山形病院 | (2) 山形県立河北病院 | (3) 山形県立新庄病院 |
| (4) 公立置賜総合病院 | (5) 鶴岡市立荘内病院 | (6) 市立酒田病院 |
| (7) 寒河江市立病院 | (8) 山形済生病院 | (9) 東北中央病院 |
| (10) 三友堂病院 | (11) 篠田総合病院 | (12) みゆき会病院 |
| (13) 鶴岡協立病院 | (14) 山形県立鶴岡病院 | (15) 秋野病院 |
| (16) 千歳篠田病院 | (17) 二本松会山形病院 | (18) 公立高畠病院 |
| (19) 白鷹町立病院 | (20) 小国町立病院 | (21) 山形県立日本海病院 |
| (22) 山形市立病院済生館 | (23) 米沢市立病院 | (24) 山形県立中央病院 |

4 地域保健医療に係る研修協力施設は次のとおりとする。

- | | | |
|------------------|----------------------|------------------|
| (1) 山形県村山保健所 | (2) 介護老人保健施設 サンプラザ米沢 | (3) 老人保健施設 のぞみの園 |
| (4) 山形県結核成人病予防協会 | (5) 山形県赤十字血液センター | (6) 朝日町立病院 |
| (7) 金山町立病院 | (8) 町立真室川病院 | (9) 最上町立最上病院 |

5 研修協力病院・研修協力施設への連絡

研修開始予定日の3か月前までに、センターから当該病院へ連絡するものとする。

資料4 平成20年度 卒後臨床研修プログラム・2年次

区分	番号	氏名	20年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	21年1月	2月	3月		
プログラムA	1	赤松 学	第2内科		精神	産婦	小児	結核予防協会	県立河北病院 (消化器内科)							
	2	上間野 恵	整形(形成)		産婦	小児	精神	血液センター	山形済生病院 (代謝内分泌内科)							
	3	内田 ゆり	産婦	小児	結核予防協会	精神	小児	米沢市立病院 (小児科)								
	4	海野 航	精神	産婦	小児	結核予防協会	第3内科		県立中央病院 (代謝・内科)							
	5	勝見 智大	第2内科		結核予防協会	小児	精神	産婦	公立置賜総合病院 (消化器内科)							
	6	齋藤 吉彦	小児	精神	第2内科		産婦	結核予防協会	山形済生病院 (消化器内科)							
	7	塩野 洋介	産婦	精神	小児	第3内科		結核予防協会	公立置賜総合病院 (血液内科)							
	8	富樫 りか	小児	精神	産婦	朝日町立病院	第2内科		市立荘内病院 (消化器内科)							
	9	益村 尚子	最上町立病院	産婦	精神	第2内科		小児	市立酒田病院 (消化器内科)							
	10	三浦 裕介	精神	小児	産婦	結核予防協会	精神		秋野病院 (精神科)							
	11	水本 雅弘	麻酔		小児	最上町立病院	産婦	精神	県立日本海病院 (外科)							
	12	山下 淳	第2外科		精神	結核予防協会	小児	産婦	市立荘内病院 (外科)							
	13	大場 栄一	県立新庄病院 (外科)						朝日町立病院	第2外科	小児	精神	産婦			
	14	黒田 悠太	市立病院済生館 (泌尿器科)						結核予防協会	泌尿器科	産婦	精神	小児			
	15	倉上 和也	県立中央病院 (耳鼻科)						最上町立病院	耳鼻科	産婦	小児	精神			
	16	小松 多未笑	山形済生病院 (外科)						精神	小児	朝日町立病院	産婦	第1外科			
	17	貞廣 良一	秋野病院 (精神科)						血液センター	精神	産婦	小児	精神			
	18	菅野 彰	山形済生病院 (眼科)						産婦	小児	最上町立病院	精神	眼科			
	19	高瀬 薫	県立中央病院 (内科(糖尿病))						産婦	最上町立病院	精神	第3内科		小児		
	20	高橋 辰徳	県立日本海病院 (小児科)						小児	小児	精神	最上町立病院	産婦			
	21	千葉 真人	市立荘内病院 (外科)						精神	産婦	小児	最上町立病院	第2外科			
	22	本間 慶	山形済生病院 (眼科)						小児	結核予防協会	産婦	精神	眼科			
	23	和根崎 真大	県立日本海病院 (循環器内科)						精神	朝日町立病院	第1内科		産婦	小児		
プログラムC	1	上田 一気	公立置賜 (精神)				公立置賜 (小児)	公立置賜 (産婦)	公立置賜 (精神)	公立置賜 (精神)				真室川病院		
	2	大瀧 陽一郎	精神(秋野病院)	朝日町立病院	県立日本海病院 (循環器内科8月、小児産婦)											
	3	尾形 貴史	真室川病院	公立置賜病院 (消化器・一般外科)						公立置賜 (小児)	公立置賜 (産婦)	公立置賜 (精神)	公立置賜 (消化器・一般外科)			
	4	木邑 麻莉	山形済生病院	朝日町立病院	精神(秋野病院)	山形済生病院 (呼吸器内科8月、小児、産婦)										
	5	後藤 崇成	結核予防協会	公立置賜 (耳鼻咽喉科)		公立置賜 (精神)	公立置賜 (小児)	公立置賜 (産婦)	公立置賜 (耳鼻咽喉科)							
	6	作田 和裕	朝日町立病院	公立置賜 (精神)	公立置賜 (小児)	公立置賜 (産婦)	公立置賜 (消化器内科)									

凡例：血液センター (山形県赤十字血液センター)・結核予防協会 (山形県結核成人病予防協会)
 サンプラザ米沢 (介護老人保健施設サンプラザ米沢)
 ※ 地域医療で2箇所を研修する際の区切りは、6月・9月は(1日～15日/16日～30日)、7月・10月は(1日～15日/16日～31日)となります。
 ※ プログラムAの[]、プログラムCの[]における身分は研修協力病院の所属となります。(地域保健・医療及び1ヶ月間の研修病院では山形大学の所属となる)

資料5 後期研修医の動向

H19.12.1 現在

診療科名	人数	山形大学												備考
		性別		初期研修			出身大学		出身		研修先			
		男	女	山形大学 医学部 附属病院	県内 他病院	県外 病院	本学	他大学	山形県	その他	大学病院		関連 病院	
											医員	大学院生		
第一内科	6	2	4	5	1		6		2	4	4		2	
第二内科	5	4	1	3		2	4	1	3	2			5	
第三内科														
精神科	3	3		3			3			3	2		1	
小児科	7	4	3	6	1		7		2	5	-		7	
第一外科	3	3		3			3		1	2	3			
第二外科	2	2		2			2		1	1	*2			*2名とも助教
脳神経外科	4	4		4			4		3	1	3		1	
整形外科	7	6	1	4	2	1	7		2	5	4		3	
皮膚科	1		1	1			1		1		*1			*助教
泌尿器科				-										
眼科	6	2	4	5	1		6		3	3	5		1	
耳鼻咽喉科	1	1			1		1			1			1	
放射線診断科	6	3	3	3	2	1	6		3	3	4		2	
放射線治療科														
産婦人科	3	1	2	2		1	1	2	1	2			3	
麻酔科	3		3	3			3		3		3			
臨床検査医学				-							-		-	
救急医学	1		1		1		1			1	1			
計	58	35	23	44	9	5	55	3	25	33	32	0	26	

(助教3名含)

山形大学蔵王協議会会則

- (名称)
第1条 本会を山形大学蔵王協議会と称する。
- (目的)
第2条 本会は、会員相互の緊密な連携と協力により山形大学並びに関連医療施設の医学・医療の充実と発展を図り、人材養成と地域医療の向上に寄与することを目的とする。
- (事業)
第3条 本会は、前条の目的を達成するため、次の事業を行う。
(1)卒後臨床研修体制の整備等に関すること。
(2)関連医療施設との連携に関すること。
(3)山形大学地域医療医師適正配置委員会との連携に関すること。
(4)地域の医師の適切な配置に関すること。
(5)その他、前条の目的を達成するために必要な事業
- (会員)
第4条 本会の会員は、山形大学医学部教授会、山形大学関連病院会及び山形大学医学部教室員会の構成員並びに山形県健康福祉部及び山形県医師会の代表より成る。
- (事務局)
第5条 本会の事務局を山形大学医学部教室員会内に置く。
- (役員)
第6条 本会に次の役員を置く。
(1)会長 1人
(2)副会長 2人
(3)顧問 2人
(4)運営委員 7人
(5)監事 2人
(6)事務局代表 2人
(7)会計 2人
- (職務・選任)
第7条 会長は会を代表し、会務を総理する。副会長は会長を補佐し、会長に事故ある時は、その職務を代行する。会長及び副会長は、前条第3号から第7号までの役員及び第10条の委員を選任する。
2 原則として、会長は山形大学医学部長が、副会長は山形大学医学部附属病院院長及び山形大学関連病院会会長がその任に就く。
3 顧問は、山形県健康福祉部代表1人、山形県医師会代表1人とする。
4 運営委員は、医学部教授会構成員3名、関連病院会構成員3名とし、教室員会会長を加える。
5 監事は、医学部教授会構成員1名、関連病院会構成員1名とする。
6 事務局代表は、原則として医学部教授会構成員1名、教室員会副会長1名とする。
7 会計は、医学部教授会構成員1名、教室員会書記長とする。
- (任期)
第8条 役員は任期は1年とし、再任を妨げない。
- (運営委員会)
第9条 本会の運営等を円滑に行うため、運営委員会を置く。運営委員会は、第6条の役員と次条の各部会の部長3名によって構成する。
2 運営委員会は、総会議案の協議、部会への事業の委任、調整等をはじめ会の実質的な運営に当たる。急を要する事項については総会に代わって協議処理できるものとする。
- (部会)
第10条 本会の目的達成のため次の部会を置く。
(1)関連医療施設部会

- (2)研修部会
(3)企画・広報部会
2 各部会の委員は、会長が副会長と協議の上、指名するものとする。
3 各部会の部長及び副会長は委員の互選によって選出する。
4 各部会の部長、副部長及び委員の任期は1年とし、再任を妨げない。
5 委員の構成については別に定める。
- (総会)
第11条 総会は原則として年1回会長が招集する。会長はほかに必要ある場合、運営委員会に諮り臨時の総会を招集することができる。
2 総会は、第4条の会員の出席により成立し、本会の目的を達成するための協議機関とする。
3 総会の議題は運営委員会で協議し、総会前に会員に通知する。
4 総会の議長は会長をもって充てる。
- (会計)
第12条 本会の運営に必要な経費は、会費及びその他の収入をもってこれに当てる。
2 会費については別に定める。
3 運営委員会は、年度毎の予算決算について総会に報告し承認を受けるものとする。
- (会則の変更)
第13条 会則の変更は、運営委員会の議を経た後、総会出席者の過半数の賛成を得て行うものとする。
- 附 則
この会則は、平成14年8月8日から施行する。
- 附 則
この改正会則は、平成15年3月29日から施行する。
- 附 則
この改正規則は、平成17年7月20日から施行する。
- 附 則
この改正規則は、平成18年12月5日から施行する。

山形大学蔵王協議会部会規程

- (趣旨)
第1条 山形大学蔵王協議会会則第10条第5項の規定に基づき、部会の構成を定める。
2 会長が必要と認めるときは、構成員以外の者を委員に加えることができる。
- (関連医療施設部会)
第2条 関連医療施設部会は、山形大学からの医師派遣等について協議し、次の委員をもって構成する。
(1)医学部教授会構成員 3人
(2)関連病院会構成員 3人
(3)医学部教室員会構成員 1人
(4)初期研修医 2人
- (研修部会)
第3条 研修部会は、初期2年間の研修体制等について協議し、次の委員をもって構成する。
(1)医学部教授会構成員 3人
(2)関連病院会構成員 4人
(3)医学部教室員会構成員 1人
(4)医学部学生 5人
- (企画・広報部会)
第4条 企画・広報部会は、山形大学蔵王協議会が実施する事業の企画、広報等について協議し、次の委員をもって構成する。
(1)医学部教授会構成員 3人
(2)関連病院会構成員 3人
(3)医学部教室員会構成員 1人
(4)初期研修医 2人
(5)医学部学生 3人

附 則

この会則は、平成14年8月8日から施行する。

附 則

この改正会則は、平成15年3月29日から施行する。

山形大学蔵王協議会会費規程

- 第1条 山形大学蔵王協議会会則第12条第2項の規定に基づき、各構成員の年会費を次のとおり定める。
(1)山形大学医学部教授会 100,000円
(2)関連病院会 17,500円に加盟病院数を乗じた額
(3)山形大学医学部教室員会 200,000円
- 附 則
この会則は、平成14年8月8日から施行する。

山形大学関連病院会会則

(構成・名称)

第1条 本会は、山形大学に関連する医療施設を会員として構成し、山形大学関連病院会と称する。

(目的)

第2条 本会は、会員相互の親睦、研修を図るとともに、山形大学蔵王協議会と密接な連携を取りながら卒後臨床研修及び地域医療の充実と寄与することを目的とする。

2 本会は、山形大学蔵王協議会に加盟するものとする。

(資格)

第3条 本会会員は、前条の目的に賛同し入会した者とする。

(入会)

第4条 会員になろうとする者は、所定事項を記入した入会申込書(別紙様式1)を会長に提出し、会長の承認を受けなければならない。

(事務局)

第5条 本会は、事務局を山形大学蔵王協議会事務局内に置く。

(役員)

第6条 本会に次の役員を置く。

- (1)会長 1人
(2)副会長 1又は2人
(3)評議員 若干人
(4)監事 2人

2 会長は、総会で会員の中から選出する。
3 副会長及び評議員は、会員の中から会長が委嘱する。

4 監事は、総会で選出する。

5 役員は任期は2年とし、再任を妨げない。

(総会)

第7条 総会は、定例総会及び臨時総会とする。

2 定例総会は、年1回会長が招集する。

3 臨時総会は、必要に応じて会長が招集する。

(経費)

第8条 本会の運営に要する経費は、会費及びその他の収入をもって充てる。

2 本会の会計年度は、4月1日に始まり翌年3月31日に終わる。

(退会)

第9条 会員が退会しようとするときは、理由を付し退会届(別紙様式2)を会長に提出しなければならない。

附 則

この会則は、平成14年8月8日から施行する。

附 則

この改正会則は、平成19年3月8日から施行する。

山形大学関連病院会加盟病院一覧

No	病院名	病院長名	No	病院名	病院長名
国立	1 国立病院機構山形病院	園谷 建治	40	二本松会山形病院	横川 弘明
	2 国立病院機構米沢病院	飛田 宗重	41	舟山病院	舟山 尚
県	3 山形県立河北病院	片桐 忠	42	みゆき会病院	太田 吉雄
	4 山形県立総合療育訓練センター	井田 英雄	43	山形済生病院	浜崎 允
立	5 山形県立新庄病院	中嶋 凱夫	44	山形厚生病院	千葉 昌和
	6 山形県立鶴岡病院	瀬岡 壽英	45	矢吹病院	政金 生人
市	7 山形県立中央病院	小田 隆晴	46	横山病院	横山 幸生
	8 山形県立日本海病院	新澤 陽英	47	吉岡病院	吉岡 信弥
町	9 市立酒田病院	栗谷 義樹	48	若宮病院	鈴木 庸史
	10 寒河江市立病院	布施 明	49	明石医院	伊藤 義彦
立	11 鶴岡市立荘内病院	松原 要一	50	大島医院	安達 真彦
	12 天童市立天童病院	松本 修	51	小国電興診療所	棟方 隆一
立	13 山形市立病院済生館	平川 秀紀	52	木根測医院	木根測清志
	14 米沢市立病院	芦川 紘一	53	健生ふれあいクリニック	本間 卓
公	15 酒田市立八幡病院	土井 和博	54	原田香曾我部医院	香曾我部謙志
	16 朝日町立病院	小林 達	55	東海林皮膚科医院	東海林真司
町	17 小国町立病院	阿部 吉弘	56	白田医院	白田 一誠
	18 金山町立病院	山科 明夫	57	鈴木内科医院(楯岡)	鈴木 康洋
立	19 白鷹町立病院	高橋 一三	58	長岡医院	長岡 迪生
	20 公立高島病院	八巻 通安	59	鈴木内科医院(南陽)	鈴木 紘治
公	21 西川町立病院	須貝 昌博	60	山形泌尿器科クリニック	安達 雅史
	22 町立真室川病院	室岡久爾夫	61	吉川記念病院	吉川 順陸
立	23 最上町立最上病院	佐藤 俊浩	62	庄内余目病院	野末 睦
	24 公立置賜総合病院	山口 昂一	63	岩手県立千厩病院	伊藤 達朗
県	25 秋野病院	木下 修身	64	石巻赤十字病院	飯沼 一字
	26 尾花沢病院	渋谷 磯夫	65	泉整形外科病院	根本 忠信
内	27 小原病院	小原 正久	66	仙台社会保険病院	根田 泉男
	28 小白川至誠堂病院	大江 正敏	67	仙台徳洲会病院	佐藤 昇一
医	29 佐藤病院	沼田由紀夫	68	みやぎ県南中核病院	内藤 広郎
	30 三友堂病院	仁科 盛之	69	会津西病院	小松 紘
療	31 三友堂リハビリセンター	川上 千之	70	大町病院	高平 浩
	32 至誠堂総合病院	高橋 敬治	71	太田西の内病院	堀江 孝至
機	33 篠田総合病院	篠田 昭男	72	呉羽総合病院	窪田 幸男
	34 新庄明和病院	佐藤 明	73	坪井病院	岩波 洋
関	35 千歳篠田病院	吉田 邦夫	74	鳴瀬病院	鳴瀬 寛爾
	36 天童温泉篠田病院	篠田 敏男	75	栞記念病院	太田 守
立	37 鶴岡協立病院	猪股 昭夫	76	池田脳神経外科病院	池田俊一郎
	38 東北中央病院	田中 靖久	77	埼玉県立循環器・呼吸器病センター	今井 嘉門
立	39 二本松会上山病院	小山 隆信	78	埼玉協同病院	高石 光雄
			79	木戸病院	濱 齊
			80	立川総合病院	岡部 正明

山形大学蔵王協議会役員一覧

役職名	教授会	関連病院会	教室員会
会長	医学部長 嘉山 孝正		
副会長	附属病院長 山下 英俊	公立置賜 山口 昂一	
顧問	(山形県医師会長 有海 躬行)		(山形県健康福祉部長 藤田 稜)
運営委員	放射線科 細矢 貴亮 第一外科 木村 理 耳鼻咽喉科 青柳 優	県立河北 片桐 忠 県立日本海 新澤 陽英 米沢市立 芦川 紘一	会長 木村 青史
監事	整形外科 荻野 利彦	東北中央 田中 靖久	
事務局代表	公衆衛生 深尾 彰	(医学部総務課)	副会長 未定
会計	形態構造 内藤 輝		書記長 大泉 弘幸 (医学部総務課)

部会名	教授会	関連病院会	教室員会	その他の機関
関連医療施設部会	◎第一内科 久保田 功 小児科 早坂 清 第三内科 加藤 丈夫	○県立中央 小田 隆晴 済生館 平川 秀紀 山形済生 浜崎 允 県立河北 片桐 忠 小国町立 阿部 吉弘 最上町立 佐藤 俊浩 市立八幡 土井 和博	管理運営部長 栗田 啓司	山形県健康福祉部長 藤田 稜 山形県病院事業局長 会田 稔夫 (初期研修医) 根本 信仁 三浦 瞳
研修部会	◎産婦人科 倉智 博久 精神科 大谷 浩一	○国立山形 園谷 建治 県立新庄 中嶋 凱夫 市立荘内 松原 要一 三友堂 仁科 盛之	教育問題部長 五十嵐雅彦	(平成14年入) 遅野井雄介 坂本あゆ香 佐藤 恵
企画・広報部会	◎泌尿器科 富田 善彦 検査部 富永 真琴 救急部 川前 金幸	国立米沢 飛田 宗重 ○市立酒田 栗谷 義樹 篠田総合 篠田 昭男	広報部長 川勝 忍	(初期研修医) 根本 信仁 三浦 瞳 (平成14年入) 遅野井雄介 坂本あゆ香 佐藤 恵

編集責任者 川前金幸 (救急医学講座)

(注: ◎印は部長、○印は副部長)

山形県医療対策協議会について

平成19年10月16日

山形県健康福祉部

1 目的

- 本県における医師確保及び定着化の促進並びに地域偏在等の是正を図り、もって地域医療提供体制の充実を図るため、医療法第30条の12の規定に基づく協議の場として設置

2 協議会の構成

- 今般の医療法改正により、上記の規定が盛り込まれたことにより、平成16年度に設置した協議会は廃止
- 新たに協議会を設置することとし、医療法及び医療法施行規則等を踏まえ、山形大学医学部、山形大学医学部附属病院をはじめとした県内の医療機関と県等により構成

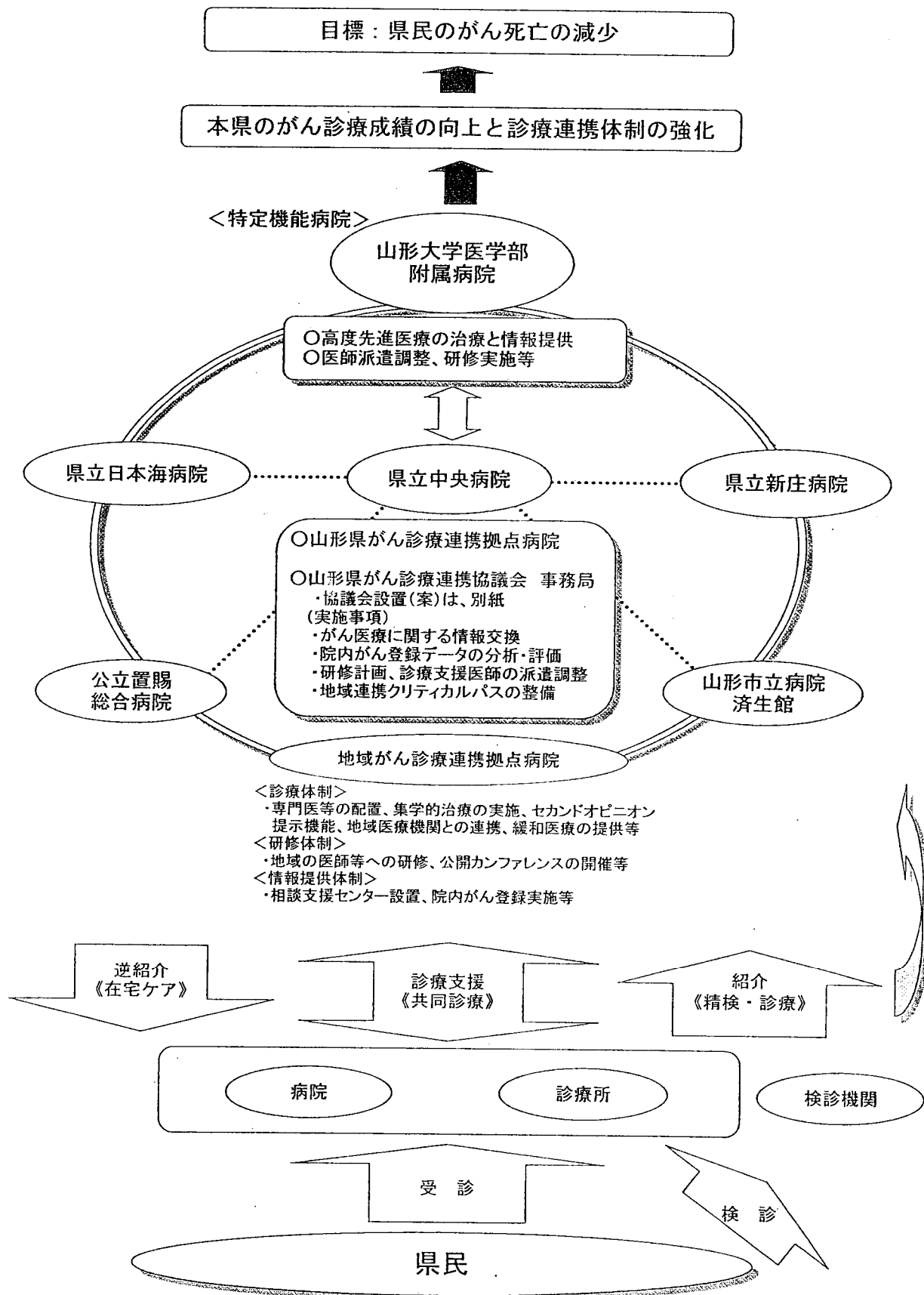
- 協議会の構成案は以下のとおり

- 山形大学医学部（大学）
- 山形大学医学部附属病院（特定機能病院）
- 山形県医師会（診療に関する学識経験者の団体）
- 山形市立病院済生館（地域医療支援病院、自治体病院協議会）
- 公立置賜総合病院（公的医療機関）
- 県立中央病院（臨床研修病院、病院協議会）
- 鶴岡市立荘内病院（臨床研修病院）
- 山形県市長会、山形県町村会（関係市町村）
- 国民健康保険診療施設医師部会（地域住民を代表する団体）
- 山形新聞論説委員（地域住民を代表する団体）
- 山形県（副知事（会長）、病院事業管理者、健康福祉部長）

- 協議会には、2つの部会を設置
 - 臨床研修部会
 - へき地医療部会

以上

山形県のがん診療連携体制イメージ(案)



「村山地域の産科医療を考える会」

日時 平成20年3月27日(木) 14:30～

場所 山形大学医学部 管理棟 2階第一会議室

次 第

1 開 会

2 協 議

(1) 県立河北病院における産科医療の現状について

(2) 北・西村山地域における産科医療の確保について

(3) その他

3 閉 会

「村山地域の産科医療を考える会」出席者名簿

所 属	役 職	氏 名	摘 要
山形大学医学部	医学部長	嘉山 孝正	
山形大学医学部附属病院	病院長	山下 英俊	
山形大学医学部女性医学分野	教 授	倉智 博久	
済生会山形済生病院	副院長	金杉 浩	
山形県立中央病院	院 長	小田 隆晴	
山形市立病院済生館	館 長	平川 秀紀	
東北中央病院	病院長	田中 靖久	
	産婦人科部長	金子 尚仁	
天童市立天童病院	院 長	松本 修	
北村山公立病院	院 長	木内 博之	
	副院長	大塚 茂	
山形県立河北病院	院 長	片桐 忠	
	事務局長	三澤 俊昭	
	部 長	小宮 雄一	
山形県健康福祉部	次 長	阿彦 忠之	
山形県病院事業局	病院事業管理者	野村 一芳	

《事務局》

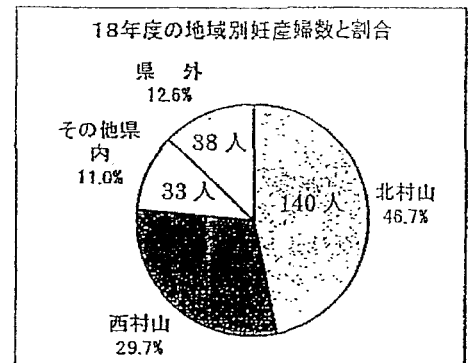
山形県健康福祉部健康福祉企画課 児 童 家 庭 課	課 長	仁科 義英	
	課長補佐	橋本 仁	
	子育て支援主幹	奥山 隆一	
山形県病院事業局県立病院課	課 長	松田 一彦	
	課長補佐	船田 孝夫	
	企画主査	倉金 誠	

山形県立河北病院の産婦人科の現状と地域における役割

1 地域別妊産婦数

河北病院の平成18年度の分娩件数は、地域住民や里帰り分娩などにより合計300件となっています。

住所別の妊産婦数では、北村山地域が46.7%、西村山地域が29.7%などとなっています。



2 西・北村山地域の分娩施設と河北病院の役割について

西・北村山地域の分娩施設は、当院を含めた5施設で、当院以外の施設では産科の医師は1名のみであるため、この地域の分娩に果たす当院の役割は大きいと言えます。

分娩施設名	河北病院	北村山公立病院	西川産婦人科 小児科医院	国井クリニック	菅クリニック
20年1月の 医師数	3名	1名	1名	1名	1名

3 河北病院産婦人科の医師数

年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
人数	5人	5人	5人	4人	3人

4 分娩件数

(単位：件)

年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
分娩件数	383	364	373	318	300

5 産婦人科の患者数

(単位：人)

年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
入院延患者数	12,819	13,017	12,115	10,269	8,247
外来延患者数	29,813	30,392	27,331	25,521	23,967

6 不妊治療実績

(単位：件)

年 度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
体外受精	41	47	48	50	47
顕微鏡受精	6	9	11	14	12

7 産婦人科の手術件数

(単位：件)

年 度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
手術件数	486	460	383	325	271

河北病院の平成18年度市町村別妊婦数および分娩件数等

(単位:件)

市町村	妊婦(分娩件)数 A	Aの内深夜分娩件数	Aの内休日分娩件数	Aの内帝王切開件数	備考
山形市	10	4	3	1	
天童市	14	3	3	4	
山辺町	1			1	
寒河江市	32	10	3	4	
河北町	47	12	7	13	
西川町	2				
朝日町	5		1	2	
大江町	3	3	3	1	
北村山市	44	11	5	11	
東根市	57	15	7	10	
尾花沢市	30	6	7	8	
大石田町	9	5	2	1	
新庄市	2	1		2	
金山町	1	1			
最上町	1		1		
酒田市	1	1			
米沢市	1				
南陽市	1	1			
飯豊町	1				
県外	*38	9	4	12	*38件には双子1件含む
計	300	82 27.3%	46 15.3%	70 23.3%	300件に占める割合

河北病院の月別分娩件数

(単位:件)

	18年度	19年度
4月	26	27
5月	20	17
6月	19	20
7月	21	30
8月	28	24
9月	30	25
10月	22	19
11月	34	11
12月	28	13
1月	22	26
2月	20	17
3月	30	
合計	300	(229)

*北村山公立病院の18年度の分娩件数は73件

平成18年度の河北病院からの救急搬送件数

(単位:件)

	母体	新生児	計
県立中央病院	0	0	0
山大附属病院	0	2	2

第2回「村山地域の産科医療を考える会」

日時 平成20年4月4日(金) 17:00～

場所 山形大学医学部 管理棟2階第一会議室

次 第

1 開 会

2 協 議

(1) 北・西村山地域における産科医療の確保について

(2) その他

3 閉 会

第2回「村山地域の産科医療を考える会」出席者名簿

所 属	役 職	氏 名	摘 要
山形大学医学部	医学部長	嘉山 孝正	
山形大学医学部附属病院	病院長	山下 英俊	
山形大学医学部女性医学分野	教 授	倉智 博久	
済生会山形済生病院	副院長	金杉 浩	
山形県立中央病院	院 長	小田 隆晴	
天童市民病院	院 長	松本 修	
北村山公立病院	(欠 席)		
山形県立河北病院	院 長	片桐 忠	
山形県病院事業局	病院事業管理者	野村 一芳	

○ 日時 4月4日(金) 17:00~

○ 場所 山形大学医学部管理棟2階第一会議室

平成17年(上段:黒)、18年(中段:青)、19年(下段:赤)

	分娩件数	総手術件数	産婦人科 医師数	備考
[北村山地区]	北村山公立	111	33	1
		72	31	
	H.20/1~2	78 14	26 3	
河北		345	345	3
		309	232	
	H.20/1~2	259 43	187 35	
天童		39	20	1
		45	28	
	H.20/1~2	43 7	16 5	

	分娩件数	総手術件数	産婦人科 医師数	備考
[最上地区]	新庄	227	130	2
		282	139	
		482	151	
[村山地区]	山形済生	966	502	6
		891	437	
		872	375	
県中		507	271	4
		522	268	
		537	314	
済生館		361	182	3
		389	201	
		387	207	
東北中央		141	69	2
		117	72	
		91	86	
[庄内地区]	日本海	452	186	3
		407	188	
		372	201	
[置賜地区]	置賜	475	147	4
		553	175	
		502	199	
米沢		561	305	3
		636	303	
		553	286	
小国		58	20	1
		62	16	
		50	14	

この3回の議論で、県中の周産母子センター設置には無理があり、
当面 山形大、済生病院、県立中央の3施設で、それぞれの分野※で
周産期3次医療を担っていこうという結論であった。

※ 例えば、山形大学ではNICU（NICU＝新生児ICU）は無いが、母胎合併症あるいは重症な母胎の状況に対応する。済生病院には現在NICUは最も多い

ところが、その後県の方では全く山形県周産期・小児医療懇談会での議論のないまま厚生労働省からの強い求めがあったので、県の周産母子センターを県立中央病院に設置するという方向性を打ち出し、設備を増設している。しかしこの場合最大のネックは産科医師数が全く不足するという点である。


総合医学教育センターは
新たなキャリア形成を支援します

山形大学医学部 総合医学教育センター

リフレッシュ医学教育のご案内



山形大学医学部総合医学教育センター



国立大学法人医学部は、日本国民がどこに住もうと、安心して医療を受けられるよう、医療の質を保ち、絶え間なく人材を供給するという社会的責務を負っています。しかしながら、現在でも地域における医師の確保は充分ではなく、医師不足は大きな社会問題となっています。これまでも、政府の医師確保対策として様々な施策がなされてはきましたが、依然として地域の医師不足は解消されていません。このような状況の中、山形大学総合医学センターは、過去の地域での医師不足対策を越える方策を真正面から研究し、特に地域医療へ大学医学部が貢献できる方法を研究し、新たな生涯教育システムを地方自治体(県)と共同で創設することを目標に、文部科学省の競争的資金平成16年度「現代的教育ニーズ取組支援プログラム:生涯医学教育拠点形成プログラム-包括的地域医療支援機構創設-」を基に設立されました。

皆様の善意が 地域医療を救う

地域医療のために大学ができること



センター開設の経緯

センターは、全国の地方自治体及び関係機関との密接な連携により、地域の医師の教育ニーズに呼応した生涯教育支援及び医師等のリフレッシュ(再教育)に対する支援を行うことで、医師の定着を図り、医師の偏在解消も含めた地域の医療環境の充実、医療レベルの向上、地域住民の健康増進を通して地域社会の活性化を目指しています。

医師のリフレッシュ教育

リフレッシュ教育とは、専門医として長年勤務後に定年退職した医師、基礎医学・社会医学を専門としてきた医師、あるいは定年前であっても地域医療への貢献を望まれる就職希望医師に、総合診療を研修する場を提供し、地域医療を担う“一般医(general physician)”として地域医療に貢献して頂くものです。

あわせて本事業では、出産・子育て・介護を終えた女性医師の再就職支援も行い、特に女性医師の割合の多い小児科、産婦人科医師の診療科偏在の是正にも貢献することが期待されます。

離職女性医師

地域中核医療機関

退職する専門医
地域への貢献を希望する専門医

総合診療研修

医学研究機関

退職する研究者
地域への貢献を希望する研究者

山形大学医学部 総合医学教育センター

リフレッシュ医学教育

地域医療機関

General physicianとして
地域医療に貢献

診療レベルの保証

- ・医師偏在の解消
- ・地域医療レベルの向上
- ・地域住民の健康増進

社会復帰支援

特に小児科・産婦人科など

研修内容の概要

研修の期間、科目は先生方のキャリアに応じてお選び頂けます。

【診断とFirst Aid】

循環器内科／呼吸器内科／糖尿病代謝内科／小児科／
外科・整形外科(骨折診断、創傷処置)耳鼻科／皮膚科／
救急蘇生法／など

【検査】

X線撮影(各種単純撮影、CT)／心電図／腹部エコー

プログラムの修了後について

このプログラムは、山形県に限ったものではありません。
全国の自治体、医師会ドクターバンク等を通じて就職先を
お選びいただけます。

お問い合わせは

山形大学医学部総合医学教育センターへ

E-mail: mededu@mws.id.yamagata-u.ac.jp

TEL:023-628-5349/ FAX:023-628-5351



山形大学医学部総合医学教育センター規程

(平成19年2月20日制定)

(設置)

第1条 山形大学医学部に、山形大学医学部総合医学教育センター（以下「センター」という。）を置く。

(設置目的)

第2条 センターは、山形県等の地方自治体及び関係機関との密接な連携により、地域の医師の教育ニーズに呼応した生涯教育支援及び医師等のリフレッシュ（再教育）に対する支援を行うことで、医師の定着を図り、医師の偏在解消も含めた地域の医療環境の充実、医療レベルの向上、地域住民の健康増進を通して地域社会の活性化を目指すものとする。

(職員)

第3条 センターに、次の職員を置く。

- (1) センター長
- (2) 副センター長
- (3) 部門長
- (4) 教員
- (5) その他の職員

2 センター長は、学部長が指名する者をもって充てる。

3 副センター長は、センター長が指名する。

4 部門長は、センター長が指名する。

(職務)

第4条 センター長は、センターの業務を統括する。

2 副センター長は、センター長の業務を補佐する。

3 部門長は、センター長を補佐し、担当部門の業務を処理する。

4 教員及びその他の職員は、上司の命を受け、センターの業務を処理する。

(業務)

第5条 センターは、次に掲げる業務を行う。

- (1) 医師等のリフレッシュ（再教育）推進事業に関すること。
- (2) 生涯教育についてのニーズ調査に関すること。
- (3) 学習ニーズを踏まえた生涯教育カリキュラムの作成に関すること。
- (4) ITネットワークによる医療支援に関すること。
- (5) 地域医療の実態調査に関すること。
- (6) 地域医療の支援のための科学的データ解析に関すること。
- (7) 広報誌、生涯教育セミナー等による生涯教育についての情報提供に関すること。
- (8) 地域病院医師及び医療従事者との情報交換の円滑化に関すること。

(9) その他地域における医学教育支援に関すること。

(部門)

第6条 センターに、センターの業務を分掌させるため、次の部門を置く。

(1) リフレッシュ事業部門

地域医療に従事する医師等のニーズに呼応した多様な教育研修コースを提供するとともに、相談室やドクターバンクの設置・運営を行い退職医師及び臨床へ復帰する研究者等を支援する等の業務を所掌する。

(2) 生涯教育部門

地域医療機関に勤務する医師の教育ニーズを調査し、ニーズに呼応した生涯教育プログラムを策定するとともに、所属外での研修体制を支援する等の業務を所掌する。

(3) 遠隔医療部門

全国の地域医療機関との間にITネットワークを構築し、遠隔医療による医療援助を行う等の業務を所掌する。

(4) 企画・広報部門

広報誌の発行、インターネットを介した情報提供、生涯教育セミナーの開催等を通しての生涯教育に関する情報を提供し、地域病院医師及び医療従事者等との情報交換の円滑化のための企画を行う等の業務を所掌する。

2 前項の各部門に、部門長を置く。

3 各部門の構成員は、センター長が指名する。

(運営委員会)

第7条 センターに、センターの円滑な運営を図るため、山形大学医学部総合医学教育センター運営委員会（以下「運営委員会」という。）を置く。

2 運営委員会に関する事項は、別に定める。

(事務)

第8条 センターに関する事務は、センター及び総務・学務ユニットにおいて処理する。

(その他)

第9条 この規程に定めるもののほか、センターに関し必要な事項は、学部長が別に定めることができる。

附 則

この規程は、平成19年2月20日から施行し、平成19年2月1日から適用する。

リフレッシュ研修

受講者の経歴等

1) ■■■■■ 58歳 (琵琶湖磯診療所→公立高島病院 内科)

京都出身

岡山大学薬学部→名古屋市立大医学部卒

関西圏の病院で内科医として勤務

関西人の人間関係に疲れて、以前旅行をした時に人間性の良さを実感した東北の地域医療に貢献したいと考え、インターネットを検索し、公立高島病院に就職。これまでも内科医として勤務していたが、生涯教育を受ける環境ではなかったため、これを機会にリフレッシュ医学教育に応募した(呼吸・循環器)。

2) ■■■■■ 38歳 (米国ミシガン大学→山形大学附属病院 第一内科)

宮城県出身

山形大学医学部卒→岡山大学呼吸器外科(第二外科)入局

岡山県内の病院勤務、米国ミシガン大学へも留学、外科認定医、学位(岡山大学)も取得したが、自分の外科医としての将来に疑問を持ち、出身地近くで内科医として地域医療に貢献したいと考えていたところ、留学先のアメリカで山形大学のリフレッシュプログラムの存在を大学のホームページで知った。

平成18年秋のことで、まだリフレッシュ教育の開始前のことであり、山形大学第一内科に医員として採用されたのち、リフレッシュ教育が始まった4月よりリフレッシュ教育プログラムに参加している。

3) ■■■■■ 35歳 (金沢医科大学腎臓内科)

山形県出身

金沢医科大学卒

金沢医科大学腎臓内科で研修、勤務していたが、出身地の山形県新庄市の県立新庄病院で透析医が不在であることを知り、県立病院で透析医として勤務することを考えた。これまでも透析の経験はあるものの、経験不足であり、就職前に最新の透析技術の獲得のため、2ヶ月間透析を中心としたリフレッシュ研修を行い、現在は県立新庄病院で透析医として勤務している。

4) [redacted] 54歳 (県立一戸病院 精神科)

千葉県出身

京都大学法学部卒→日本原子力研究所→弘前大学医学部卒

弘前大学精神科医に入局後、青森県、岩手県の公立病院の精神科勤務。現在は岩手県立一戸病院の精神科在籍。これまで精神科医として働いて来たが、もう少し general に病気を診られる内科医として今後やって行きたいと考えていたところ、山形大学のリフレッシュ教育のことをホームページで知り、コンタクトをとった。11月から2ヶ月研修の予定。研修中にごん患者と接し、general physician ではなく、psycho-oncology の方面に興味を持ち、新たにその方面にすすむ事になった。

5) [redacted] 58歳 (三和会国吉病院 脳神経外科:高知県)

高知県出身

弘前大学医学部卒→岡山大学脳神経外科入局

岡山大学脳神経外科およびその関連病院で研修・勤務し、高知県立安芸病院脳神経外科を経て、平成16年から高知市にある三和会国吉病院脳神経外科勤務。以前勤務していた県立安芸病院脳神経外科が2年前から閉鎖され、安芸市に脳神経外科を診療する病院がないことから、安芸市に県立病院と連携しながら脳神経外科および循環器を扱う医院を開業することになり、専門外の循環器疾患、一般内科としての消化器疾患の診断技術獲得のため平成20年4月から3ヶ月の予定で研修中。

(20年6月20日終了)

6)

*現在、宮城県在住の医師から、糖尿病の治療の研修の可否についての問い合わせがあり、面談予定。

(平成20年4月8日作成)

救急患者搬送時間の上下15位の都道府県

搬送時間、都道府県で最大格差 6倍

重篤なけが・急病人の受け入れ先となる各地の救命救急センター（3次救急機関）への搬送時間が、都道府県によって最大で6倍も差があることが、国際医療福祉大（栃木県大田原市）の河口洋行助教授らの調査で分かった。重病者の救命救急には少しでも速い搬送が不可欠とされるが、長崎、鹿児島、青森、秋田の4県では、60分以内にセンターに運べる住民数が県民の半数以下にとどまるとの結果になった。専門家は地域間格差の解消に、国全体で取り組むことの必要性を指摘している。

救命救急センターは原則、人口100万人に1カ所の基準で配置され、人口が集中する都市圏とそれ以外の地域で搬送時間に格差があると指摘されてきた。しかし、センターへの搬送時間は一部の県でしか集約されておらず実態は不明だった。

河口助教授のグループは、道路地図や車両の平均的な移動時間などのデータが入力された「GIS」（地理情報システム）というソフトを使用。全国の約2500の市町村（離島を除く）の中心部から、最寄りの救命救急センターまで車で移動した場合の所要時間を計算した。

搬送時間の全国平均は約59分で、地域差が極めて大きいことが判明した。最も搬送時間が短いのは、センターが21カ所ある東京都で平均搬送時間は約17分、10カ所の大阪府は約24分だった。これに対し、広大な面積にセンターが10カ所しかない北海道は、東京の6倍近い約100分かかかる計算になった。

また30分以内にセンターに搬送できる自治体の住民数を調べたところ、東京では9%とほぼ全住民をカバーした。しかし、長崎や秋田、岩手など14道県では30%を下回った。

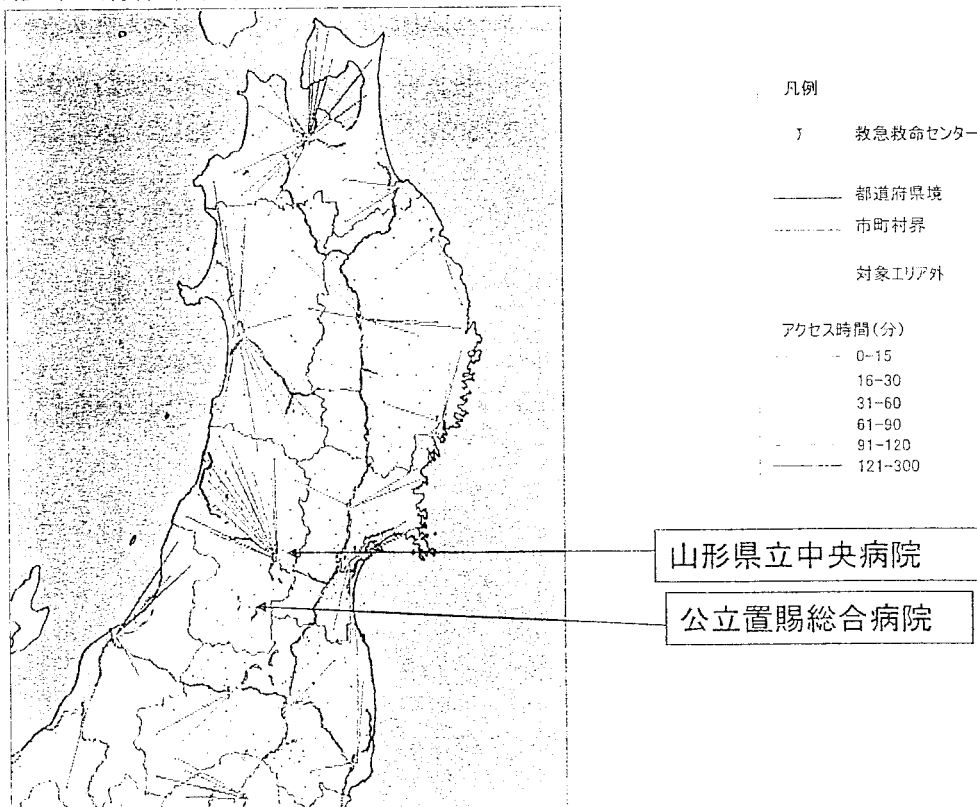
医療経済学を専門とする河口助教授は「これまで全国規模のデータがなく、各県が自県の『実情』を測りかねていた面があると思う。搬送時間に大きな格差があるのは問題で、こうしたシミュレーション結果を活用し、より効果的な救急体制を検討すべきだ」と話している。

（毎日新聞 2006年9月12日）

ベスト15	搬送時間(分)	ワースト15	搬送時間(分)
東京都	17.0	福島県	65.8
大阪府	24.2	岩手県	69.7
神奈川県	31.0	長野県	70.4
愛知県	31.1	宮崎県	71.7
滋賀県	31.2	山形県	79.6
埼玉県	34.5	三重県	80.1
茨城県	37.5	島根県	81.9
岐阜県	38.7	熊本県	82.7
千葉県	38.7	青森県	84.8
福岡県	39.2	長崎県	86.0
香川県	39.6	秋田県	86.6
栃木県	39.8	高知県	86.7
富山県	41.2	鹿児島県	93.1
佐賀県	45.5	和歌山県	96.3
山口県	47.1	北海道	100.5

市区町村重心点から最寄の救急救命センターまでのアクセス時間分析

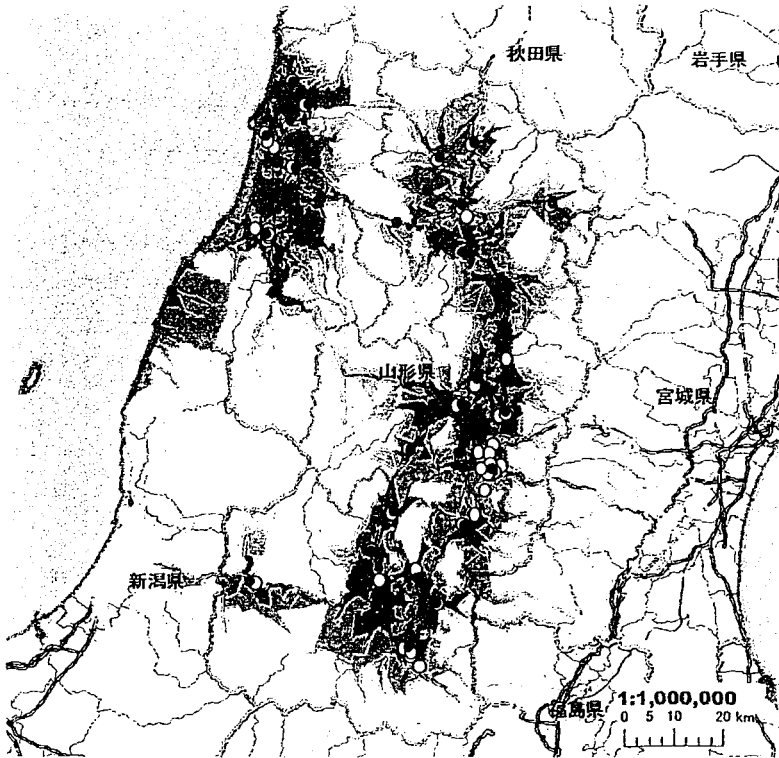
東北エリア(青森・岩手・宮城・秋田・山形・福島)



GIS(Geographic Information System:地図情報システム)による解析

山形県の各市町村役場から15分・30分・60分で到達可能なエリア

有料道路は利用可能とした。

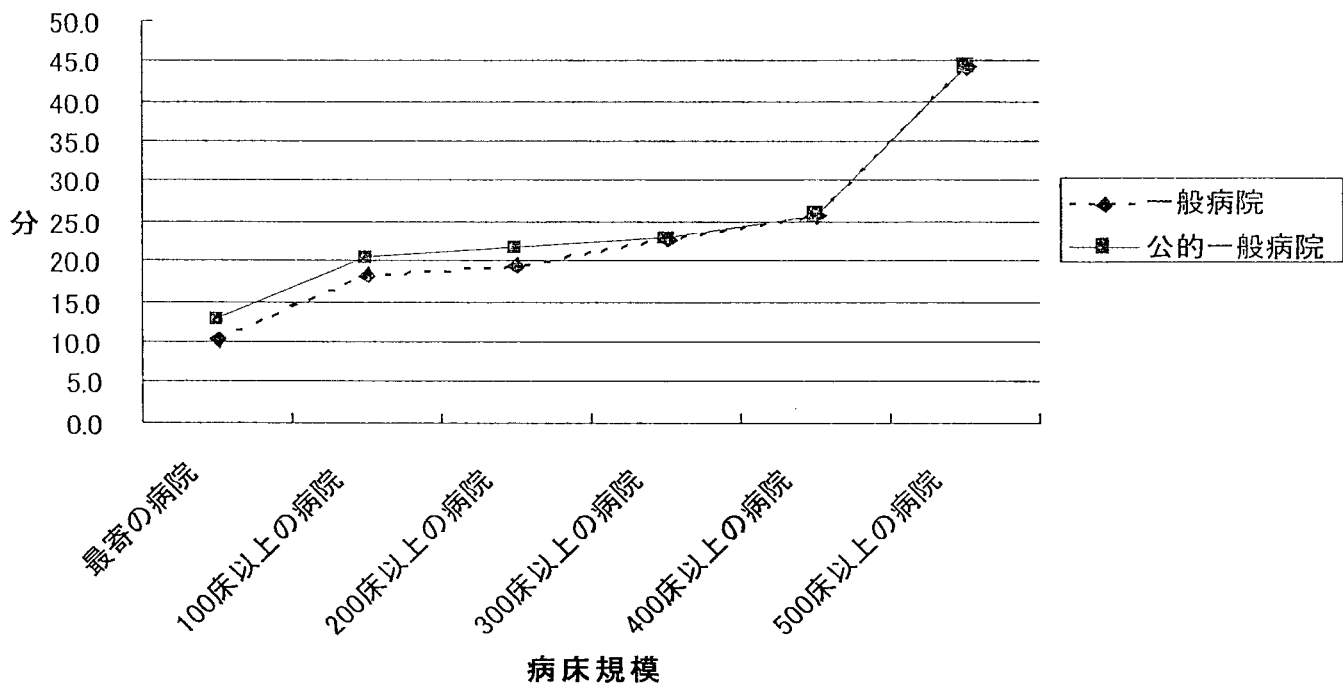


- 凡例
- 山形県市区町村役場所在地
 - 一般病院(すべての病床)
 - ▨ 2次保健医療圏界
 - ▧ 都道府県界
 - 15分圏
 - ▩ 30分圏
 - 60分圏

市町村役場から15分の範囲にほとんどの病院が含まれていることがわかります。

東京医科歯科大学
河原和夫教授

図 23 一般病院と公的一般病院への平均アクセス時間 (病床規模別)



病院救急患者数 と医療圏内搬送

<庄内地区>

患者数: 22,898人
割合: 96.6%

<最上地区>

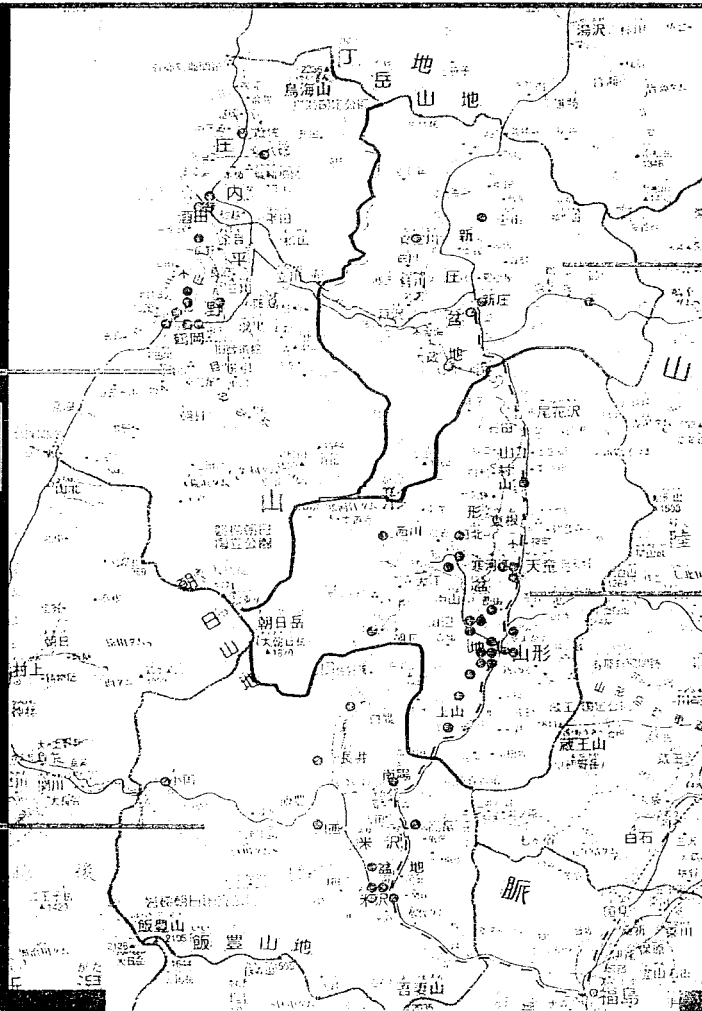
患者数: 19,305人
割合: 93.9%

<村山地区>

患者数: 56,689人
割合: 96.5%

<置賜地区>

患者数: 33,713人
割合: 96.4%



119から病院到着までの時間

全国平均

28.8分

山形市

28.3分

日本の医療現場の実態

産科: 分娩実施施設は約10年間で27%減(1996年3,991、2005年2,933)。
 妊婦の搬送拒否も目立ちはじめた。
 救急: 半分以上の県で、患者を医療機関に届けるまでに30分以上。
 小児科: 小児科標ぼう施設は約10年間で8%減(1996年30,939、2005年28,472)。

妊婦の搬送拒否件数(2006年)

北海道	132	石川県	3	岡山県	8
青森県	10	福井県	0	広島県	30
岩手県	9	山梨県	4	山口県	7
宮城県	70	長野県	13	徳島県	3
秋田県	0	岐阜県	10	香川県	6
山形県	0	静岡県	26	愛媛県	6
福島県	10	愛知県	40	高知県	3
茨城県	61	三重県	62	福岡県	69
栃木県	36	滋賀県	8	佐賀県	12
群馬県	37	京都府	23	長崎県	4
埼玉県	134	大阪府	282	熊本県	0
千葉県	142	兵庫県	166	大分県	8
東京都	528	奈良県	125	宮崎県	11
神奈川県	484	和歌山県	6	鹿児島県	25
新潟県	40	鳥取県	5	沖縄県	6
富山県	3	島根県	1	全国	2,668

* 妊産科医療「緊急搬送における産科-周産期医療連携実態調査の結果について」(2007.10)より。

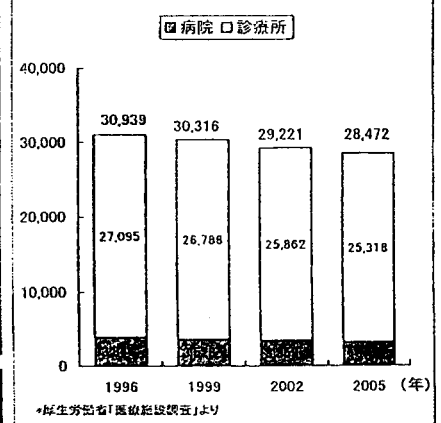
119番通報を受けてから患者を医療機関に届けるまでの平均時間(2006年)

北海道	29.9	石川県	25.3	岡山県	28.7
青森県	31.2	福井県	26.4	広島県	28.2
岩手県	35.1	山梨県	31.5	山口県	28.3
宮城県	34.7	長野県	31.6	徳島県	26.6
秋田県	31.4	岐阜県	28.5	香川県	25.2
山形県	29.8	静岡県	31.4	愛媛県	29.5
福島県	34.4	愛知県	28.4	高知県	30.8
茨城県	34.4	三重県	31.3	福岡県	26.2
栃木県	34.6	滋賀県	27.4	佐賀県	31.5
群馬県	29.0	京都府	25.6	長崎県	31.6
埼玉県	35.6	大阪府	25.3	熊本県	30.9
千葉県	34.8	兵庫県	27.6	大分県	28.3
東京都	45.2	奈良県	33.0	宮崎県	31.8
神奈川県	31.5	和歌山県	28.8	鹿児島県	30.2
新潟県	34.2	鳥取県	30.0	沖縄県	28.6
富山県	25.7	島根県	32.7		

	1996年	1999年	2002年	2005年	2006年
全国平均(分)	24.4	27.1	28.8	31.1	32.0

* 妊産科医療「救急-救急の現場」より。

小児科を標ぼうする医療機関数



全国医学部長病院長会議

医学部定員増に関するアンケート調査

(暫定稿)

全国医学部長病院長会議 専門委員会委員長会 委員長

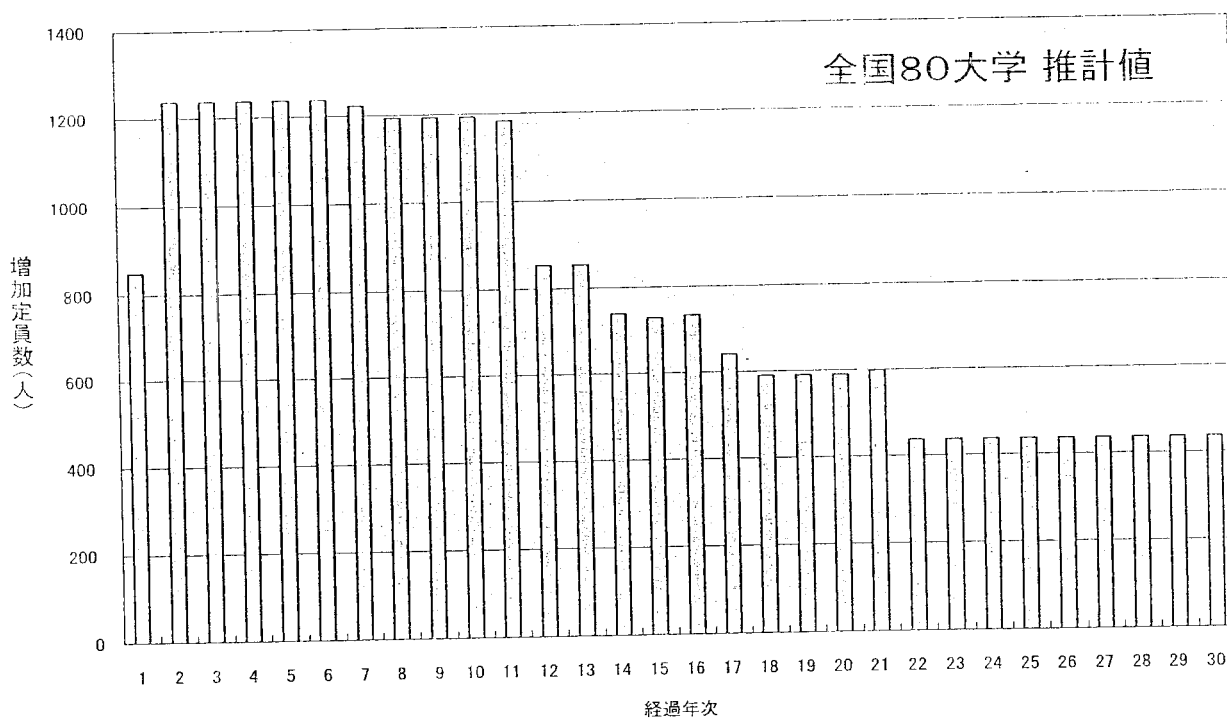
嘉山 孝正

調査対象:国公立大学50施設

平成20年7月実施

1

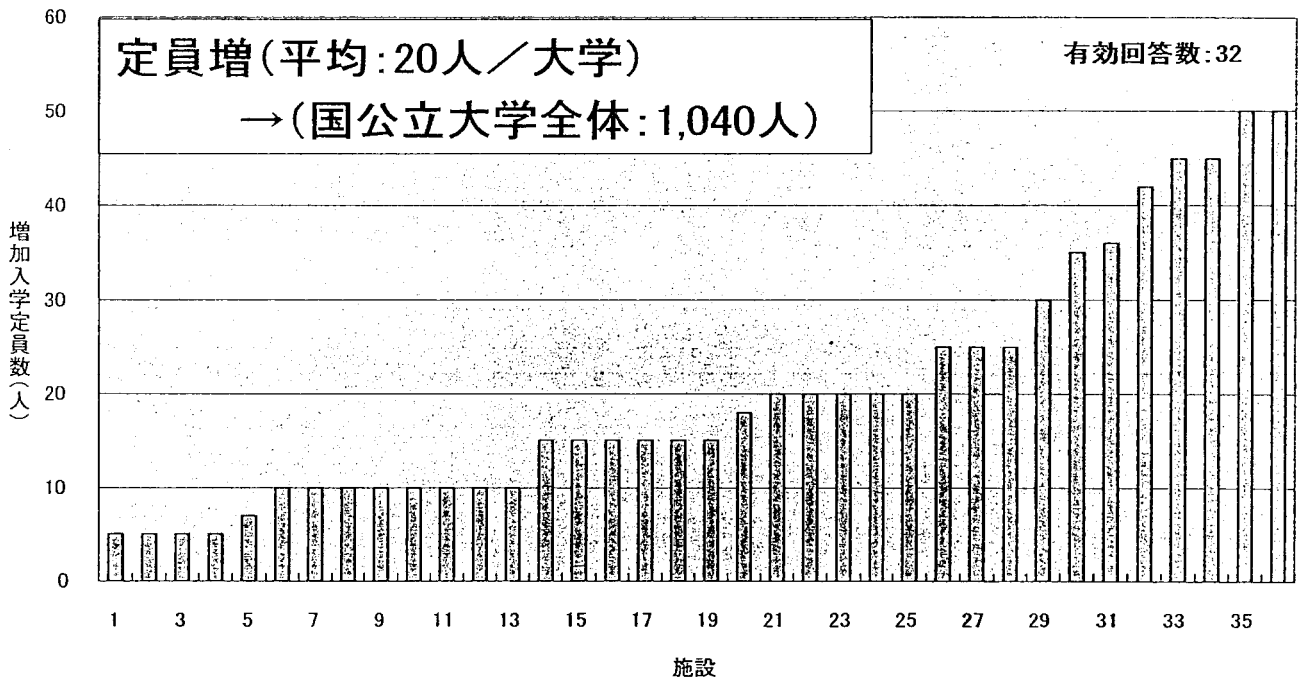
増加定員の年次推移



全国医学部長病院長会議 医学部定員増に関するアンケート調査(平成20年7月)

* 私立医科大学分は、(社)日本私立医科大学協会(会長:小川秀興)の調査結果を使用。

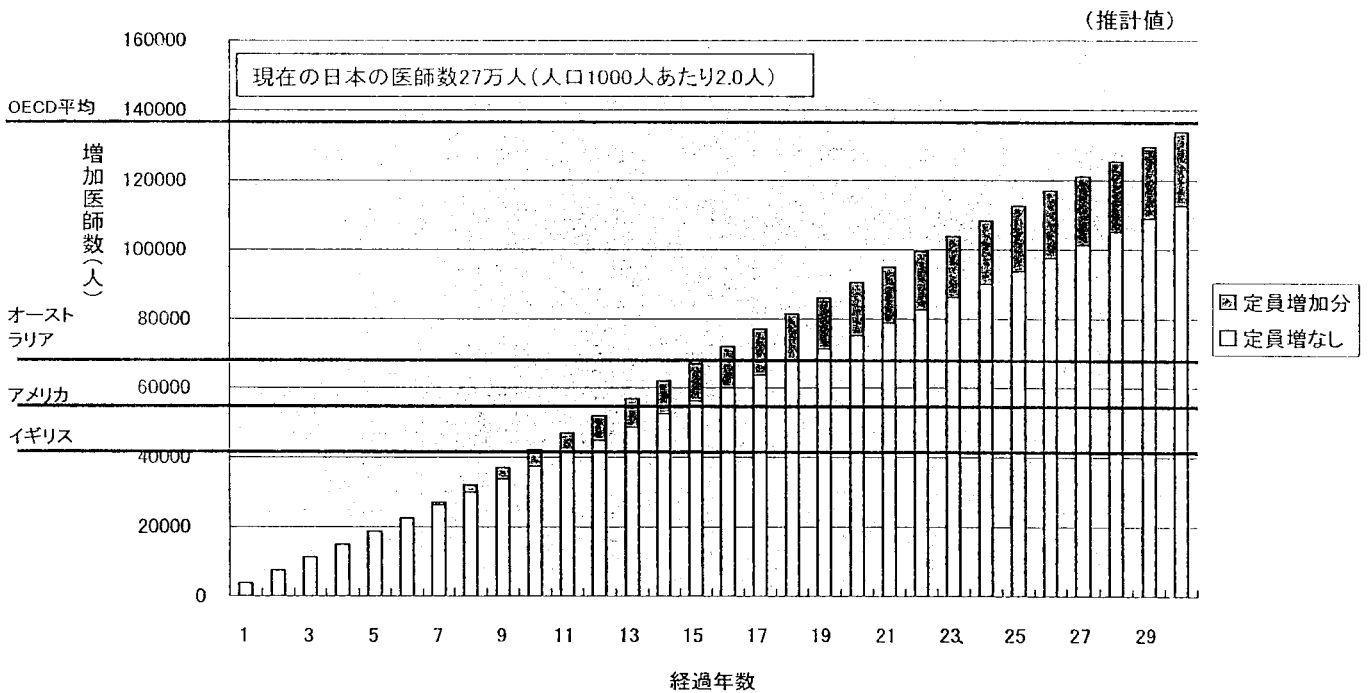
最大受け入れ可能な定員増



全国医学部長病院長会議 医学部定員増に関するアンケート調査(平成20年7月)

参考)私立医科大学で可能な定員増→私立医科大学全体で320人
「(社)日本私立医科大学協会(会長:小川秀興)調べ」

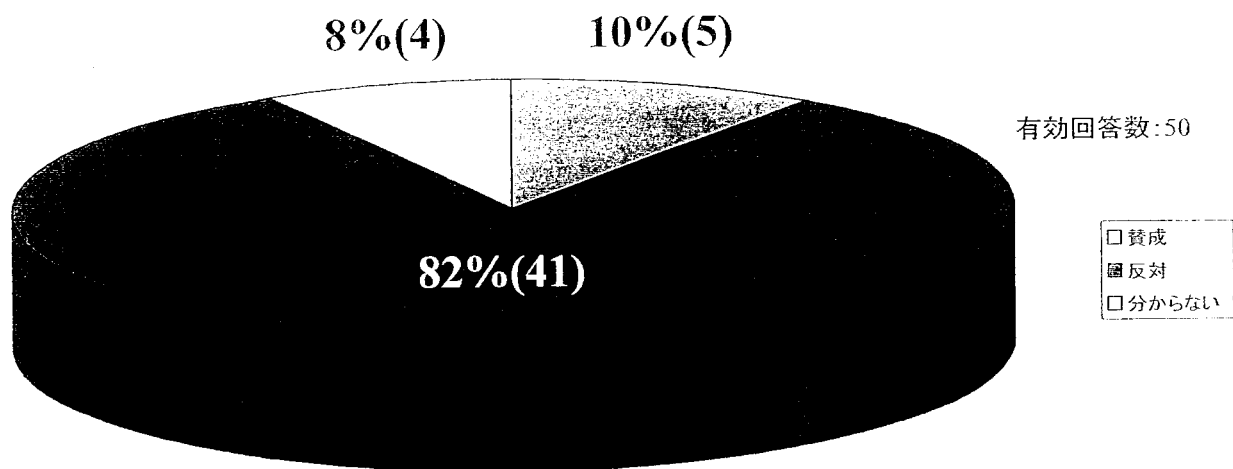
経過年数と増加医師数



全国医学部長病院長会議 医学部定員増に関するアンケート調査(平成20年7月)

*「定員増なし」の場合の増加医師数は、厚生労働省の推計3500~4000人/年をもとに算出。

メディカルスクール構想への賛否



全国医学部長病院長会議 医学部定員増に関するアンケート調査(平成20年7月)

在宅医療の現場よりの問題提起と立法・行政へのお願い

No	問題項目	メッセージ	病院で働く医療者に理解していた だきたいこと	一般の方、医療者以外の方 に理解していただきたいこと	備考	立法、行政へのお願い (* 予算化、#時間をかけて検討)
1	在宅医療は人間対人間の、古臭いにおいのする医療である	在宅医療における患者・家族の安心感、医療者の専門的な力だけではなく、医療者との人間的な信頼関係に由来する。	医療者が患者宅を訪問した場合、患者が大切にしてきたこと、歩んできた人生、家族との関係などを無視することは難しく、身体的な問題を最重視する病院の医療との本質的な違いがある。家族歴一つとっても、病院と在宅とではウエートの起き方が全く違う。	さまざまな医療の中で、在宅医療はもっとも人間臭さや人間性が求められる分野の一つである。患者のケアを通して、医療者との連帯感、信頼関係ができあがっていく。	トルニエは人格医療という言葉を用いているが、その意味は、患者・家族と医療者との人格、人間性が触れ合う医療という意味である。「携わる医療者は人格者たれ」という意味ではない。	在宅医療をガイドライン化、マニュアル化、標準化する場合には、慎重であってほしい。疾患によっては、病院が作成するパスが在宅医療の実現を妨げる場合がある。
2	医療機関の機能明確化と在宅医療の位置づけ	在宅医療は入院、外来とともに、第3の医療の場である。そこで行われる医療は、単なる病院医療の延長ではない	多くの病院医師が在宅医療に対して誤解を持っている。 ①在宅では医療ができない？在宅医療のレベルは低い？ ②在宅医療は病院医療の延長 ③外来医療＝在宅医療などなど。 そのような理解の病院勤務医が現在でも在宅への移行を阻害する可能性があるし、現場を知らないまま在宅医療のありかたをリードするのは大きな問題である。	治療病院の医師が「もうこの病院は卒業です」ということは、「病院から見捨てられた？」とか「医療から見捨てられた」ということではない。特殊な検査、治療を除いて基本的には在宅ですべて可能。	1992年の医療法改正で法的に大きな枠が作られ、在宅が医療の場となるような、さまざまな規制緩和や整備がなされている。	#病院で行われている退院調整の中で、在宅で行われる医療の調整を地域に委ねる方向で、今後(将来的には)検討を行ってほしい。そのためには在宅医療機関が実力をつけなければならないが。
3	チーム医療の問題 1) 在宅では、医師と看護師とが遠い存在となること	在宅での医行為の実施には、新たなルールが必要。なし崩し的なルール緩和は医療の質の低下を招く恐れがある	病院と違い、在宅ケアでは医療が行われる場所(患者の家)に医師、看護師がいらないという大きな特徴がある。それぞれのコミュニケーションの問題、力量の問題、即時対応性の問題、など病院では理解できない問題が多数存在する	医療は医師とCo-workerの密接な協働体制があって初めて、質の高いケアを保證できる。在宅はその点ではまだまだであることを理解し、温かい目で見守っていただきたい	この問題に関しては、すでに研究班が組織され、一定の提言がなされている。	#医師法17,20条・保助看法37条の見直し、ないしは弾力化について今後も前向きに検討していただきたい。
4	チーム医療の問題 2) 在宅での医療は介護との連携が必須	病人が安心して在宅で過ごすためには、医療と生活の支援が必要。両者の協働は必須である。	病院の先生方は、日常の診療を行いつつながら介護保険の存在を意識することはないと思う。第3の医療の場である在宅では、医療と介護の協働は不可欠である。	自分が老い、病んだ時、住み慣れた自宅で安心して過ごすことができるように、さまざまな支援体制が公的に整備されてきた。20年前からこの医療を実践してきた者にとって、当時を思い返すと今は夢のような時代になった。サービスを提供する側にとっても、受ける側にとってもである。	2000年の介護保険法施行により、生活支援がシステミックに制度化された。	

No	問題項目	メッセージ	病院で働く医療者に理解していた だきたいこと	一般の方、医療者以外の方 に理解していただきたいこと	備考	立法、行政への願い (*予算化、#時間をかけて検討)
5	医療と介護の住分けの問題。両者を同じ土俵に置くことは問題である	医療と介護とではペースが異なり、連携は必須だが同じ土俵に置くのは問題がある	在宅でも医師は介護保険から距離をとっているが、訪問看護師は介護保険のしぼりの中で働かなければならないことが多く、それが大変な負担、ロスとなっている。介護保険の導入によって、訪問看護師の情熱が薄れ、多くの看護師が在宅を去って行った(これは現場の感覚である。数字上の裏付けがほしい)。在宅における医師の強力なパートナーがいなくなると、医師の負担も大きくなるし、そもそもケアの質自体が低下する。	介護保険は基本的に契約関係を重視する制度。医療はかつて怪しい?信頼関係で成り立っていたが、現在は人と人との間に細かい契約、標準化されたマニュアルなどが入るようになり、信頼関係を構築するのが困難となってきた(これは私的な意見ですが、いかがでしょうか)。在宅ケアでは一般に医師が中心となって行う医療以上に、看護師が行うケアが重要となる。		#訪問看護を介護保険の枠組みから外す検討が将来的にぜひ必要。そうしないと、訪問看護制度自体が成り立たなくなる危険性がある。現場の生の声をぜひ聞いてほしい。
6	がん難民。行き場を失った患者の問題	現在でも在宅は病院や介護施設の十分な受け皿となる力を持っているし、将来的にははならなければならない。特に末期がん患者の在宅ケアは国民的な課題である。	患者が治療病院から在宅へ移行する場合、病院側のアレンジが悪くて患者が行き場所を失って彷徨う現象が起きている。多くの病院で行う紹介先が病院中心となっており、また在宅医療機関の評価を十分行わないで、ただ機械的に在宅へと振り分けている。結果的には救急車を呼んで入院ということになるので、それが患者を受け入れた病院(特に救命センターなど)の負担となる場合が多い。	在宅療養者が住み慣れた地域で過ごすにあたり、以前(私が在宅ケアに関わるようになった20年前)と比較して格段の環境整備がなされている。そのサービスを十分使い、決して自分たちだけで問題を抱えこまないようにすることが重要。サービスが行き届けば(残念ながら地域差があるが)、在宅は患者にとって最高の療養場所になる。	この問題は多くの要因が考えられるが、彷徨うがん患者を受け止めるのが、 <u>専門的な在宅医療機関、チーム</u> だと思う。治療病院にその負担を強いるのは、さまざまな観点から適切でない。	#この問題に関しては、別の資料で詳述
7	担う医療者の育成、教育の問題	在宅医療の研修場所、内容は十分整備されていない	現場の医師が在宅医療を教えなければならないが、教育する医師、機関が少ない現状がある。		地域医療の実習先はいくつか種類があるが、研修医が必ずしも歓迎されていない現実がある。	前期研修における地域医療の実習は、在宅をメインに置くべきである。カリキュラム、教育体制の整備が必要。
8	家族の介護力を期待できない患者の在宅ケア	独居世帯、高齢世帯における在宅医療の未来は、地域力の結集にかかっている。すでに様々な形で実践している医療機関がある。	病院ではほとんど問題にならないが、在宅では非常に重要な問題。しかし、家族力のとらえ方は昔と今とは異なる。少子高齢化がますます進行する中にあるのは、現状のままだと受け入れ施設を大幅に増やすしか方法はないが、ベストの方法ではない。	家族が介護しなければ在宅ケアを続けることができない、というのは昔の話。ただし公的な支援だけでは限界があるのも事実。それを補うのが地域力だと思う。	自宅を含め、地域で療養生活を送る体制作りが急務。	*この問題が解決しない限り、わが国の在宅医療の明日はない。総合的なプロジェクト(研究班、モデル事業など)を立ち上げ、国としての支援をいただきたい。 川越資料4参照

No	問題項目	メッセージ	病院で働く医療者に理解していた だきたいこと	一般の方、医療者以外の方 に理解していただきたいこと	備考	立法、行政への願い (* 予算化、#時間をかけて検討)
9	地域力の育成とケアへの参加	課題は、在宅ケアチーム内でのボランティア育成と様々な存在する資源のコーディネート	ボランティアは、その育成、維持に手間暇がかかるので、病院では働きが難しいが、在宅では在宅ケアの成否を決定する今後の重要な鍵。	ボランティアはチームの潤滑油と言われている。制度で足りないところをボランティアが補ってくれるだけではなく、提供するサービスの質を高めるという大きな意味がある。		チームの一員として働くボランティアを育成し、チーム内で一定の働きを行っているような医療機関(在宅チーム)を支援する事業を起こしてほしい。そのような在宅チームはまだ数が少ないがすでに存在しているのも事実なので、政策研究が適している?
10	ケアチームのマネジメントの問題	末期がん患者の在宅ケアのマネジメントは医療に明るい者が最適	病院でのチームケアは医師中心のトップダウン方式(いわゆる multidisciplinary team approach)であるが、在宅ケアやホスピスケアではそれぞれの専門職が横並び(いわゆる interdisciplinary TA)でケアを提供する形が良いケアにつながる。	介護保険における介護支援専門員(ケアマネ)は、病状が比較的安定し、ケアが長期の及ぶ場合の調整に適している。がんはその点きわめて特殊で、短期間に病状が進行、ADLが悪化し、しかもその行く先は患者の死なので、現在のケアマネでは適切な調整が難しい。最適なのは、医療と生活を両面から見られる看護師である。	病院、在宅を問わず、チームの舵取り、まとめ役が重要。病院と異なり在宅では医師が行うのが必ずしもベストとは限らない。またその役割と責任は極めて大きいので、現在の介護支援専門員にその責を担わずのは酷であるし、適切でない。	がん患者のケアマネジメントは訪問看護ステーションを”見做し”居宅介護支援事業所と認定し、ケアマネの資格を持った訪問看護師にケアマネジメントができるような、制度改革を至急やってほしい。
11	ケアの質の評価と高品質の医療提供を保証する	在宅死の頻度は、末期がん患者の在宅ケアの質を忠実に反映する。質の高低によって、在宅医療機関の区分けをすることが重要	在宅は密室で行われる医療だ、という批判がある。しかし実際は家族が目を見てしかも24時間監視しているので、質が悪いケアを提供する(たとえば、肺がん患者の呼吸苦しを適切に緩和していなかった場合など)と、患者は病院へ逃げていく。そのような厳しい環境の中で行われている医療であることを認識していただきたい。病院の評価機構のような大掛かりなものは現実的でないが、必要であることは間違いない。	在宅での療養を最後まで望みつつ、さまざまな理由(たとえば、夜になると医師と連絡がとれない、痛みを我慢させられるなど)で入院せざるを得ない実情がある。入院理由の多くは、サービス提供医療機関のケアの限界であったり、不適切な調整であることが多い。	ケア提供機関のケアの質を評価する指標で、最も簡単、かつ実態を反映しているのは、在宅死の頻度。その定義も難しく、質の高い医療機関を国民が選択する場合の、有益な指標となる。	在宅医療の質を診療報酬で反映している代表は、在宅療養支援診療所制度であるが、在宅療養支援診療所の認定基準の中に在宅死の頻度を盛り込むべき。また、その多寡はケアの質を反映するので、在宅死亡率をもとに在宅療養支援診療所の区分けを検討する。
12	情報の問題	患者に必要な在宅情報がいきわたっていない	病院サイドも、在宅医療機関に関する情報を十分もちあわせていない。	患者サイドで必要なのは、どこで在宅医療を行ってくれるか、またその医療機関がどのような医療を提供するか、などである。	さまざまな情報公開が望まれるが、国レベルの問題ではない	少なくとも、在宅療養支援診療所は在宅医療に責任を持つ地域の診療所なので、診療所名、所在場所などの情報を公開する必要がある

独居末期がん患者(医療依存度が高く、かつ家族の介護力を期待できない患者)の問題解決に向けての整理
(自分の経験を通しての見方なので、検討の叩き台と考えていただきたい)

ホームケアクリニック川越 川越厚

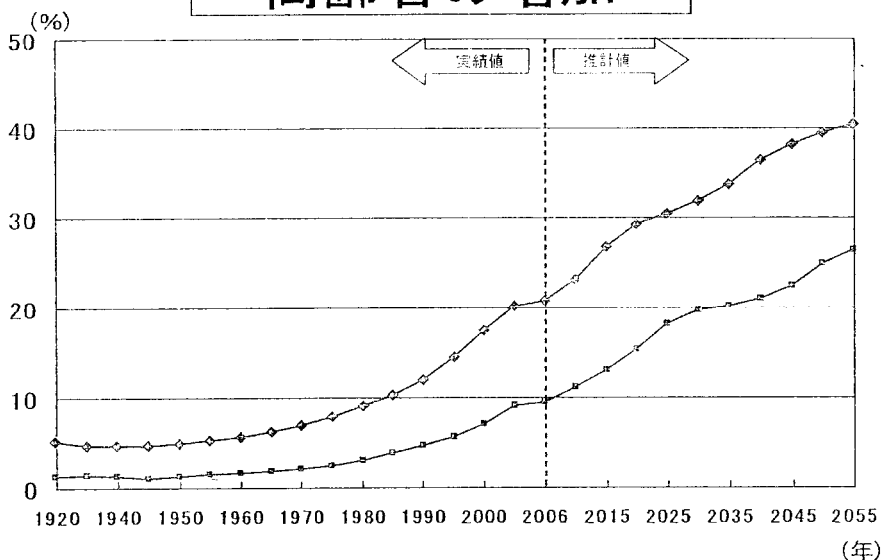
看取りの場	看取りの場となる可能性		患者のQOL		経済性	将来の課題
	現状	将来	現状	将来		
1.一般病棟、療養型病床	最も一般的。だが最近では入院先を探すのが困難	病床削減などの影響を受けて、受け入れ可能性が低くなる	よくない	長期入院する場所ではない。QOLを良い状態で保つには限界がある	一番高くつく(PCU解説前に確認したことあり)	治療病院を含め、末期がん患者が一般病棟に原則として滞在しないような制度を考えるべき
2.PCU(緩和ケア病棟)	入院待ち状態	診療報酬が現在のままならベッド数が増え、受け入れ患者数は増加。しかし施設ゆえの限界あり。	末期がん患者の入院施設の中では、ケアが厚いので最良。ただし長期に滞在する場所ではない	同左	点数的には、病院サイドにとって経営的に十分やっている(つまり高い)設定となっていると思う。	ベッド数は今のままでは、どんどん増加すると予測される。地域的な偏りがないようにPCUの数は調整段階に入っている。また在院日数の縛りを入れて、ベッドが有効に活用するようにしなければならない
3.救命センター	救急車を呼ぶと搬送される可能性が高い。現実には増えつつある	今後増える可能性あり(治療病院、バトンタッチする医療機関が責任を果たさない場合)	医師の目から見ると、最悪の場所。	原則として、救命センターに末期がん患者が担ぎ込まれることがあってはならない。	大変高くつく	治療病院、その後を引き継ぐ医療機関の責任。救命センターの対象患者ではないので、治療病院、そこから患者を引き継ぐ医療機関は亡くなる時まで責任をきちんと果たす必要がある。
4.介護系入院施設(特養、老健など)	末期がん患者に関しては、新規の入院は非常に困難	現状(医療環境、職員教育など)のままでは、将来的にも受け入れ施設になり難い。	医療の問題が解決すれば「よい」と思うが、現段階では例外的なので評価が難しい	ケア主体の施設なので、医療の問題が解決すればADLはよい		医療の整備、職員の意識改革、教育など。現状はバックアップする医療機関がしっかりしていない問題あり
5.非医療系施設	まだ例外的	条件が整えば、将来的に十分可能。グループホームは検討事項。	規則に縛られない自由さが魅力。	環境を整備すれば、自宅に次いだQOLを期待できる	医療費は患者宅(下記)と変わらない。	施設の経営が成り立つかどうかという問題がある。地域力の活用が必要
6.患者宅	非常に稀	条件が整えば、将来的に十分可能	最高。患者・家族の満足度は非常に高い	同左	医療施設で行われるよりも安価につく。	独居患者では生活支援の問題が大きいので、現在の制度だけで解決しようとすれば限界がある。地域力の活用が必要

年をとって
一人暮らしになっても、
たとえ病気を患ったとしても、
住み慣れた場所で
安心して
過ごし続けることができるためには
どうすればよいのか？

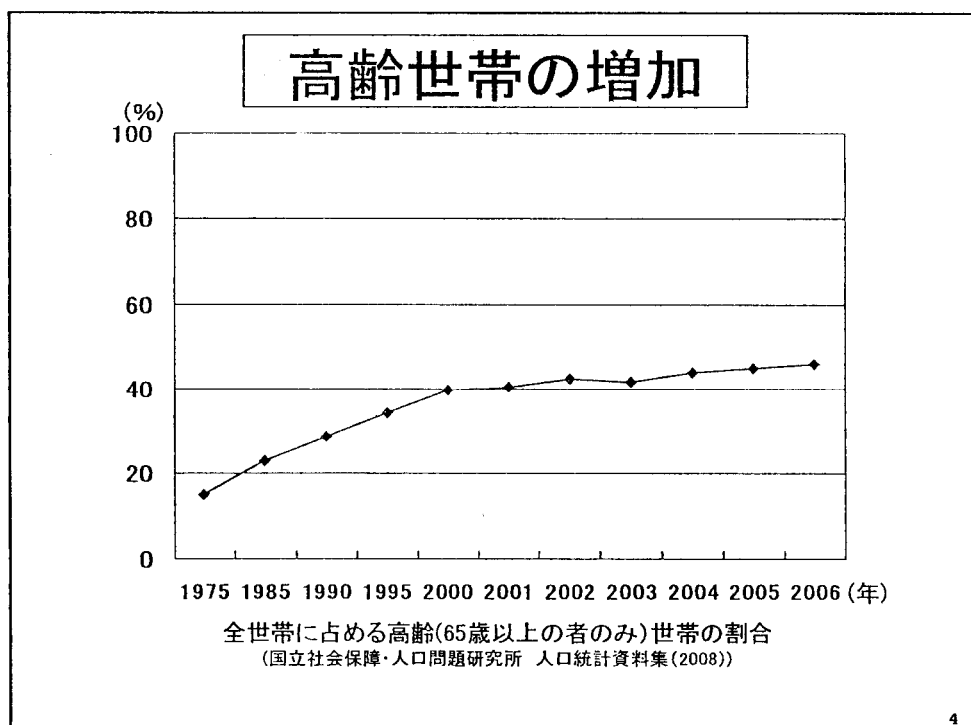
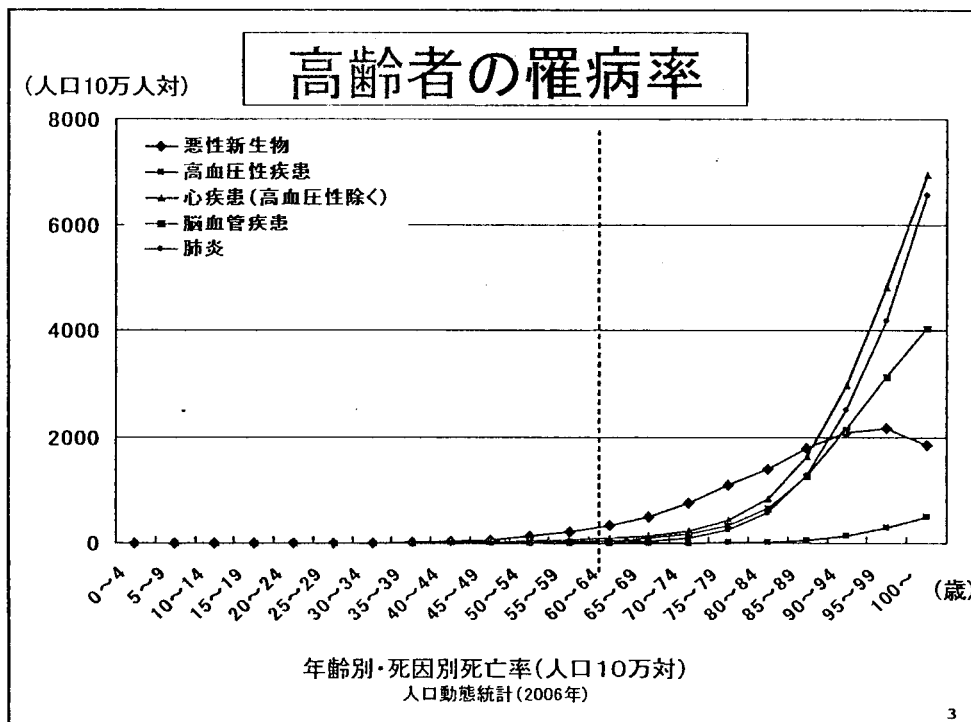
「住み慣れた場所で安心して過ごし続けることができるための地域づくりプロジェクト(案)」
支援事業のお願い

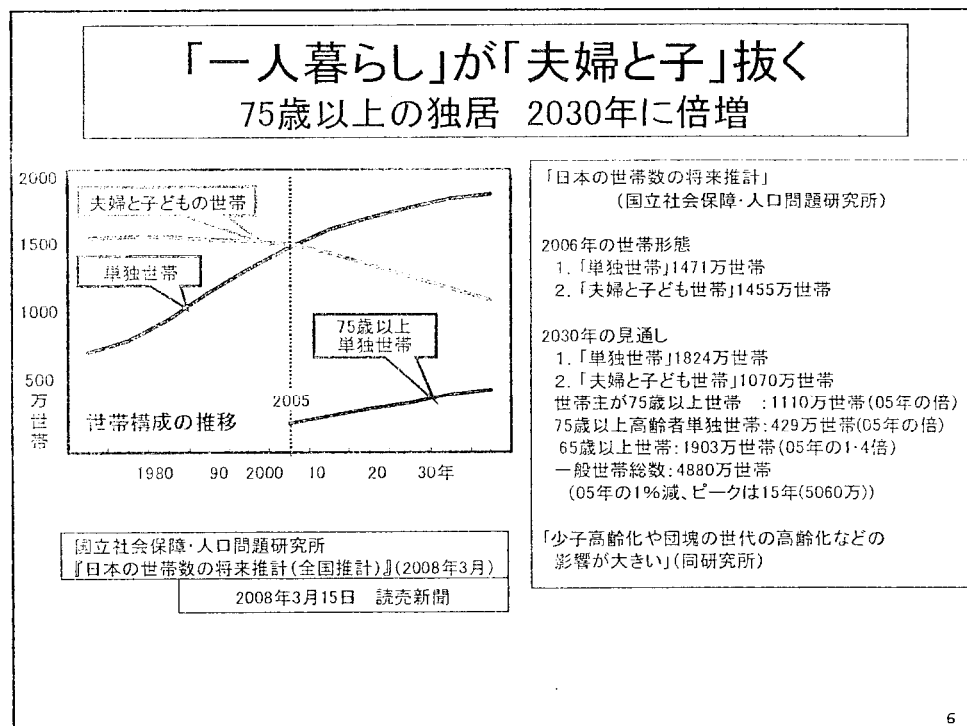
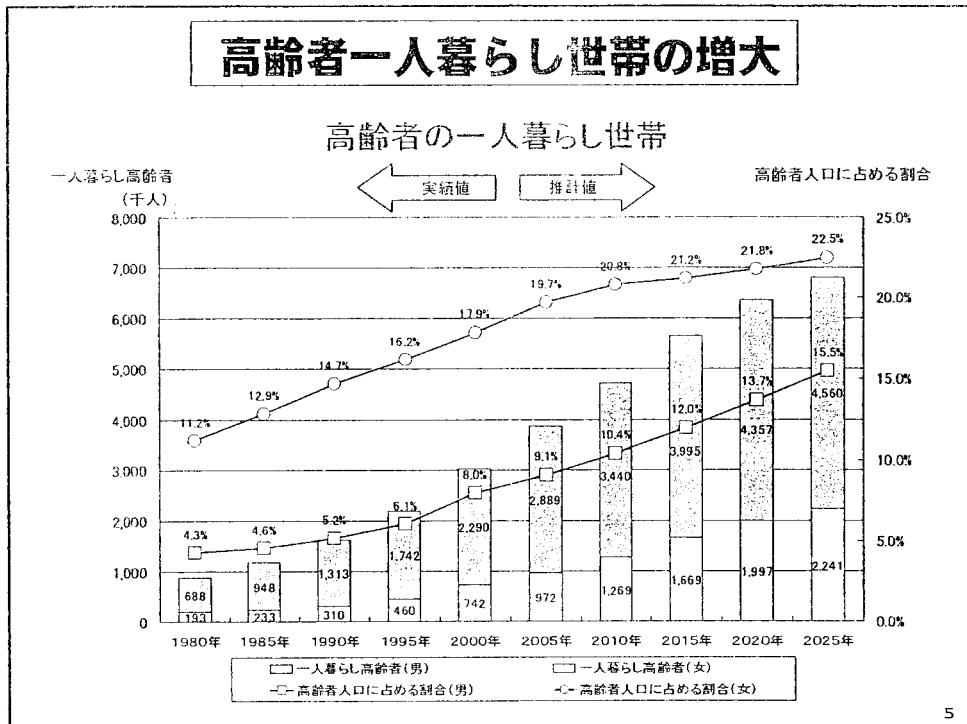
ホームケアクリニック川越・院長 川越 厚

高齢者の増加











総人口に占める高齢(65歳以上)の割合
(国立社会保障・人口問題研究所 人口統計資料集(2008))





地域の独居がん患者を支えるさまざまな試み

1) 非医療系施設

民間アパート + 無床診療所	第二種福祉施設 宿泊所 台東区(山谷) きぼうのいえ	グループホーム かあさんのいえ 宮崎市	介護付 有料老人ホーム
			
			
さくさべ坂通り診療所 (千葉市)	http://www.kibounoie.info/ より	http://www.npo-hhm.jp/mother/index.htm より	http://www.miraitei.jp/ より
既存の介護施設(特養、老健など)も受け入れ先候補であるが、現状では新規の末期がん患者を受け入れる施設は極めて少ない。			

7

地域の独居がん患者を支えるさまざまな試み

2) 患者宅

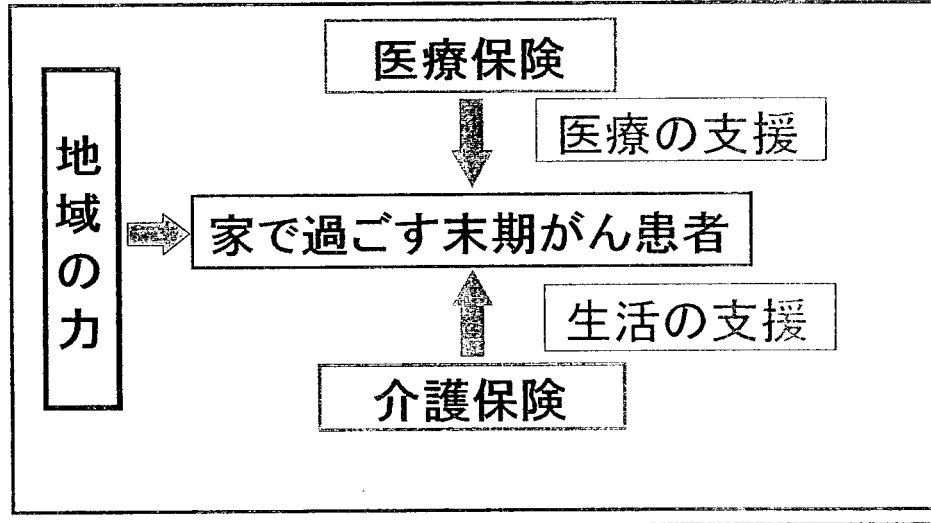
独居末期がん患者が在宅での死を迎えることは
現状ではきわめて困難であるが
決して不可能ではない

パリアンの独居患者* (30/585=5.5%) 在宅死実績('00/7/1~'06/6/30)

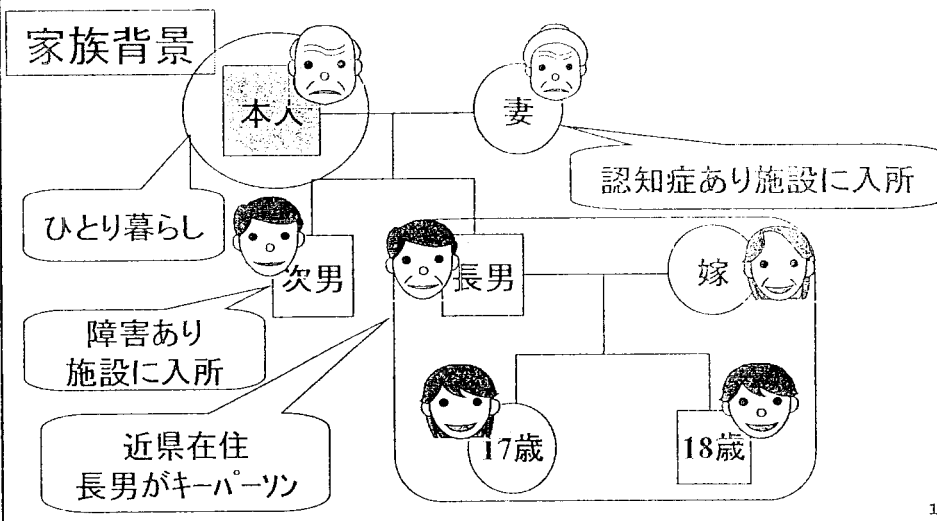
家族の状況		人数(名)
タイプ 1 家族あり	(A)必要になったら介護をする	18
	(B)死後の手続きのみ行う	6
	(C)一切かわりを持たない	3
タイプ 2	家族がいない	3
計		30

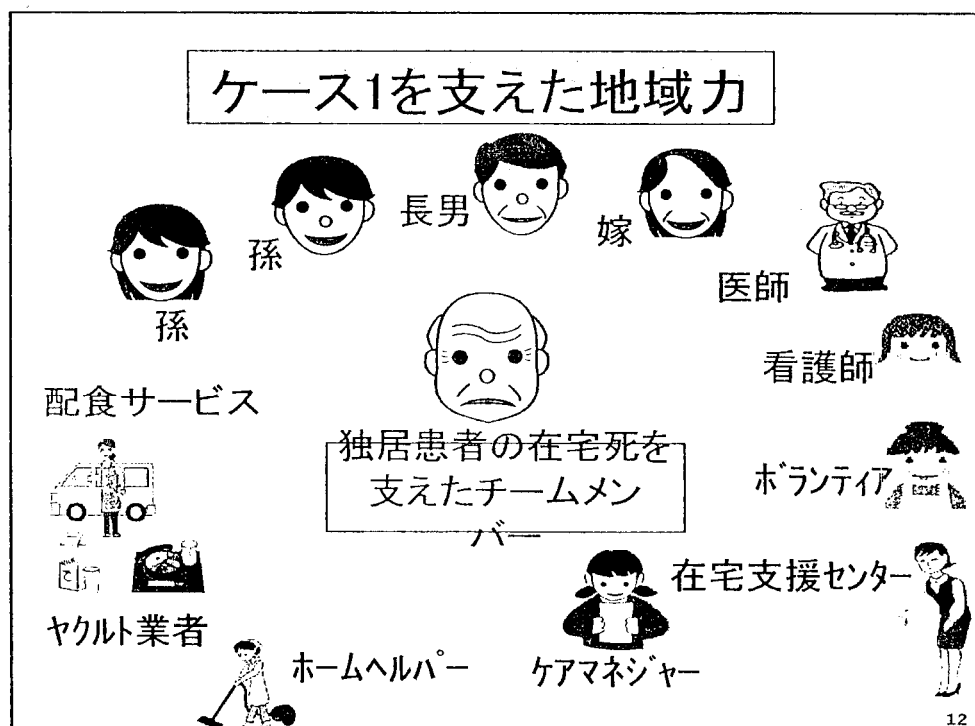
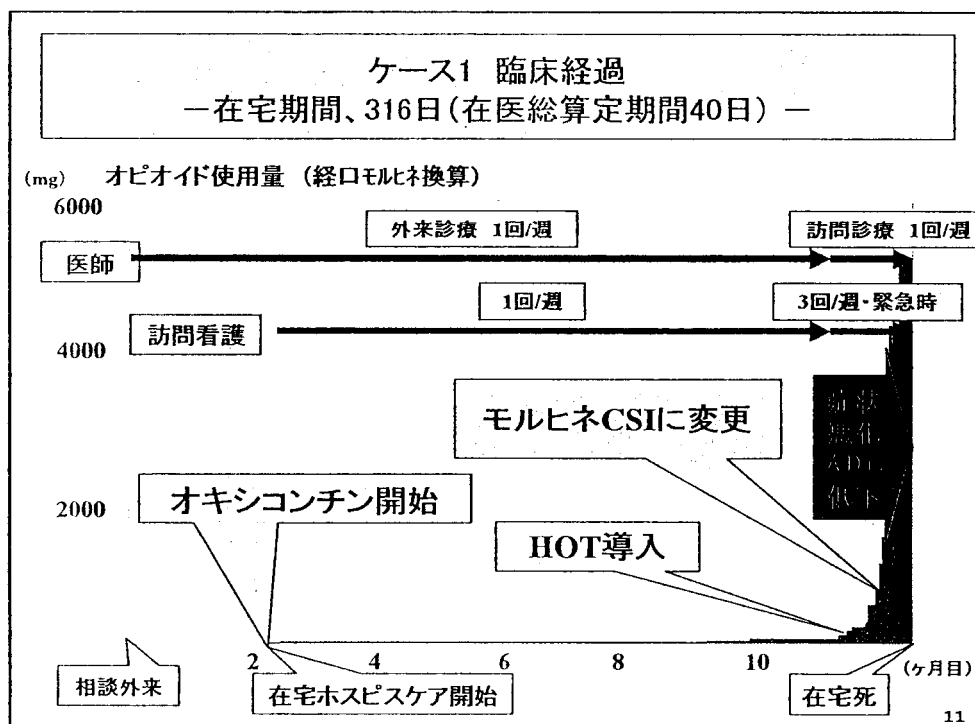
8

介護力の弱い在宅末期癌患者を支える知恵と力



ケース1 80歳代男性独居、タイプ1a 肺がん末期
趣味はパチンコ・競馬。自分の価値観、生活リズムを持っている
頑固だが気さくで人に気遣いする。最近是人付き合いが疎遠





ケース2 天涯孤独のケース 他人を信用しない独居患者、タイプ2 60歳代男性 大腸がん術後腹腔内再発

独身・独居・生活保護受給者で、連絡の取れる家は全くなし。プライドが高く、気難しい。
もと政治家秘書でやくざとの付き合いあり。

入院は、絶対に嫌だと思っているが、「転げるような激痛が出たらどうしよう」という恐怖、不安が強い
「最後まで本当に家で過ごせるのか？」という疑念、不安を持っており、医療者を当初信用しなかった。

13

ケース2の最期の様子：ケア中のヘルパーの側で息を引きとった。
看護師とヘルパーでご遺体をきれいにした後、
部屋にあった一張羅の甚平を着て旅立った。
区の生保担当職員がご遺体を引き取りに来るまで、
パリアンのボランティアがご遺体につき添った。

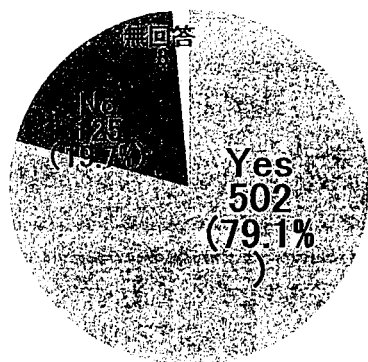
在宅死を実現できた理由

1. 本人の意思を十分確認したから
2. 患者宅へ出入りする関係者をすべて把握し、
病状、患者の意思、希望などを周知徹底したから
3. 医療的な支援を十分行ったから。
①24時間体制の支援 ②十分な症状緩和
③ADL低下に見合った服薬管理などの支援
4. 生活面の支援を十分行ったから：
①経済状態の把握 ②状態推移に沿ったサービスの導入
5. 緊急時・死亡時の対応をあらかじめ徹底したから
6. 最も重要なことは、ケアを通して、患者とケアする者との間に
信頼関係が確立されたから

14

独居患者を診ますか？

末期がん患者の在宅医療に携わる635の医療機関



周知されていないが、
独居患者を診る
在宅医療機関は
全国に存在する

末期がんの方の在宅ケアデータベース(<http://www.homehospice.jp>)中の
医療機関の登録内容より

第3回「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会資料

ホームケアクリニック川越 川越厚

一人暮らしでも高齢者世帯でも安心してまちに住み続けられるプロジェクト

**すみだ地域緩和ケアシステムの構築
(すみだ家で死ねるまちづくり)**

各地で、一人暮らしや介護力の弱い人のケアに対する取り組みの報告がある。その一つがすみだ家で死ねるまちづくりである。いづれもボランティア的な取り組みが多く、現在行われている取り組みが、国をあげてなされるようになると、国民と専門職の協働がすすみ、安心して老い、人生の最期を迎えることができる国になると考えている。

I すみだ家で死ねるまちづくりが目指すもの

多くの国民が人生の最期を、今まで紡いできた人との絆を切らないで、住み慣れた地域で過ごし、できれば自宅で死を迎えたいと望んでいる。しかしながら、現実には13% (がんで6%) しか実現していない。家族の負担を考えたり、ひとり暮らし、高齢者世帯となり、在宅で過ごすのは無理だとあきらめているのである。

一方で在宅での緩和ケアは実践的な広がりを見せてはいるものの、ケアの質のばらつきが大きく、緩和ケアのための地域ケアシステムも構築されていない。

そこで墨田区では、地域緩和ケアシステムを市民とともに関係者の「思い」を柱に構築し、家で最期のときを過ごすことができるそして在宅での死を選んだ区民が当たり前安心して家で最期のときを過ごすことができる墨田区をつくるため、市民が参与し専門職や行政との協働によるヘルスプロモーションモデルに基づいた地域緩和ケアシステム(「すみだ家で死ねるまち」)を開発することとした。

II システム構築の手法

この地域緩和ケアシステム構築は、市民参加による協働を特徴とするcommunity-based participatory research (市民参与型研究) とアクションリサーチ (研究者がシステム構築のメンバーである行為研究・英国のNHSが医療改革に使った手法) による。市民参与的アクションリサーチによる地域緩和ケアシステムモデルを作成、実施し、評価を行う。市民が参加した地域緩和ケアネットワークづくりと地域緩和ケアの拠点となる緩和ケアグループホームを作ることを計画している。

地域で緩和ケアを行うため、医療・福祉・地域の全ての機関が力を合わせて住民と共にすみだ在宅緩和ケアシステムをつくる。すみだまちづくりの一貫としておこなう

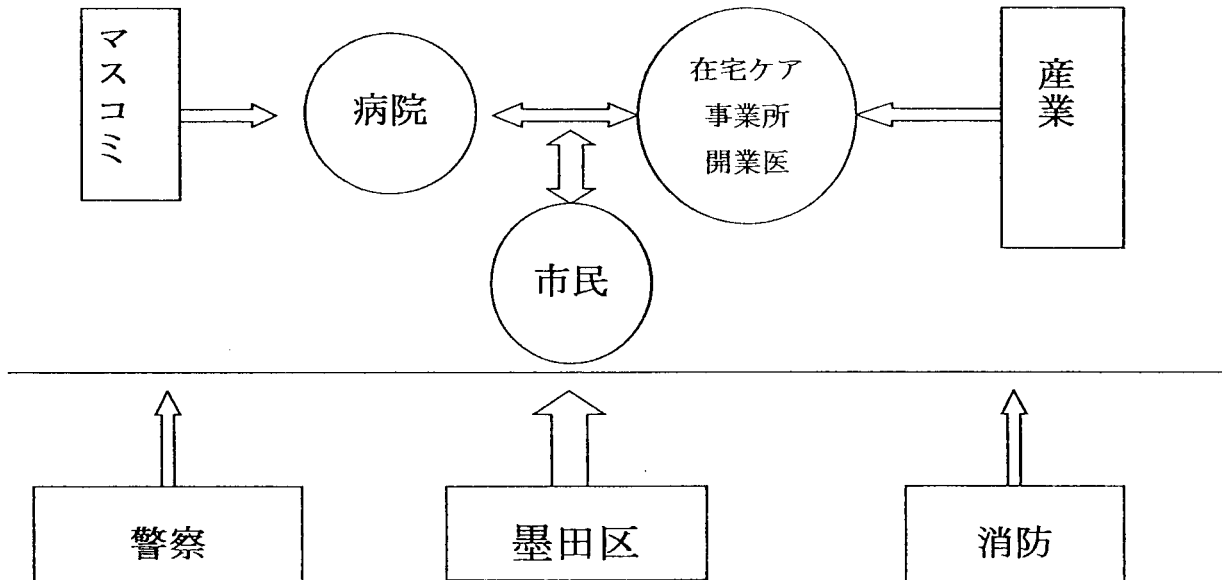
①地域緩和ケアネットワークの構築

すでにある在宅ケアネットワークだけではなく、多くの機関や市民と一緒に知恵と力を出し合って家で死ぬことができるネットワークをつくる。このネットワークは緩和ケアに役立つだけではなく、高齢者。障害者。子育て支援のネットワークにもなる。

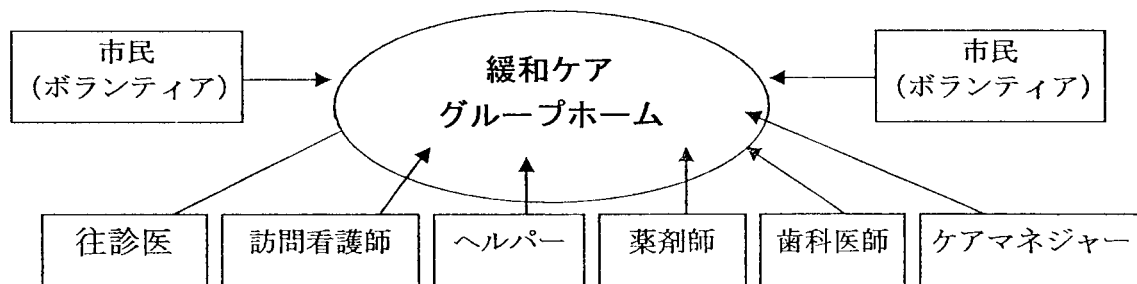
②自宅ではない家（緩和ケアグループホーム）の建設

閉店した店舗や、空き家、ボランティアの協力を得て。お金をかけないで、空き家を有効活用し、すみだの地で最期を迎えたいと思う人々のために「自宅ではない在宅」緩和ケアグループホームを作る。

地域緩和ケアネットワーク



緩和ケアグループホーム

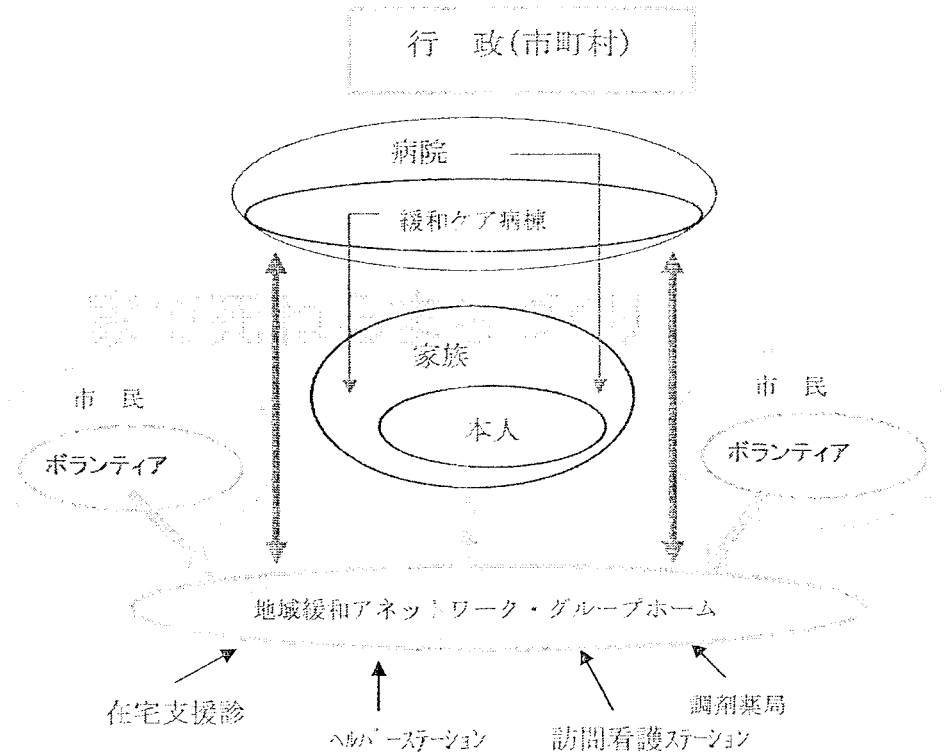


Ⅲ すみだ家で死ぬるまちづくりの期待される効果

「家で死ぬるまちづくり」として、全国で参考になる地域緩和ケアシステムの画期的なモデルが誕生する。そして市民ボランティア、地域緩和ケアチーム、行政との協働を柱とした地域緩和ケアシステムが機能し、市民が安心して地域で住み続けることができるようになる。また現行の医療機関や介護保険事業所などが担ってきた終末期医療の閉塞感（医療コスト増加、ケアの質保証の危機感）の打破が期待できる。そして、最も大きな変化として期待されるのは、「家で死ぬるまちづくり」が行われた地域が健康コミュニティとして変貌をとげていくことである。独居世帯、高齢者世帯など、住みなれた家で最期を迎え

ることが困難な状況を、ボランティア、行政、地域住民の連携や協働により可能のしていく過程では、そのコミュニティで活用できるリソースやネットワーク、健康への関心を高める機運、連帯感が生み出され、それは、機知に富む健康生成コミュニティの基盤づくりにつながる。

IV すみだ家で死ねるまちづくりコンセプト



- ★行政はメンバーであるが、行政主導ではない
- ★ お金をかけて施設をつくるのではなく、すみだの人の力の和で活動する
- ★ 医療の枠を超えて、市民をはじめ、すみだの多くの機能が力をだしあう
- ★ 在宅緩和ケアネットワークは死に逝く人のためだけではなく、子育て・障害者・高齢者など支援が必要な人々のためのネットワークになる
- ★ 自宅ではない在宅（緩和ケアグループホーム）をつくる
- ★ ネットワーク作りの計画から過程、評価までをアクションリサーチとして、研究的に記述し他の地域でも参考になるよう報告書を作成する

V すみだ家で死ねるまちづくり世話人

墨田区保健福祉部

すみだ医師会

墨田区歯科医師会
 墨田区薬剤師会
 墨田区柔道接骨師会
 訪問看護ステーション看護師
 墨田区向島保健所・本所保健所
 地域拠点病院（都立墨東病院・同愛記念病院・賛育会病院）
 ケアマネジャー
 地域包括支援センター
 墨田区社会福祉協議会&ボランティアセンター
 ヘルパーステーション介護職
 グループホーム代表
 区民代表（民生委員・遺族・ボランティア・町内会）
 墨田区退職校長会
 在宅支援診療所医師
 その他熱意のある人（事務職・大学関係者・大学生・大学院生）

現在、SSM(Soft Systems Methodology)ベースのアクションリサーチ（大東文化大学 内山研一教授がファシリテイト）により、アクションプランの概略はできている。参加している人々の「思い」から「思いモデル」を作成し、現実と照合を重ね、実際にはどのように地域緩和ケアネットワークを作るか、緩和ケアグループホームをつくるかを話し合っ実践を重ねている。事業計画が机上の計画に終わることなく、長続きかつ区民が求めたものになるよう、計画に魂を入れているというのが現在の段階である。

【参考文献】

- ① 平成12年度看護提供システムモデル事業報告書、日本看護協会、2000年
- ② 「高齢者の終末期を支える地域ケアシステム構築に関する研究」報告書、厚労科研補助金長寿科学研究事業、2005年
- ③ 「市民参加による地域包括緩和ケアシステムモデル開発の実証的研究」、文部省科学研究費補助金（基礎研究B）2006年
- ④ 「在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究」報告書、厚労科研（医療技術評価総合研究事業）2005～2007年
- ⑤ 市民参加型地域緩和「家で死ぬるまちづくり」の開発と評価、厚労科研補助金医療安全・医療技術評価総合研究事業、2008年
- ⑥ 内山研一：現場の学としてのアクションリサーチ—ソフトシステム方法論の日本的構築—、白桃書房、2007年
- ⑦ Simon Bell & Ann Christina: Applying Systemic Project Management Approaches、for the UK National Health Service、Systemic Practice and Action Research, 19 (1), 2006

08/07/30

救急医療について

ホームケアクリニック川越・院長 川越 厚

墨田区の現況と問題点（鈴木医師会長との意見交換）

要望

1. 成人に関しては
 - 1) 3次救急担当医療機関で働く救急医の待遇改善を考えてほしい。
 - 2) 緊急性が高く、専門性が高く、かつ頻度が高い疾患（AMI、脳卒中など）に関しては、疾患別の3次救急体制を考えてほしい。
2. 小児に関しては
 - 1) 小児外科のバックアップ体制が必要。その支援を考えてほしい
 - 2) 1次救急は病院型緊急システムが重要。それを支援する予算処置を講じてほしい。

墨田区のプロフィール（平成12年）

1. 墨田区は江東区、江戸川区の3区とともに、区東部保健医療圏を形成。区東部保険医療圏は人口120万、高齢化率14.5%
2. 救急体制
 - 1) 初期救急医療機関：①在宅当番医（休日）11施設、②休日夜間急患センター；休日昼間3、終夜1、準夜3
 - 2) 二次：31
 - 3) 三次（救命救急センター）：都立墨東

墨田区の救急医療の問題点と対策

1. 三次救急医療機関の負担が大きすぎる。
 - 1) 一次救急の診療時間（通常は夜間10時）が終了すると、本来一次救急で診るべき患者が直接三次機関に来る。→三次救急に直接来院できないようなシステムを考えてはどうか
 - 2) 診療を担当する医師に補助が生き届くようにしてほしい（補助金が病院へ入るので、直接医師へ還元されない場合がある）
2. AMI、脳卒中など緊急性が高く、専門性が高く、かつ頻度が高い疾患が、専門性の関係で、必ずしも3次救急医療機関で対応できない場合がある。→AMI、脳卒中などに関しては、一次から三次というルートに乗らない、別個の緊急体制、つまり三次医療機関に相当する緊急医療機関を設ける。

小児救急医療の現状と問題点

1. 小児の救急医療体制

- 1) 小児救急は小児内科、小児外科の対応がなされているが、主体は小児内科。
- 2) 医療機関別にみると、病院型（墨田区の場合は同愛記念病院）と診療所型（同、医師会立夜間診療所）とに分かれる。

2. 問題点と対策

- 1) 小児内科は、小児外科の強力なバックアップがないとよい医療の提供ができない。現状では小児外科のバックアップ体制が充実していないので、小児内科医が安心して診療に関わることができない。たとえば絞扼性イレウスの診断がらみの問題で係争中の事例が3~40件あるとのこと。その他腸重責、急性虫垂炎などがこれに該当する。実際に、身近なところで死亡例が出ているとのこと(裁判にはなっていないが)→救急の小児外科を担当する医療機関の整備を考えてほしい
- 2) 小児は症状が隠れたり、経過が早いので、診療所型の救急より病院型の救急(血算、CRP、レントゲン検査、必要な場合の入院管理が可能)体制を整える方がよい。

補足：

鈴木会長と意見交換の後、墨東病院の浜辺救命センター部長と話したところ（内容については後述）、要望1の2)に関しては、個人的な意見として取り下げたいと思う。

また、墨田区の救急医療の問題点と対策の、1の2)については、診療を担当する医師に補助が厚くなるのはありがたいが、問題はそれだけではないような気がする、とのコメントがあった。

三次救急担当責任者（都立墨東病院救命センター、浜辺部長の意見）

要望

1. 三次救急医療機関を受診する患者は、三次救急を受けるにふさわしい患者に絞ってもらいたい。具体的には、一次、二次からの紹介患者のみを原則として診るようなシステムを認めてほしい。
2. 救命医療については、救命センター本来の仕事ができるように、以下のことを制度として確立してほしい
 - 1) 二次救急医療機関、介護施設などの夜間対応を公約通り果たしてほしい。
 - 2) 救命センターに末期がん患者が搬送され、死を看取ることがないよう、がん治療機関、在宅担当診療所はしっかり機能してほしい。
 以上のことが叶うように、政策上の支援を行ってほしい。

現状

1. 墨東病院の三次救急は、ER と救急救命センターとの二本立てになっている。
 - 1) ER は一次、二次救急医療機関の並びでの三次救急を担当する。
 - 2) 一方、救急救命センターは東京消防庁の救急隊が現場で救命救急が必要と判断した患者が救急隊によって送られてくる。
2. ER の現状と問題点
 - 1) 患者数が多い（5万人/年対応する）。その多くは、軽症患者。
 - 2) 患者の割合としては、小児が半数、残り半数の1/3外傷、2/3が疾患
 - 3) ERの問題は、軽症（浜辺部長の言葉によると、Walk-in patient）患者が多いこと。その対策ができれば、かなり負担が軽減される。
 - 4) なぜ三次救急医療機関の墨東病院に直接来るかという点、①各区に一次、二次医療機関があることを患者が知らない②墨東病院なら安心という患者の安心感（同時にわがまま）
 - 5) 防ぐ手立てとして、①地域に Walk-in 患者の受け皿があることを周知徹底すること②Walk-in 患者が直接墨東病院へ来ることを防止する。ただし、自治体の条例で禁止されているので、現段階は無理。しかし、金銭的に敷居を高くするか、何らかの策を講じないと医療者の負担はますます大きくなる。
3. 救急救命センターの問題点
 - 1) 患者数は2000～2200/年。
 - 2) 最近目立つことは、二次医療機関に相当するところが十分機能していないので、救命センターの負担が増えている。
 - ① 特養などの介護施設からの救急搬送が多い。バックアップ病院があるはずなのに、そちらを通さない（連絡が取れなかったり、こちらでは診れないからと断

られる。特に夜間)で、一方的に救命センターに飛び込む。

- ② 二次救急機関で本来対応できる病気(たとえば急性虫垂炎のオペなど)なのに、特に夜間は人員の関係(当直医が一人、麻酔科医がいないなど)で、二次医療機関(この地区では約30の医療機関が登録している)が自動的に救命センターへ患者を送ってくる。
- 3) 同様のことが末期がん患者の飛び込みという問題で、最近、救命センターの負担増となっている。
 - ① がんセンター、癌研などのがん専門病院で診てもらっていた患者が受け入れを拒否され、救急搬送することが最近特に増えている。
 - ② 地域の医療機関、とくに診療所が診ているケースで、看取りの体制をとっていないので、家族が不安になって救急車を呼んで、そのような患者が搬送されることも最近時々ある。
- 4) その他
 - ① AMI、脳梗塞の対応などは複雑化しない方がよいと思う。墨東の救命センターでまず対応し、必要ならば他の医療機関に紹介することはよくある。たとえば、小児の緊急オペなどは順天堂にお願いすることもあり、問題とならない
 - ② 救急医療医の Status が低いので、改善する方法はないか。
 - ③ 救急医療に若い医師は結構興味を持ってくれるが、それを一生の仕事としてやり遂げてくれるものは非常に少ない。

「家族の介護力が弱く、かつ医療依存度の高い患者が、
安心して住み慣れた地域で過ごし続けることを実現するための研究班(仮称)」
設置に関する要望

平成20年8月5日

委員 川越 厚

要望書提出の背景と要望内容

我が国における高齢化・核家族化の進行は著しく、罹病率は加齢に伴って増加するので、老々者世帯や独居世帯の、病を患った高齢者が今後ますます増加する。一方、社会的入院の排除や在院日数の短縮などにより、現状のままだと自宅に住み続けることすらできない、行き場を失った高齢の病人が増加する恐れがある。これは全ての人に起こる可能性があり、明日の我が身と、多くの人が不安を持っている。

これに対して、国は1992年の医療法を改定し、患者の居宅が医療の場として認められるようになった。また2000年には介護保険がスタートして、病を患った高齢者が、家族の介護力に100%依存することなく、住み慣れた地域で過ごし続けることが可能となった。しかし、がんなどのように医療依存度が高く、かつ老々者世帯や独居世帯のように家族の介護力が極端に弱い世帯においては、住み慣れた地域で最期を迎えることは困難である。

地域に住み続けたいと思いつつ不安を抱く人々が、安心して住み続けることができるような社会を築くことは政治を司る者にも実際のケアにあたる者にも重大な責務である。その際、制度だけで問題を解決しようとするれば限界がある。もとより在宅医療は地域性を反映したものであり、多様なサービス提供形態がある。従って人々の不安を払しょくし、その希望を実現するためには、地域の持つ力をいかに結集するかが重要な鍵となる。

以上の点を踏まえ、老々世帯や独居世帯の患者に対して各地で行われている様々な実践活動を調査することには大きな意義がある。調査結果をもとに継続事業として、モデル事業の展開、ガイドライン作成を行い、国民的な期待にこたえる地域づくりに貢献したい。

当面の調査研究

調査対象はすでに実績を積んでいる医療機関を選択し、以下のパターンに分けて調査を行う。疾患としては、医療依存度が極めて高い末期がん患者とする。

- 1) ボランティア育成を行い、ボランティアがチームの一員として働いている在宅医療機関（無床診療所）。大都市型（東京都）と地方都市型（宮城県）の2つの診療所
- 2) アパートを付属する無床診療所（東京都）
- 3) 有床診療所（鹿児島市）
- 4) 地域の在宅医療をバックアップしているPCU（山口市）
- 5) 看護師が中心となって経営する総合的なサービス提供機関（太宰府市）
- 6) 行政、住民の支援をバックに、在宅医療を広く展開する地域（2か所）

今後

内容が重大なので、研究は継続した形をとってほしい。