

「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》

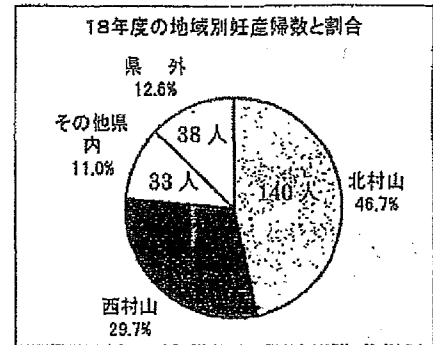
山形県健康福祉部健康福祉企画課 児童家庭課	課 長	仁科 義英	
	課長補佐	橋本 仁	
	子育て支援主幹	奥山 隆一	
山形県病院事業局県立病院課	課 長	松田 一彦	
	課長補佐	船田 孝夫	
	企画主査	倉金 誠	

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	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	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

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	
		72	31	
		78	26	
	H.20/1~2	14	3	
河北		345	345	3
		309	232	
		259	187	
	H.20/1~2	43	35	
天童		39	20	1
		45	28	
		43	16	
	H.20/1~2	7	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	

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

山形県の地区別の出生数と分娩施設

出生数は、平成17年保健福祉統計年報（平成19年3月発行）による。
山形県の出生総数は 9,357 です。

④ 庄内地区

出生数 2,224

■二次医療機関

- 1) 県立日本海病院 407（産科医4；小児科医4）
- 2) 鶴岡市立荘内病院 222（産科医3；小児科医7）

■一次医療機関 9 施設

② 置賜地区

出生数 1,783

■二次医療機関

- 1) 米沢市立病院 636（産科医3；小児科医4）
- 2) 公立置賜総合病院 553（産科医4；小児科医3）

■一次医療機関 5 施設

③ 最上地区

出生数 658

■二次医療機関

- 1) 県立新庄病院 282（産科医2；小児科医2）

■一次医療機関 2 施設

① 村山地区

出生数 4,692

■三次医療機関

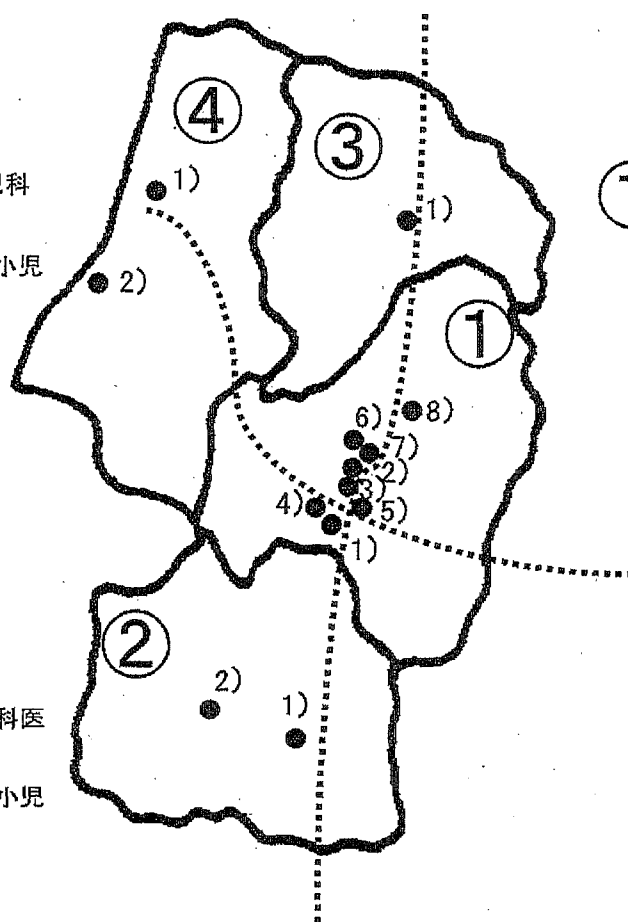
- 1) 山形大学医学部附属病院 134（産科医16；小児科医18）
- 2) 県立中央病院 522（産科医4；小児科医8）
- 3) 済生会山形済生病院 891（産科医6；小児科医4）

■二次医療機関

- 4) 山形市立病院済生館 389（産科医3；小児科医5）
- 5) 東北中央病院 117（産科医2；小児科医0）
- 6) 県立河北病院 309（産科医3；小児科医3）

■一次医療機関 12 施設

- 7) 天童市立病院 45（産科医1；小児科医1）
- 8) 北村山公立病院 72（産科医1；小児科医1）



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。

山形大学医学部附属病院
救急部医療体制マニュアル

平成 11 年 5 月 17 日

山形大学医学部附属病院救急部

山形大学救急部の活性化

— 3次救急を中心に —

山形大学医学部附属病院救急部長 嘉山孝正
(脳神経外科教授)



現在、大学の救急部は山形大学のみならず、転換期を迎えております。本年4月より廣井正彦山形大学医学部附属病院長より委託されて救急部の責任者となりましたので、既に山形県医師会長國井一彦先生にはお話し致しましたが、山形県医師会の先生方に山形大学救急部の現状をご紹介するとともに大学救急部の役割及び必要性をご理解頂きたく本稿を述べて参りたいと思います。

本稿を書くにあたり、若い時分に年間300~400例の救急症例の手術がある救急センターで4年間チーフレジデントとして研修した経験および山形大学救急部のデータに基づき書かせて頂きます。

1. 山形大学救急部の現状および歴史的背景

山形大学救急部の来院患者数は、年間約4,000名です。しかし、本来の大学医学部の救急としての3次救急の患者さんは、その内たったの約4%の年間100名(週2名以下)でしかありません。これでは学生に生きた救急の講義を施行することは困難であります。さらに、初期研修医に救急のなんたるかを教授することもまた大変であります。また、急患として来院された残りの大部分の患者さんは、山形県医師会の先生方をお願いした方がよい患者さんということになります。

このような現実が起きている原因は、山形大学のみならず大学の救急部が従来の講座制の枠外にあり、しかも、文部省が昨今の若い医師の救急処置能力の低下がマスコミ等で喧伝されて、形だけの救急部を作成したためであります。形のみと申しますのは、適切な人員および設備をいっさい確保せずにまるで戦前の非合理的な軍隊(no logistics; 兵站=補給、維持を考慮しない)のようなやり方で始まったからであります。これでは先生方に信頼される救急部などは何方が責任者となっても円滑に運営することは困難であったのです。従って、先生方に信頼のない組織では3次救急はほんの僅かとなるのであります。しかも、救急として来院している患者さんは本来先生方に診て頂いた方がよい患者さんであります。このようなアンバランス、すなわち適切でない医療を向後は廣井病院長を中心に後述する方法で改善していきたいと考えております。医療の適切化であります。

2. 大学救急部の必要性

現在、医療が国民の信頼を失いつつある要因のひとつに医師が救急医療をできないということがあります。勿論、3次救急は患者が来院する前に救急隊から患者の状態の連絡が入るので、自分のテリトリーでないと解れば、専門科の医師を呼べば良いのでありますが、それすらしないで処置する若い医師が問題をおこしマスコミに問題視されるのであります。また、本来はどの科でも初期研修の期間に、患者の全身管理を行う際に脳循環代謝や全身の循環、呼吸の管理を各科のオーペンの教育すべきなのです。初期研修の時代に教育されなければならない救急医学をきちんと教育してこなかった我々医学界の怠惰がつけとして返ってきていると思われれます。勿論、外科系の大部分は初期研修で救急医学を教育しておりますがそれでも抜けることがあると考えられます。

一方、文部省は国立大学附属病院長会議の常置委員会で大学救急部での救急医学の教育の必要性を強調しております。そのことは別にしても、現実に救急医学は大学の教育に必要であります。救急患者の挿管や循環、呼吸の管理を教育されずに医師となることは医師としての最低限の能力がない、とまで言われている現在では、救急医学を医師となるどこかできちんと教育する必要があるのであります。特に、初期研修で救急患者にはほとんど触れない専門分野に進む医師程必要になってくるのであります。従って、どの専門科に進もうともきちんとした救急医学を学べるのは学生時代ということになります。このことは単に山形大学のみならず全国の大学病院が国民に要求されている事項であり、また、医学界にとっても大切なことであると考えられます。

3. 山形大学救急部のこれから

山形大学医学部附属病院救急部は前述致しましたアンバランスな医療を改善するためにまた、学生教育——単に山形大学だけでなく医療界全体のため大学救急部を活性化いたします。

山形大学医学部には他の新設医科大学と同様に救急医学講座が未だございません。従いまして、専属の人員がきちんと配置されておりません。このような状態で大学救急部を3次救急として、山形県医師会の先生方に御利用頂く為にはどうしたら良いか、また、本来先生方に診て頂いたほうが良い患者さんを先生方に送るにはどうしたら良いかを考慮して救急部の運営を考えました。

3次救急ではない患者さんはできる限り先生方の医院あるいは病院へ転送する。すなわち、救急として来院しても3次救急以外の患者さんはかかりつけの医師あるいは医師会の救急施設にお願いするようにする。このことを円滑に行う為には、常日頃から大学診療科が大学で診る必要がない患者さんを先生方をお願いしていることが第一であります。幸いにも、最近の病院運営委員会にて山形大学附属病院の各診療科の教授には御理解を得ることができ、向後徐々にその方向で医療が進むと考えております。例えば、私どもの脳神経外科でもこの2年前から、脳卒中後に血圧のコントロールのみの患者さんは患者さんの住居がある土地の医師会の先生方に積極的にお願いいたしております。こうすると脳卒中の患者さんが再度の脳卒中でない限り、あるいは脳卒中でもまず先生方を受診してから我々脳神経外科に来院しており医療の適切化が円滑に行えるのであります。

それでは山形大学の救急部は救急医療として何を施行するのかと申しますと、3次救急として最も多くの症例がある心臓（急性期心疾患）および脳（脳卒中および頭部外傷）を中心として、その他大学でなければという重症の3次救急医療を施行致したいと考えました。御存じのごとく救急部としては新たな人員は酔置されておりません。従来からの救急当直は外科および内科各々1名ですが、現存の人員で救急を行うには、当直医は現行のままで行います。しかし、今回、廣井正彦病院長を中心に山形大学救急部の受け入れ体制は以下のごとくなりました。3次救急として心臓および脳の救急の受け入れが要請されれば、あるいは来院したならば直ちに心臓は第一内科（友池仁暢教授）が、脳は脳神経外科および第三内科（加藤丈夫教授）のチームに連絡が入り的確な3次救急医療を行う体制ができました。また、その他重症な3次救急に関しましても受け入れる体制が可能でございます。その際、心臓および脳の特種な検査および治療を行う上で是非とも必要な放射線科（山口昂一教授）、臨床検査医学（富永真琴教授）および麻酔科蘇生科（堀川秀男教授）の協力もコンセンサスが得てありますので、従来言われておりました大学に救急は馴染まない等、の問題はございません。実際の体制は平成11年1月より開始致す予定であります。

山形県医師会の先生方には、山形大学で救急をきちんと行わなければならないのは、山形大学のためではなく医療界からの要求として、また、各医科大学は学生の救急医療の教育を大学内で行わなければならない、それがひいては、医療界全体の信用を徐々に回復することにもなると御理解頂き御協力をお願い申し上げます。いずれに致しましても山形大学医学部は国家が山形県にサービスしている施設ですので3次救急のような人手がかかる症例は大学救急部を大いに御利用頂ければと考えております。

「救急患者扱いの原則」

1. まず、受け入れることを原則とする。
2. 来院した患者が自分の専門でない場合には、専門科に直ちに連絡し診てもらうことを原則とする。

全科の当直医が居ることを常に念頭に置くこと

患者さんへの対応について

医師は患者さんに対して、自分の名前をなめる

待たせた場合は、待たせたことへのお詫びの言葉を添えるようにする

医師は診察室にはいってくる患者さんと、まず視線を交わす

患者さんに症状を尋ねるときには冷たい事務的な言い方はしない

患者さんには、医師は自分のペースで診察しない

診察結果は患者さんにわかる言葉で説明する

医師は診察後、患者さんに質問があるかどうかを聞き、質問にはていねいに答える

診察室で患者さんに専門用語で話しかけない

患者さんのまえでは、不安感を与えるあいまいな言い方はしない

患者さんをまえにして医師と看護婦は私語を交わさない

子供が治療を怖がる時は、母親等に説明し、協力を求める

電話の応対について

- ① 電話が鳴ったときは、すぐ受話器を取り「救急部の〇〇です」と名前を
なめる。
何らかの都合で遅れたときは、
「おまたせしました。救急部の〇〇でございます」とあいさつする。
患者や来客と面談中でも、ちょっと挨拶をすれば失礼になりません。
(開業の先生方は、先輩(年長者)と思って対応する。)
- ② 声は常に爽やかに、ハキハキと答え、相手の用件をメモできるような態
勢にしておく。
相手は用件が分かっているのかどうか不安であるので、受けた用件は復
唱して確認する。
- ③ 相手が名指しした場合には、迅速・正確に取り次ぐ。
取り次がれた人は、できる限り早くでる。
- ④ 名指し人が不在の場合は、本人が不在である旨を告げた後、相手の希望
を聞き又は反応を見て、伝言を受けるなり、再度電話をしてもらうよう
にする。
重要又は緊急と思われる用件の場合は、相手が承知したら、こちらから
掛ける旨伝え、名前と電話番号を聞いておく。
- ⑤ 即答できない場合は、対応できると思われる人に代わってもらう。
- ⑥ 即答できないが、時間をかけて調べると回答できる場合は、調査して後
刻電話をする旨伝える。

5W1H法

い	つ	When	日時について誤りの無いようにする。
ど	こ	Where	場所、設備について十分な考慮をめぐらす。
だ	れ	Who	関係者、担当者についてよく考える。
な	に	What	必要な事実を落ちなく含める。
な	ぜ	Why	目的を確かめる。
ど	の	How	どんな方法で行うかを考える。

1. 山形大学医学部附属病院救急部の構成

【急性期心大血管疾患、脳卒中、大人の急性腹症・黄疽及び重症3次救急の取り扱い】

1. 急性期心大血管疾患

- 救急隊より連絡が入り急性期心大血管疾患と推察されたならば、救急当直医は直ちに急性期心大血管疾患治療チームのとポケットベルを鳴らし連絡をとり指示を待つ。(来院以前の連絡を原則とする。)
- 連絡後、待っている時間は5分以内が望ましい。
- 連絡が取れない場合には、第一内科当直医に連絡し指示を待つ。
- 急性期心大血管疾患治療チームの構成
第一内科(友池仁暢教授)および第二外科(島崎靖久教授)が構成する。
まず、第一内科が診て、外科的適応がある場合には、オンコール態勢にある第二外科が対応する。
ポケットベルは第一内科および第二外科の急性期心大血管疾患治療チームが各々1個ずつ持つ。

2. 急性期脳卒中

- 救急隊より意識障害あるいは神経症状がある症例の連絡が入ったならば、救急当直医は直ちに脳神経外科の急性期脳卒中治療チームのポケットベルを鳴らし連絡をとり指示を待つ。(来院以前の連絡を原則とする。)
- 連絡後、待っている時間は5分以内が望ましい。
- 連絡が取れない場合には、脳神経外科当直医に連絡し指示を待つ。
- 急性期脳卒中治療チームの構成
脳神経外科(嘉山孝正教授)および第三内科(加藤丈夫教授)が構成する。
まず、脳神経外科が診て、外科的適応が無い場合には状態(意識障害が強い症例は脳神経外科で、意識障害が無い場合には第三内科)によって管理する。
ポケットベルは脳神経外科および第三内科の急性期脳卒中治療チームが各々1個ずつ持つ。

3. 大人の急性腹症・黄疽

- 救急隊より16才以上の急性腹症および黄疽の症例の連絡が入ったならば、救急当直医は直ちに第二内科或は第一外科の当直医のポケットベルを鳴らし連絡をとる。
- 第二内科或は第一外科の当直医が診て、急性腹症の原因が消化器疾患由来の場合、内科的処置が必要な場合や、緊急手術の適応が無い場合には第二内科が主に診療があたる。緊急手術の適応がある場合或は経過をみて緊急手術が必要になる可能性が強い場合は、第一外科管理とする。
- 他科への応援依頼
原因疾患が他科領域の可能性が強い場合は、診療医が責任を持って該当科に診療を依頼する。

4. その他の重症3次救急

- 救急隊から連絡があり次第、各診療科の当直医に連絡し、指示を待つ。
『入院あるいは転院に関しては、責任を持って各治療チームおよび各診療科が執り行なう。』

2. 救急部当直医の行動規範(1)

救急部運営に関する原則

「救急隊から連絡が入ったなら」

1. 救急隊から電話連絡が入ったら、患者の状態を聞き、来院してもらう。6の状態を除き断らない。まず受け入れることを原則とする。
2. 救急当直医は、救急隊からの連絡で、自分の専門領域でない症例と判断したならば、
速やかに各該当科の当直医に連絡する。
(四肢の運動麻痺があるのに風邪だなどと言わず、直ちに脳外科に連絡する等)
3. 各該当科の当直医は迅速な連絡が必要なので、ポケットベルを携帯する。
(各診療科当直医は、毎日各科で当直用の同じポケットベルを使用し、ポケットベルの番号一覧表を救急室に開示する)
4. 救急当直医は、他科の医師に連絡した場合、患者が来院した旨を再度連絡し、その医師が救急部に到着するまで患者を診る。
5. 来院した救急患者の入院・転院に関しては、各診療科が責任をもって行う。その際、可能な限り院内のベッドに入院させる。
6. 救急隊から同時に複数の要請が入ったならば、事情(一件来院予定あるいは現在来院している旨)を救急隊に十分に話し、他院への転送としてもらう。

2. 救急部当直医の行動規範(2)

救急部運営に関する原則

「救急部に救急隊要請以外の患者が来院したならば」

1. 患者を診察し、自分の専門領域でない症例と判断したならば、速やかに各該当科の当直医に連絡する。(来院する以前が望ましい)
(四肢の運動麻痺があるのに風邪だなどと言わず、直ちに脳外科に連絡する等)
2. 各該当科の当直医は迅速な連絡が必要なので、ポケットベルを携帯する。
(各診療科当直医は、毎日各科で当直用の同じポケットベルを使用し、ポケットベルの番号一覧表を救急室に開示する)
3. 救急当直医は、他科の医師を呼んだ場合、その医師が救急部に到着するまで患者を診る。
4. 来院した救急患者の入院・転院に関しては、各診療科が責任をもって行う。その際、可能な限り院内のベッドに入院させる。

3. 救急部連絡網(1)

昼間における救急部連絡責任者

所 属	責 任 者 名	連 絡 先	備 考
救急部副部長	渡 邊 隆 夫	ポケットベル 661-0463	総責任者
第 一 外 科	布 施 明	〃	
脳 神 経 外 科	齋 藤 伸 二 郎	〃	
脳 神 経 外 科	佐 藤 慎 哉	〃	
麻 酔 科 蘇 生 科	高 岡 誠 司	〃	
産 科 婦 人 科	中 原 健 次	〃	

3. 救急部連絡網(2)

昼間における救急部連絡担当者

診療科名	担 当 者	連 絡 先	備 考
第一内科	福井昭男	5302 (医局)	病棟医長
第二内科	外来新患担当医 診療開始時刻-午後2時 第二内科当直医 午後2時-診療開始時刻	5502(外来)5309(医局) 午前9時-午後5時 669-1737(ポケベル) 午後5時-午前9時	毎日ローテーション
第三内科	川並透 (外来医長) 中村法子 (医局秘書)	5316 (医局)	
小児科	佐藤 哲	5329 (医局)	
精神神経科	奥山直行	5323 (医局)	
皮膚科	武田 光	5361 (医局)	
放射線科	菅井幸雄 安達真人	5786 (放射線部受付)	
第一外科	布施明 薄場修	5336 (医局) 5107 (病棟)	
第二外科	乾 清重	5342 (医局)	
脳神経外科	佐藤慎哉	5349 (医局)	
整形外科	外来担当医(月・水・金) 担当者持ち回り(火・木)	5511 (外来) 診察時間内 5355 (医局) 診察時間外及び火・木	不在時、外来医長又は病棟医長
産科婦人科	齋藤隆和	5393 (医局)	
眼 科	高村浩 (火・木・金) 高橋義徳 (月・水)	5374 (医局) 5113・5642 (病棟) 5507 (外来)	
耳鼻咽喉科	鈴木 豊	5380(医局) 5515(外来) 5115 (病棟)	
泌尿器科	石郷岡学 庄司則文	5368 (医局) 5111 (病棟)	
麻酔科蘇生科	高岡誠司	5730 (手術部)	
歯科口腔外科	小林千晃	5576 (外来) 5412・5413 (医局)	

3. 救急部連絡網(3)

夜間における救急連絡先一覧表

(ポケットベル)

診療科名	番	号	備	考
第一内科	648	-2261		
第二内科	669	-1737		
第三内科	661	-1045		
小児科	648	-2268		
精神神経科	648	-2270		
皮膚科	648	-2271		
放射線科	668	-3688		
第一外科	648	-2275		
第二外科	648	-2220		
脳神経科外科	648	-2279		
整形外科	661	-4959		
産科婦人科	648	-2284		
眼科	648	-2286		
耳鼻咽喉科	648	-2287		
泌尿器科	648	-2289		
麻酔科蘇生科	661	-0953	手術部・ICUへ	
歯科口腔外科	648	-2292		
急性期心大血管 疾患治療チーム	第一内科	第二外科		
	661-0460	661-0461		
急性期脳卒中 治療チーム	脳神経外科	第三内科		
	661-0462	661-1045		
大人の急性感染症及び 黄疸治療チーム	第二内科	第一外科		
	661-3882	661-3884		

山形大学医学部附属病院救急部医療体制マニュアル

平成 11 年 5 月 17 日発行

編 集

山形大学医学部附属病院長	廣 井 正 彦
山形大学医学部附属病院救急部長	嘉 山 孝 正
山形大学医学部事務部医事課長	長谷山 則 夫

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

別紙

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 鋭一郎 (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蔵王協議会（会長・霧山孝正医学部長）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。協議会では、今夏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「山形大地域医療医師適正配置委員会」。地域医療機関への医師派遣については、外部から「不透明」との指摘を受けることがないよう、一切の利害関係を排除して、人材育成と地域医療の向上につながる配置できるかどうかを審議する。

医学部長が「アテン」に、付属病院長や関連病院会の代表、県健康福祉部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に「委員会」を置き、審議権を授けて医師の異動の是非を検討する仕組みを導入している。審議の結果、医局と病院間で合意していた派遣を異送した事例もあるという。

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。霧山学部長は「医学界の常識が、一般に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点にも、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。同時に、「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。こうした場を設ける

「す」の説明ができる」と、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)

第1回 周産期・小児医療懇談会 会議概要

日時：平成18年11月27日（月）16:00～17:50

場所：あこや会館 1階 ホール

1 開会 司会：児童家庭課 金子課長補佐（子育て支援担当）

2 あいさつ 遠藤健康福祉部長

3 説明 進行役：阿彦健康福祉部次長

(1) 本県の周産期医療体制について 児童家庭課 佐藤子育て支援主幹 資料1

(2) 小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の必要性について
健康福祉企画課 荒木課長補佐 資料2

(3) 周産期・小児医療の地域連携体制について 健康福祉企画課 荒木課長補佐 資料3

4 意見交換

(1) 本県の周産期医療体制について

(進行役) 周産期医療体制については、現在は山大、県立中央病院、済生病院がうまく連携しているようだが、実態調査の結果なども踏まえながら、今後の体制についてご意見をお聞きしたい。

また、集約化・重点化の必要性についての検討を、この懇談会でお願ひしたい。必要であれば、また検討を行うことになる。

さらに、医療計画上策定の際、周産期医療と小児救急は具体的な項目として位置づけられている事業でもあり、策定に向けても意見をお聞きしたいと考えている。

(済生病院) 山形県は乳幼児死亡率等のデータを見ると全国トップレベルだが、実際には、イコールうまくいっているとはならない。福島県や奈良県の事件があったが、当県でもいつあんな事件がおきるかわからないとどきどきしている。

理由としては、3病院のうち山大は若い先生が多いが、他の病院、済生病院は5～6人が当直も行っており（多い人で月10回）しており、医師の犠牲で（身を粉にして従事することにより）成り立っているのが実態である。

今のところ3者でうまくいっている。県外への搬送は年に数回のみとなっている。

負担・報酬・診療報酬的な施策体制のバックボーンが揃わないと危険がある。

毎回のようには周産期母子医療センターの話が出る。その中で鹿児島県はなくてもよい体制にある。市立病院が人も多くドクターカーもあり、医師の犠牲の下にといったこともあるかもしれないがやっている。

ぜひ体制を作っていただきたいと要望する。

(山大倉智) 山大は断る事例はない。それは、スタッフが揃っていることもあるが、中央病院・済生病院の支えがあるから。総合周産期センターの場合、施設面もあるが医師確保が最大の問題。本県で考えた場合、常勤の体制への山大からの支援はできないと理解して欲しい。

(中央病院) 現在の当院の周産期医療は、新生児搬送はなく、ほとんど母体搬送のみとなっている。私が調べた昨年度データでは、2500gでなく2000g未満の分娩件数は、中央病院64例、済生病院で36例、荘内病院で26例、横山病院が12例、山大が5例、トータルで143例。

山形はルートが3ルート確立している。選定は互いの病院間で電話連絡して空いている状況を確認している状況。

周産期医療については問題なく、ネットワークの整備が必要。高度周産期センターを作る場合、医師、センターの定義等を考えると、現状の医師不足の状況では困難であり、もしやりたいというのなら100万人未満(医師5人程度)の規模の場合の医師でなら検討してもらったら十分とは思いますが…。

(進行役)皆さんの意見を聞くと、医師の確保を考えると厳しく、医師の過重労働で成り立っているという状況のようだ。

(小児科医会)日本小児科医会等でも集約化を県でやれとは言っていない。どうしたらいいかを県で考えてくれ、その結果を厚生労働省に提出してもらえば、診療報酬を変える、国や県の支援を考えるとといった行動につながるというもの。

現在、本県はNICUが村山2箇所のみであり、各々の地域で安心して出産してもらうために検討すべき。面積あたりの医師がどのくらいいるか、山形県は面積が大きい中でどう配置していくべきかを考えていくべき。

(進行役)鹿児島市民病院は、NICUはたくさんありドクターカーはあるがMFICUは持っていない。総合周産期医療センターの指定受けていない、理由は人が多く来すぎるからという話がある。また、MFICUの指定は必要か。MFICUは指定を受けないと診療報酬受けられないようだが。

(済生病院)各病院でセンターやMFICUの指定は受けていなくてもそれなりの医療は既に十分やっている。診療報酬もらえればよいが、なくてもやっている。ただMFICUの指定は県なので、国の基準に合致しないという条件等あるのだから、ないよりはあればよい。

(中央病院)MFICUの基準として事務局の説明の中で医師は最低5名必要といていたがとんでもなく足りない、6床なら最低9人、6床から12床で9~14人程度は必要である。現段階でいくら集約化しても本県内で集めるのは無理。100万人未満(3床)なら5~6名でできるということ。5人は甘い。

(産婦人科医会)開業医の立場では総合周産期母子医療センターあれば望ましいが、現状でも3病院で機能分担しながら先端的な役割を担っていただいております、今のところ我々の立場では不便はない。さらに医師不足といわれている中でもあり、病病連携や病診連携を進めるべき。ネットワークを構築することが現在のところよい。

(荘内病院)こういう会を開いて情報がわかるのはありがたい。きちっと市民に説明して理解してもらおうとよい。公表していく、アピールしていくことが心強い。

大事なのはネットワークを構築して情報共有し今ある機能を強化していくこと、県と山大独自で大

き調整を行うこと、あとは医療制度の改革。

鶴岡だけを考えるなら現状大丈夫。ただし新潟大の引き上げも実際ある。

定期的にデータを把握し公表して欲しい。

当院は平成6年度からNICUもどきをやり（診療報酬加算ないが）、平成15年度に新築移転した新しい病院で新生児センターとしてやっている。したがって庄内には平成6年度からNICUの体制がある。

庄内病院の分娩数は年間200件のみ。鶴岡地区で1200件、重症なもの全部やっている。これを3人でやっているが、新潟大の教授は600件やるべきとっている。（なければ派遣しない。）

我々がこういう資料（実態）を見て小児科・産科医の苦勞を把握し、各病院の体制を考え、県で全体を考えて欲しい。

マスコミなんかにはちゃんとやっているところをPRして欲しい。マスコミはちゃんとしていることを話すと記事にしない。

（進行役）今いただいた意見等を2回目以降に生かしていきたい。

（2）小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の必要性について

（進行役）次に集約化の必要性について。資料の説明を倉智先生お願いします。

（山大倉智）資料の2枚目を見ると明らかなように、二次医療圏ごとに出産数と二次医療機関数を見ると、山形県の周産期施設については、悪い状態ではない。特に庄内・最上・置賜の二次医療施設は集約され不便を生じさせていない。分娩が1000あるところで2箇所、だいたい1施設で500人ということでプロポーションとしては悪くない。ただし、村山地域だけは3次機関3施設、2次機関3施設あり、集約化していただきたい。

（新庄病院）最上地域はそれだけでなくも診療機関少ない上、やめたい診療所もある。昨年度は医師1名なので事務局の数値を治して欲しい。今年医師が1人増え、どんどん新庄病院に来ており、今年250人分娩している。集約して最上地域の当院に集約化して欲しい。

小児科も同様。2人だが来年には1人やめる。

（済生館）これに関して意見はいろいろだが、村山地域に集中しているという総論は理解できる。

（保健所長会）各論に関しては申し上げることはない。また、最上の状況も理解できる。

（進行役）集約化はなくなることもでてくるということ。

（小児科医会）抜本的な話をして欲しい。例えば、なぜ山大の定着率が低いのか。それは、モチベーションが低い学生が多いことと県内の環境が悪いこと。学生は実習等で回って人が多くいる都会の病院をいいと思ってしまう。

学生が残るためにも、魅力的な病院になるべき。

地域の病院で完結する地域単位になって欲しい。

(山大早坂) 平成13年度から山形に来た。それ以降、日本海の立ち上げに伴い酒田市立から集約化したり、南陽病院を断ったり、置賜総合病院の際に集約化を図るなど、これまでに集約化の取組みをやってきた。個人のレベルでは集約化をやってきており、大学としては限界。あとは河北病院が気になるくらい。

今ある基幹病院への集約化はしつこくした。後は小児科医を増やすしかない。医師の絶対数が少なく、これ以上の集約化はできない。

小児救急に関しては、開業医のボランティア精神がないことに驚いている。勤務医は疲労困憊している。

山形の二次救急医療は万全である。

あとは、最上・庄内地域の道路の整備をすれば、医師と同じくらいの効果がある。

(県医師会) 最上地域では、来年の定点化に向け開業医に協力を仰いだ。反対者に対して再度協力を依頼したところ、時間外の救急医療は公的な分野だという意見であった。

先週金曜日も、県医師会で勤務医の過重労働に関するシンポジウムを開催している。

県医師会としても、こうした会合での話し合いを続けて欲しい。知事にも医療全般について話し合う場を作って欲しいといった。

集約化は、現状の中でどうするかを議論すべきで、予防接種や電話相談なども実際やるまで大変であった。例えば集約化の問題にしても、継続的に意見交換を行い、立場の違いをどういうかたちでうまくまとめるかを県に依頼する。

(置賜総合病院) 置賜は6年前に病院全体の集約化をやった。

小児科医は、地域内の幾つかの病院からの引き上げが行われ、集約化が行われた。

また、開業医の問題があったが、置賜地区では開業医2名も病院の救急医療に協力してくれている。(特に休日診療を月に1回程度。報酬は休日診療より高く出している。)その際40人程度診療してくれ、自分の診療所に近い人はかかりつけ医としてよんでくれている。

小児救急に協力しない開業医は、中身を見ると小児科を標榜しているもののメインでないことなどもある。画期的な対応策がないので、こうした協力等の取り組みが必要。

今後は高島町の開業医も病院診療に参加してくれる意向がある。

産科については、米沢市立病院と置賜総合病院が拠点。

開業医が辞めて置賜総合病院に流れるなどの患者の集約化もある。ただし、白鷹などは山形市内や寒河江市に流れ増加が見られなかった。また、高島病院の女性医師当直なしで置賜病院で引き受けた。

こうしたことから、現在、分娩数が月50件から60件に増加しており医師増やしたい。

(進行役) 本日の意見交換では、小児科は集約化進んでおり、今後は開業医の救急への協力などが課題ということ。産科については、村山地域の集約化があげられたが、村山は医師は多い地域であり集約化計画をつくるとして進め方は難しい。

これらを整理して、次回までの間に担当医の意見等も聞いたうえで次回の意見交換をしたい。

(司会) 次回の都合を確認のうえ、12月18日で進めることとなった。

第2回 周産期・小児医療懇談会 会議概要

日時：平成18年12月18日(月) 16:00~17:55

場所：あこや会館 2階 201会議室

1 開会 司会：児童家庭課 金子課長補佐(子育て支援担当)

2 意見交換 進行役：阿彦次長

(1) 第1回懇談会での意見交換の概要

(別添資料1により事務局説明)

(2) 本県の周産期医療体制について

(別添資料2により事務局説明)

(進行役) 前回から今回にかけ、改めて調査をした事項、12日に開催した村山地域3病院の先生に集まっていた高度周産期医療連絡協議会について、その結果を事務局から説明したが、その連絡協議会にご参加いただいた済生病院金杉先生から追加説明をお願いします。

(済生病院) だいたい説明があったとおり。

ただ、総合周産期センターを核とした何らかのシステムが必要だろう。というのは、ドクターの数が得られないのが悩みだが、診療報酬的なバックアップがないとドクター増員も難しい。とりあえずは、体系を組むのは難しい状況にある。

県の方には、100万未満の場合でも、何しろ一人ドクター常勤するのは大変であり、3床でも6床でもドクターが常勤しなければいけないという基準もあり、ドクターの要件として一人常勤、一人拘束という体制にしていだかないと厳しく、国の要綱をなんとか変えるよう要望をしていただき実現していくべき。

当面は、ネットワークを活用し開業の先生が連絡や、インターネットや携帯電話を使って空き状況がすぐわかるようなシステムを作りたい。

(進行役) センター的なものを望んでいるというか、今のままでは厳しいという意見があり、100万人未満の基準が認められればいいが、その場合でも、どこかの病院にかき集めるのではなく、三つを残し、一つをセンター的だという意見であった。

庄内病院はハードは整備されている状況の中で保険請求されていない状況であり、庄内地区にも30万地域であればNICUは必要でないかという意見があったが。

(庄内病院) 当院は内陸と関係がないというか、新潟の付き合いがある。

現在小児科6人だが、8人になったら申請したい。小児科医を増やしたいが、この8年間で5人が6人になっただけ。型をもらっていないため常に統計にはでていない。ICUもNICUももらっていないが問題にしていない。というのは、現在小児救急・入院体制とっており、これにNICUやるとパンクする。今は設備を整え必要に応じてやっている。加算するには県に名簿を出す必要があるが、6人では難しい。現在でもオンコールで呼び出しており常駐では倒れる。そうした中でも、12月14日にNICU加算検討委員会を院内で立ち上げた。あと2人増えれば加算もできる。これまでは小児救急に尽力を使っており、小児救急を分けることは市立病院としてできない。

ただし、山形県として庄内地方にNICUを設置したいというのであれば、何もない日本海に作るより当院に作ったほうがよい。あと2人医師が増えればこの2、3年に申請する。

今回の議員総会で、市内の夜間休日診療所も来年4月から土曜日を除いた振り替え休日・祝日、年末年始もやってくれることとなった。これで1名でも楽になれば体制整備を検討したい。

(中央病院) うち逆の状況。小児科医6人体制でやっているが、NICUをみている間に夜の救急・病棟も対応もしている。

12月3日に厚生労働省と社会保険事務局の合同調査が入り、1年間返還となった。1億2千万円になる。NICU・小児救急・病棟を2名ずつというのは近々爆発する状況。

(庄内病院) 当院も人数中央と一緒に出しましょうという話もあったが、私は勤務体制上無理だとした。NICUの担当医はトイレ以外出て悪いといわれている。一番問題になっているのは、小児救急の一次をもう少し診療所で見てくれないと駄目。救急をみなくてよいようにしないと小児の先生は疲労する。加算もらえば5千万もらえるがあえてもらっていない。こうした状況になっていることを県も医師会も市民も知らない病院だけ大変になってしまう。

(中央病院) 山形は小児科医の先生が協力してくれている。

(小児科医会) 普通三つをやるには15名必要。6名では殺人的。一次救急やる診療体制でないと駄目。さらに、次の日に休みにすべき。

連携強化病院を中心に体制を整備していくべき。

(済生病院) 当院は、NICUのみで、小児救急していないため4名体制で何とかやっている。

(進行役) 現場の声としては、医療安全の高まりで、オンコールで30分かかっても訴えられる。当直体制をしかないといけないというプレッシャーを感じる。そういう中で、医療事故防止のためにも体制作るべきという意見があった。ネックが小児科・産科の総量の問題ということがある。小児科・産科の集約化も関係するが、高度周産期医療についてご意見を。

(倉智教授) 実質的にはやっているという状況。医師の確保もできる予算もできるという状況で発言しないと、それは無謀な発言。山形に来て常駐していないということは感じた。が、3人で常勤ということを見ると、3日に1回は当直となる。それができますか？考えて発言していただきたい。そういう背景を考えて計画を立てないと実際には無理。センター化は今現在の大阪でも難しく、大学に70名医師いたのでアルバイトもかねて可能となっている。

(早坂教授) 集約化してきたつもり。今の人数では限度、一人のところをやめた。一つ驚いたのは、私が来たときに県中・山大でなく、済生病院にNICUを作りバックアップすることになっていた。私は来たときから手足縛られていた。実際今の発言は何かしてくれという叫びだと思ふ。経営の問題でどっちも引かない。現場の医師だけが疲労している。うまい方法を考えないと。県の不手際だといった、最初に中央病院に作ればよかった。どちらかが燃え尽きるまで待つしかないのが極論。もっと高い視点で利用を考えてもらわないと。

庄内病院への2名は無理。余力がない。NICUは申請したらバーンアウトしてしまう。無理してしなくともよい。

(庄内病院) どうして庄内にないんだと言われている。今検討しているということ。山大と友好的な関係を保つことが重要。毛嫌いせず応援お願いしたい。これまで市民に不安を与えるのはタブーだった。これだけ市民が不安になっているのだから、むしろ山形県は駄目だ、ただあきらめていないこうしていくんだということを示せば、大学でも小児科医を目指す人が増える。集約化する、こうしたことを目指す、良くするというを公表して欲しい。ただ病院もう少しがんばれといわれても困る。

(進行役) 集約化の資料を説明させていただき、引き続き意見交換をお願いしたい。

(3) 小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の必要性について

(別添資料3により事務局説明)

(追加説明; アンケートを行った村山公的な病院の出席3病院)

(中央病院) NICUは設備いい状態だが、医師不足で厚生労働省のお叱りも受けた。ただ、1500g未満の未熟児の取り扱い多い。集約化重点化は重要なことだが、管理者側から見ると、分娩数に見合った定数というものがある。さらに産婦人科・小児科の過重労働への対応をどうするか、女性医師のワークシェアリングなどがこれからの課題。これまでは産婦人科医師の犠牲のうえで周産期医療が成り立っていた。楽にしてあげたいというのが希望。

(済生館) NICUないのでそれなりの患者についてはまわしている。また、お産は病院でという開業医もあり、病診連携をしながら進めている。

最後の2行は出ていない自治体病院もあり、全体の意見ということでの記載。集約化は必要とは思いますが、経営と住民サイドの問題があり、大変難しく考慮していただきたい。

当病院のことを話すと、産科についてはお願いし、小児救急に力を入れている。すみわけができています。

(済生病院) NICUは当時の産婦人科医会等の強い要望があり、県の計画もなく、ちょうど平成7年に当院が移転することもあり、県に行ったところ「どうぞ御勝手にお願いします」という対応であった。そこで産婦人科医会の強い要望もあり、当時から周産期医療は何をやっても山形県は最後のほうだった、今も最後だが、要望が強くて、かとして県の方では作ってくれなくてという実情で作ったもの。

今の現状は、過酷な勤務ではあるが何とかやっているという状況。県立病院にNICUができたので、互いにバンクせずにやっている。どちらかに集約ということではなく、互いに連絡を取り合いやっている。今のところうまくやっている。

三つの病院での連絡の方法を、リアルタイムでやれるような体制が必要だろうと思っている。スタッフは徐々に増えることを期待している。

(倉地教授) 県の資料を見ても村山地区の集約化は必要。また、ご意見が妥当でないと思いますのが、例えば、天童。方向性が違うと思う。見方を変えていただかないといけない。

もう一つ、済生病院のところに総合周産期センターということがあがるが、形をとると1箇所統合しようということになる。

(早坂教授) NICU は済生病院が先見の明があったということ。少ない医療資源を考えると、中央は複数をやっている。救命救急センターもやっている。特化したほうが良いのではないか。何か特徴を持ってやっていただければいいのではと思う。スリム化・機能特化を考えてやらないと。

(進行役) 中央病院と済生病院では異なる。極小未熟児とかは中央病院に圧倒的に多い。割とすみわけはできている状態で、総合周産期センターの分散処理をしているような状況。見直して1箇所ではなくもっと現状をとらえないといけない。

(早坂教授) 中央病院では小児救急とNICUを両方やっているという状況があり、医師を守るという意味で中央病院での特化が必要と言っている。

(病院事業局) 済生病院と中央病院の関係、病院と診療所の関係そのトータルの中でどういう組み合わせがいいのかを考えていかなければいけない。

(倉智教授) 私が申し上げているのは、中央と済生病院を直ちに一緒にすべきということでない。ただし、周産期センターを作るとなるとひとつにしなければならぬだろう。静岡では40万人で産科が1箇所もないところもあり、私は村山地区の病院数が他地区と比較して圧倒的に多いということを上げている。

(小児科医会) 山形県のように面積の大きい県は医師不足県といわれている。小児人口密度は全国42位。過疎地域における医療が難しいかということ。対策は7に掲げる基本方針を見て欲しい。

この計画は病院にも関係者にも県庁にも一銭も負担をかけないというもの。この計画を厚生労働省に山形県の小児科医会はこういう案を出しているんじゃないかと思うがどうかと提出していただきたい。

また、小山田自治体病院協議会長がいつているように魅力的な病院を作らないと研修医は集まってこない。

経済的な負担は一切かけないで厚生労働省にやってもらおうという意気込みで早急にまとめていただきたい。

(進行役) 必要性を検討して、必要だということであればこの計画を参考にして欲しいという趣旨と思う。

(早坂教授) できるところでやるしかない。勤務医などの一次救急への参加などでカバーしていただきたい。意外と協力しない人がいる。山形県内の小児医療では、基幹病院ががんばっており、たらいまわしはない。

(県医師会) 県内では地域ごとに差があり、どうまとめたらよいか。県が中心となってまとめるべき。また、定員10人枠について県で準備できないという話で有効に生かされない。それから卒業生の定着。マッチング率が高いが、それでも足りないというのであれば、病院で何とか考慮していただきたい。

県医師会としても、シンポジウムを開催し、何らかの方法でいろんなことができるかと方策を考えている。

なお、医療対策協議会17年度は開催されていないと聞く。そういうところでないと、周産期・小児という話はできにくい。

小児科医の時間外については、それほど困っていないという意見が圧倒的に多かったのと、県側と山形市側の話し合いがうまく行かなかったというのが実情。

折角話し合いをしたので、うまくいく方法を模索して欲しい。

(健康福祉企画課長)

- ① 定員増について⇒本県では既にH17から創設。条件緩和は10県協同で要望活動実施。H19予算では山大の定員枠増を念頭に山大枠を10人拡大しようかと考えている。55人は非現実的。
- ② 医療対策協議会について⇒本県としては個々の問題ごとに実務的に考えていくこととし、実のある会議にしようとしている。例えば医療懇談会、小児電話相談の検討などを行っている。
- ③ 医師不足・医師確保対策は、県として積極的に行っている。

(進行役) もう1回しかないが、年度内に集約化の方向性を決めたい。小児科は事務局と私で米沢市立病院回る。産科は村山地域が集約化が必要だとあったが、小児科は集約化について特にご意見は。

(置賜病院) 置賜については、産科・小児科について2市2町が集約化をやったのけた地域。全体的には80点成功している。昔より地域完結するようになった。ただし、集約化をすれば解決でなく、決心が行き届かないところがあり、尾を引いているものがある。加え、医師がギリギリであるということがある。集約化をやり、小児科・産科の患者も集まってきており集約化の効果がある。ただし、過重労働ある。小児科の一番の問題は休日の診療。南陽・長井地区(米沢除く)は休日診療所が機能していない。1日5人から10人の間。目的の違う救命救急センターに患者が集まる。平均70名の患者のうち4割が子ども。小児診療で苦しむ原因は一次診療、それに3名の小児科医が対応している。集約化すると患者は集まるがそこでもオーバーワークは残る。集約化の一番大変な作業は、私の立場で言うと行政の対応。県の行政当局はわかるが、2市2町は首長はわかるが議員の圧力は大変。集約化は覚悟する必要がある。住民によく周知させる努力が必要。患者の受領行動を操作するのは非常に難しい。

(新庄病院) 最上は新庄病院に全てが集約なっている。地域で比較的完結もしている。県外搬送は30件程度だけ。医師の過重労働もあり、もう少し医師がいれば・・・

(進行役) 小児科の集約化については、別途相談させていただく。

(司会) 次回の都合を確認のうえ、第3回は1月22日で進めることとなった。

第3回周産期・小児医療懇談会 会議概要

日時：平成19年1月22日(月)16:00～17:45

場所：あこや会館 2階 202会議室

- 1 開会 司会：児童家庭課 金子課長補佐（子育て支援担当）
・委員変更の報告
小児科医会会長の佐藤哲夫先生病気のため、同会理事の岡田昌彦先生（米沢市立病院院長）に交代

- 2 意見交換 進行役：阿彦次長

(1) 第1回、第2回懇談会での意見交換の概要

(資料により事務局説明)

(早坂教授) 3ページは小児科学会ではなく小児科医会の私案。

(2) 高度周産期医療について

(資料により事務局説明)

(中央病院) 資料4ページの1 (1) 周産期担当のNICUの医師が2名となっているが、もう1名増やし現在3人になった。

(進行役) 3名プラス研修医が何名かいましたね。

(産婦人科医会) 周産期母子医療センター、5ページの3だが、お産が少ないから要らないというのはおかしい考えではないか。お産が少ないなりにも必要性は有るわけだから。ただここにあるように、産科医も小児科医も少ないから簡単に作れないのはわかるが、県は作る気がないということなのか。

(進行役) この件については、部内でも、今日も議論をしてきた。ただ現実と理想論と、医療計画を作るうえで、この5年間どうするかということがあるので、そういう意味でこの資料も前回までのということ。これから議論する小児科の集約化・重点化は国に報告しなくてはならないが、周産期はあせって報告をする必要はないが、19年度の医療計画には今後5年間どうするのか載せるので、今日の皆さんの議論を踏まえて、もう少し時間をかけて、今日で終わりにしないで議論しなければならないと考えている。

(産婦人科医会) 必要性があるのであれば、県で検討してほしい。ネットワークについては必要。3病院で勝手にではなく、補助が必要。センターいらぬなら連携強化のための手段必要。センターほしいところ。

(進行役) 青写真の中で、センターが必要か、どのレベルのセンターが必要かということで、これは2回目までの意見の中でどうするのかという話。現場の先生は100万人以下の基準でもあったらいいという意見。

(産婦人科医会) 済生病院は医師がいればできるというが、100万人以下の基準でも赤字部門となると思う。その場合は補助を考えているのか。

(倉智教授) 県のビジョンは別として、川越先生の言うことはもっとも。ただ近い将来と理想論と分けて考えなくてはならない。最大の問題はマンパワー。たとえば県立中央病院と済生病院が別々の診療をしては描けない。別々では無駄もでる。済生病院と県立中央病院を一つに統合するという進まないし難しい。済生病院も経営も大切だが、人員がどれだけ必要でどうやって確保するのか示してもらわないと現実的でない。

(済生病院) 人員が揃えばできるとは確かに言った。100万人以下の基準であれば、今の1人当直体制でなんとかなる。2人当直となると、山大から手伝ってもらわないと難しい。ネットワークはインターネットに載せる準備はできている。新生児学会の一員としてしなくてはならないと思っている。レイアウトやどういう情報載せるのか、実際の診療にどのように使っていくのかこれから協議会で検討しなくてはならない。

(中央病院) 補完になるが、現実的に考えて100万人超の基準で作るのは無理。産婦人科の医師が最低9人、平均12人必要になる。県内の産婦人科医師数を考えても不可能。100万人以下であれば可能性はある。地理的に考えれば庄内にも必要では。2つ3つは必要と思う。検討してもらいたい。

(庄内病院) 庄内は県内でも特殊。山形にも新潟にも遠い。高速道路ができれば新潟にはやや近くなる。山形まで普段は1時間半だが冬の間の交通が問題。日本海病院と話し合っってやっていきたい。県に一つよりそのほうがよい。

今は医師がいなくなるのが心配。数を増やすには全体を増やすことが必要。懇談会は自分たちが何をするのかはっきりさせなくてはならない。県は何をするにかが見えてこない。どうやって医師不足を解決していくのか。地域全体の数を増やす中でどうやってその診療科を選ぶようにするのか。県、大学、病院がそれぞれ何をすることを示してほしい。県でどういうビジョンがあるか考えてほしい。

また、コミュニケーションを増やすため、例えばインターネット会議などネットワーク、ITをもっと活用すべきだ。会議に参加するのは大変だが、テレビ会議でやれば院内でなら頻繁に行える。

庄内では、日本海病院と連携を図りやっっていくが、山大、県中、済生とも連携をとってやっっていくきたい。

(進行役) 全体を増やすことについては、県の奨学生制度のなかで特定診療科枠を設けている。東北大の山形県人会などにも、山形県の現状、やりがいのある診療科なのに不足していることを

訴えていく

(倉智教授) 増やすといっても二つに分けて考えなければならない。理想的に増やすには時間がかかる。現実的に、今年、来年手を打てることを分けて考えていかないと、今いる人がどんどんやめていく。

(中央病院) センターのあるところも、小児科医、産婦人科医の確保が難しくなっている。センターを維持していくことが難しくなっている。基準が厳しすぎる。このシステムはいずれつぶれる。

(進行役) センター設置を、いまずぐはできないが、県はあきらめたわけではない。

(産婦人科医会) 今は難しいのはわかっている。理想としてあったほうが良いということ。

(進行役) もう少し検討していく。3病院の連絡協議会と、その他にも必要があれば検討の場を設けていく。来年度の医療計画では、5年後の目標を描かなければならない。医療計画に盛り込むため、少し継続的に検討していきたい。

(3) 小児科・産科における医療資源の集約化について

① 小児科における医療資源の集約化

(資料により事務局説明)

(小児科医会) 2～3人の小児科医師でやっている病院では大変なため辞めてしまう人が多い。全体の人数を増やして集約化しようというのではなく、今いる人のなかで集約化・重点化を考えていく。オーバーワークとなっているのは、役割分担がなされていないから。負担が大きく、ある年齢になると立ち行かなくなりやめてしまう。

配布の資料は、今どのように集約化が進んでいるかだが、集約化の対象となっている東北、新潟が決まっていないところが多い。福井、高知では、この方式はとらないことで決まったようだ。

具体的に山形についてどう集約化するとよいのか日本小児科学会に聞いたところ明確なものがない。はっきりしていないようだ。

(早坂教授) このプランは、大阪と東京の先生が作った。小児科医が足りないところでは話にならない。山形は、地図上の直線距離は近くても地形的に不便で2つの病院の合流はできない。医師の数を増やすしかないのではないか。

(県医師会) 医会のグランドデザインは山形県ではできない。4医療圏のなかでやるしかない。医師の数を増やすためには、奨学金とかどこかがイニシアチブをとっていかなくてはならない。

(早坂教授) 奨学制度の最たるものである自治医大の定着率はどうなっているのか。勉強したい若いときに地域にやられ、あとで都会に出て行っているのではないか。県中ではなく山大で引き受ければ、勉強したい人は勉強ができ対応できる。研修中もハッピーにしないと山形に残らない。

(健康福祉企画課長) 義務年限は9年だが、2年間は研修、後期研修3年間のうち地域に出て行くのは1年なので、9年のうち出て行くのは5年間。常に10人が地域で医療を支えている。義務の明けてからの定着率は77%で、他県と比べても高い。そもそも自治医大を目指す気持ちのある人なので定着率も高い。奨学金は、昨年から2種類、地域医療と特定診療科小児科、産婦人科、麻酔科、放射線科について実施。現在、地域医療は年間200万円、特定診療科は年間100万円。来年度に向け山大生対象に3種類目の奨学金の予算要求中。山大生に残ってほしい。また定員枠増にも応えることになる。

(小児科医会) 拠点病院は小児科も産科もやるということで、集約化は一緒に進めていると考えていいのか。例えば、小児科が3なのに産科は1とか、逆に産科は3で小児科は1といったことがないようにしているのか。

(早坂教授) 河北と北村山は若干検討の余地があるが、作るというよりそうになっている。

(中央病院) 河北、北村山は検討の余地有りといったが、西村山、北村山は医師会の協力が全く無い。一緒にやろうといってもやる人がいない。

(県医師会) 山形市に来てやっている。地元ではしてない。

(中央病院) 北村山公立病院は日本医科大の系列で、本部で人が足りないため派遣されなくなり医師が減っている。産婦人科も3人いたのが現在は1人しかいない。立ち行かなくなるのではないかと考えている。

(荘内病院) 集約化すればいいというのではなく、10人にまでならず、救急などもやるとなると2人が4人になればかえって忙しくなる。本来の仕事ができるためには、住民がどれだけ協力できるか、医師会が協力できるか。病院がなくなって困るのは住民であり医師会で、最終的には県ではないか。うちでは外来に開業医がくることができる。そういうシステムをつくらなくては、かえってやめていく。大学に1人やめたから1人来てほしいといっても、人がいないからそれもできない。このまとめに山形や庄内でやっている事例など紹介してほしい。住民や医師会に周知してほしい。

(小児科医会) 学会からの指導もあるが、医会では今は数を合わせているだけ。難しいのは地区医師会。

(健康福祉企画課長) 休日夜間診療所について、現在主な市では休日のみの対応で、夜間実施しているのは山形市のみ。新庄市では来年度夜間までやる。県としては予算を組んで夜間診療所充実の支援をしていく。ぜひ医師会でも救急医療対策協議会で協議してほしい。

(県医師会) 小児救急電話相談の話も進んでいる。

②産科における医療資源の集約化

(資料により事務局説明)

(産婦人科医会) 産婦人科の女性医師が増えている。出産後も職場に戻れる取り組みも加えてほしい。

(進行役) 20代、30代が女性が多い。

(倉智教授) 7割が女性。山形県は従来男性が多かったが、女性医師の割合が高くなってきている。

(健康福祉企画課長) 今日話題の小児科、産婦人科、放射線科、麻酔科も女性の割合が高い。山大で先ごろ院内保育所が設置された。制度もあることから、病院に院内保育所の設置を働きかけたり、女性医師に対する情報提供事業を行っていく。

(荘内病院) 女性医師が辞めないためには、ワークシェアリングやチーム医療で情報共有できるようにしなくてはならない。情報だけではなく、ぜひワークシェアリングできる制度を作してほしい。荘内病院では医師の定員がないのでいくらでも雇用できるが、それでは経営が成り立たない。短時間勤務でそれなりの待遇といったことを県立病院で先駆けて実施してもらえば、市立病院もやりやすい。

(早坂) 出産後当直できないということで当直免除で働いている事例があるが、一方は不満があり、一方は当直できない負い目がある。

(中央病院) 県中でもまったくやっていないわけではない。人間ドックで週3回お願いしている先生がいる。河北病院でも女性専門外来で週何回か勤務の先生がいる。

(倉智教授) 女性医師は当直はできないが立派な戦力になる、そういうことが大事。

(荘内病院) 産科医師数は出産数でまわるのか？出産数だけを見ると産婦人科医師が3人は多いと言われる。うちは帝王切開率が高い。ハイリスクはどうなっているのか加味しないと説得力がない。地元にお産を扱う先生もいるが、ハイリスクは全部引き受けている。母体搬送は引き受けるといことで地元の先生はやっている。お産もやり手術もやりで大変だ。

医師に対し出産件数により手当てが出るように条例の改正を予定している。

ハイリスク分娩の取扱状況も報告書に記載してほしい。

(倉智教授) ノーマルなお産とハイリスクとは全く違う。それは専門家でないとうわからないがまったくそのとおり。

小児科も救急と一般が違うように、産科と婦人科も全くちがう。周産期医療の評価はしなくてはならない。1施設である程度の出産件数は必要で、地域の中で50、50、100というのは最悪。集約化の話では必ず経営母体が違うとか話が出てくる。

集約化のビジョンを示すので、行政も協力してほしい。

(置賜総合病院) 山形は産科も小児科も集約化が進んでいる。置賜は強制的に集約化した見本のようなもの。集約化の陰で住民や議員が大騒ぎした。病院が説得するのは大変で、必要性の説明は行政ですべき。

置賜総合病院でも、救急部門など国の指定条件を満たす努力をすると、他が大変だ。診療報酬で守られているところに人を集めると、そこから外れたところ、例えば手術部門や放射線など人員の基準がないところは犠牲になる。

国の指定条件にこだわりすぎると関連の医療がつぶれかねない。指定をうけるときは現実を見てほしい。

山形県は現状でいいのでは。

(進行役) 女性の産科医師に対する再教育等も含めた支援策についてはまとめる。

(健康福祉企画課長) 周産期医療については議論を継続していく。産婦人科と小児科に関しては国に報告をしなくてはならないので、本日の議論を踏まえ報告をしたい。取りまとめについては事務局に一任してほしい。

(県立中央病院) 集約化では機能分化が必要。同じ機能で集約化してもうまくいかない。例えば、済生館では山形市の年間600件の救急車のうち半数の300件受け入れてもらっており、救急部門を担うとか。住民の教育も必要。いくら機能分化しても、住民が変わらなければ意味がない。

(進行役) 懇談会での意見交換の内容のまとめは今後の取り組みの参考にさせていただき、来年度策定の医療計画に反映させていく。

山形県の地区別の出生数と分娩施設

出生数は、平成17年保健福祉統計年報（平成19年3月発行）による。
山形県の出生総数は 9,357 です。

④ 庄内地区

出生数 2,224

■二次医療機関

- 1) 県立日本海病院 407（産科医4；小児科医4）
- 2) 鶴岡市立荘内病院 222（産科医3；小児科医7）

■一次医療機関 9 施設

② 置賜地区

出生数 1,783

■二次医療機関

- 1) 米沢市立病院 636（産科医3；小児科医4）
- 2) 公立置賜総合病院 553（産科医4；小児科医3）

■一次医療機関 5 施設

③ 最上地区

出生数 658

■二次医療機関

- 1) 県立新庄病院 282（産科医2；小児科医2）

■一次医療機関 2 施設

① 村山地区

出生数 4,692

■三次医療機関

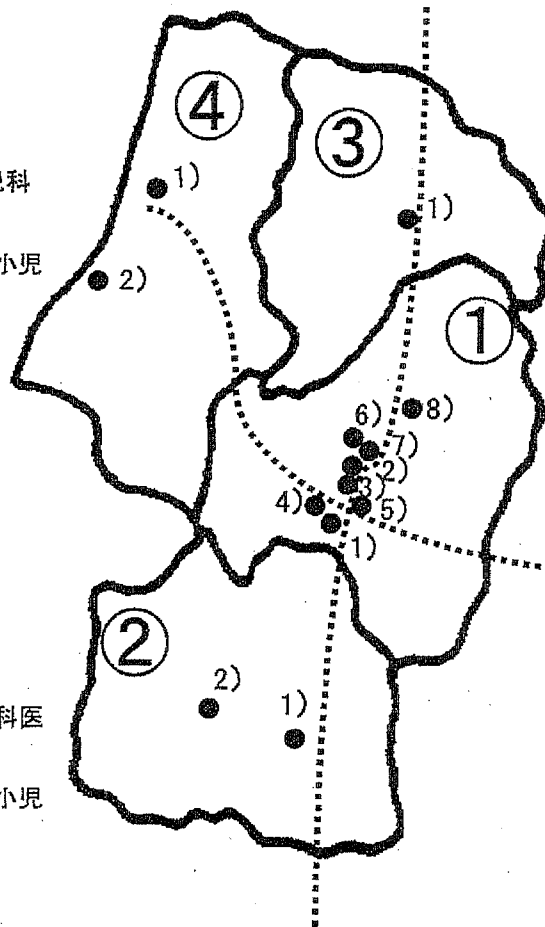
- 1) 山形大学医学部附属病院 134（産科医16；小児科医18）
- 2) 県立中央病院 522（産科医4；小児科医8）
- 3) 済生会山形済生病院 891（産科医6；小児科医4）

■二次医療機関

- 4) 山形市立病院済生館 389（産科医3；小児科医5）
- 5) 東北中央病院 117（産科医2；小児科医0）
- 6) 県立河北病院 309（産科医3；小児科医3）

■一次医療機関 12 施設

- 7) 天童市立病院 45（産科医1；小児科医1）
- 8) 北村山公立病院 72（産科医1；小児科医1）



小児科・産科における医療資源の集約化・重点化について

平成19年3月
山形県

1 検討機関

- (1) 名称：周産期・小児医療に関する懇談会
- (2) 委員：県医師会、山形大学医学部（小児科学・産婦人科学）
県小児科医会、県産婦人科医会、山形済生病院、県立中央病院
自治体病院協議会（各二次医療圏）、県保健所長会
県病院事業局、県健康福祉部

2 検討事項

- (1) 小児科における医療資源の集約化・重点化の必要性について
- (2) 産科における医療資源の集約化・重点化の必要性について

3 検討結果の概要

(1) 小児科について

① 小児科医師数の現状

ア) 小児科医師数が少ない

- ・ 年少人口10万人あたり小児科医師数は76人（全国83人）
- ・ 面積100km²あたり小児科医師数は1.36人
（全国3.94人）

イ) 1病院あたりの小児科医師数は多い

- ・ 1病院あたりの小児科医師数は3.84人（全国3.3人）

② 小児医療体制

それぞれの二次医療圏（4圏域）ともに自治体病院を中心とした公的病院が二次医療圏の中核病院として小児医療に適切に対応している。

また、小児救急医療についても、休日診療所等で対応を行うとともに、中核病院を中心として小児科医がオンコール体制で対応を行っている。

③ これまでの集約化・重点化の状況

小児科医師数が少ない中で、1病院あたりの小児科医師数は全国平均を上回っていると同時に、地域の中核病院に小児科医がほぼ集中されており、実質的には小児科医の集約化・集中化が進んでいる。

④ 集約化・重点化計画の策定の必要性

小児科医師数が少なく、面積が広い中で、4つの二次医療圏ともに、限られた数の病院小児科医が中核的な公的病院に実質的にほぼ集約化され、各中核病院地域の小児医療に適切に対応しており、現状では小児科における医療資源の集約化・重点化計画の策定は必要がないと考えられる。

なお、平成19年度中に策定する医療計画の中で、それぞれの地域ごとの小児医療の地域連携体制について検討を行っていくこととしており、各病院の役割分担、連携についてさらに検討を行っていく。

(2) 産科について

① 産科医師数の現状

- ・ 女性人口10万人あたり産科医師数は16.7人(全国15.5人)
- ・ 面積100km²あたり産科医師数は1.14人(全国2.73人)

② 産科医療体制

それぞれの二次医療圏(4圏域)ともに自治体病院を中心とした公的病院が二次医療圏の中核病院として産科医療に適切に対応している。

③ これまでの集約化・重点化の状況

産科医師数が少ない中で、地域の中核病院に産科医がほぼ集中されており、実質的には産科医の集約化・集中化が進んでいる。

ただし、村山二次医療圏においては、一般的な産科医療(高度周産期医療を除く。)を担当する病院が複数あり、患者の住所地も重複している病院も見られる。

④ 集約化・重点化計画の策定の必要性

産科医師数が少なく、面積が広い中で、村山二次医療圏以外については、限られた数の病院産科医が中核的な公的病院に実質的に集約化され、各中核病院地域の産科医療に適切に対応している。

そのため、現状においては、産科における医療資源の集約化・重点化計画の策定の必要性はないと考えられるが、将来まで安定的な産科医療体制を維持するためには、今後の各病院の連携及び役割分担を考えて行く必要がある。

このような中で、平成19年度中に策定する医療計画の策定作業において、産科のオープンシステムや中核病院と診療所との連携などについて検討を行うとともに、村山二次医療圏について、集約化の検討を行っていく。

周産期・小児医療懇談会における主な意見

第1回懇談会（18年11月27日）

1 総合周産期母子医療センターについて

① 総合周産期母子医療センターを設置すべき

- ・現在の周産期医療体制は、医師の犠牲のうえに成り立っているものであり、福島の大野病院や奈良県のような例が山形でも起きないとは限らない。
- ・総合周産期母子医療センターの要件を充足しないと同じような医療を提供しても点数がとれない。

② 総合周産期母子医療センターまでは必要ない

- ・山形県では総合周産期母子医療センターの要件を満たすだけの医師が充足できない。
- ・現在は3病院を中心としてうまくやっている。ネットワークを充実すべきである。
- ・やるとしても100万人未満の要件でどうか。

2 MFICUの必要性について

- ① 必ずしも必要とは限らない。

第2回懇談会（18年12月18日）

1 総合周産期母子医療センターについて

- ・100万人以上でも未満でも、国の基準のセンターの設置は予算面と人員面から課題が多い。
- ・診療報酬のバックアップがないと医師の増員も難しい。センターの医師配置の基準を変えるよう県から国に働きかけてほしい。
- ・中央病院と済生病院を直ちに一緒にすべきということではない。ただし総合周産期母子医療センターを設置するのならば、どちらかに医師を増やさなければならない。

2 NICUについて

① 内陸地区

- ・県立中央病院では小児科医6人でNICUをやりながら小児救急医療対応している。
- ・済生病院は小児科はNICUのみであり小児科医4人で何とかやっている
- ・NICU、小児救急、病棟を診るのには(医師が)15人くらい必要。

② 庄内地区

- ・庄内病院は、実質的には対応しているが診療報酬の加算を受けていない。小児科医が後2人増えて8人になったら申請したい。現在小児救急医療体制をとっており、これにNICUを行うとパンクする。
- ・庄内病院でNICUの申請をしたら医師がパーンアウトしてしまう。無理しなくてもよいのではないか。

3 既存の医療資源のネットワーク整備について

- ・周産期医療については、中央病院と済生病院にNICUがあり、連絡をとりあってやっている。今のところうまくやっている。
- ・中央病院と済生病院では実際の患者は異なる。極小未熟児等は中央病院に圧倒的に多い。割合棲み分けはできている。
- ・当面はネットワークを活用し、開業医がインターネットや携帯電話を使って空き状況がわかるようなシステムを作ってもらいたい。
- ・3病院がリアルタイムで連絡を取れるような体制が必要と思っている。

第3回懇談会（19年1月22日）

1 総合周産期母子医療センターについて

- ・分娩が少ないなりにセンターの必要性はある。
- ・現実的に考えて100万人超の基準では、産婦人科の医師が最低9人、平均12人必要になる。県内の産婦人科医師数を考えても無理。
- ・県立中央病院と済生病院の診療が別々では無駄。統合しなければ進まない。（山大・倉智教授）
- ・地理的に庄内にも必要ではないか。

2 ネットワーク整備について

- ・済生病院はホームページに空床情報のページを試作、インターネットに掲載の準備をしている。レイアウトや掲載情報等、検討してほしい。

- ・センター設置を、今すぐはできないが、県はあきらめたわけではない。
- ・議論を継続していく。

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次医療を担っていく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。