

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会

第1回

日時：平成20年11月5日（水）18:00～19:30

場所：厚生労働省9階 省議室

議 事 次 第

議題

1. 周産期医療と救急医療の現状と課題について
2. 意見交換

【配付資料】

資料1：開催要綱

資料2：東京都における妊婦死亡事案と対応について

資料3：平成20年10月27日付け厚生労働省医政局指導課長・雇用均等児童家庭局母子保健課長連名通知

資料4：嘉山委員提出資料

資料5：杉本委員提出資料

参考資料1：東京都周産期医療協議会資料（平成20年11月5日開催）

参考資料2：周産期救急医療体制特に母体救命救急体制の整備に関する緊急提言
（平成20年10月31日 社団法人 日本産科婦人科学会）

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会

開催要綱

1. 趣旨

現在、周産期の救急医療体制の充実が全国的に非常に重要になっていることから、妊産婦が安心して子供を産み・育てることができるよう、早急に対策を講ずる必要がある。このため、周産期の救急医療体制の強化が図られるよう、周産期医療と救急医療の確保と連携の在り方について検討する。

2. 検討事項

- (1) 周産期医療と救急医療の確保の在り方
- (2) 周産期医療と救急医療の連携の基本的枠組み
- (3) その他

3. 構成員

厚生労働大臣及び構成員（別紙）で構成する。

4. 運営

- (1) 本会議の庶務は、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課と協力しつつ、同省医政局指導課で行う。
- (2) 議事は公開とする。
- (3) 本懇談会の構成員については、厚生労働大臣が招集する。

5. 検討スケジュール

12月中を目途に取りまとめ予定。

(別紙)

構成員名簿

阿真 京子	「知ろう！小児医療 守ろう！子ども達」の会 代表
有賀 徹	昭和大学医学部救急医学講座 主任教授
池田 智明	国立循環器病センター周産期科 部長
海野 信也	北里大学医学部産婦人科学 教授
大野 泰正	大野レディースクリニック 院長
岡井 崇	昭和大学医学部産婦人科学教室 主任教授
嘉山 孝正	山形大学 医学部長
川上 正人	青梅市立総合病院 救命救急センター長
杉本 壽	大阪大学医学部救急医学 教授
田村 正徳	埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター長
藤村 正哲	大阪府立母子保健総合医療センター 総長
横田順一郎	市立堺病院 副院長

(敬称略、五十音順)

東京都における妊婦死亡事案と対応について

1. 事案の概要

※「母体搬送事案に関する経過について」（10月22日東京都報道発表資料）より

(1) 事案の経過

○ 10月4日（土）、地元産婦人科（江東区）によると、同産婦人科にかかっていた患者の転院搬送に関し、同産婦人科が19時頃から、都立墨東病院を含め8医療機関に連絡したが、受入可能な病院が見つからず、都立墨東病院に再度要請したとのこと。

○ 都立墨東病院における対応は、以下のとおり。

10月4日（土）

19:00頃 地元産婦人科医師より、「母体搬送の受入れ可否」の問合せあり。当直医師が「土日は基本的に母体搬送を受け入れていない」と回答。他の周産期センターに依頼した方が迅速かつ適切に対応できるとの判断から、受入可能な医療機関名を伝達。

19:45頃 再度、地元産婦人科医師より母体搬送依頼あり。

※ 他医療機関の受入れが困難だったと聞いたこと、下痢、嘔吐、頭痛等の症状が増悪している状況のため、バックアップの産科部長に緊急登院を要請

20:00頃 地元産婦人科へ母体搬送受入可能と連絡

20:18 救急車で墨東病院到着（救急車内で意識レベル低下）

20:30頃 脳卒中が疑われたため、脳外科当直医が対応

21:41 帝王切開術により児娩出

※ 児の救命のため先行（御家族同意）

22:24 頭部の血腫除去手術を開始

10月5日（日）

1:28 頭部手術終了

10月7日（火）

20:31 死亡確認（直接死因 脳出血）

(2) 墨東病院産科（総合周産期母子医療センター）の現状

- 6月30日にシニアレジデントが1名退職したことから、毎日当直体制の維持が困難となり、7月1日から土日当直が1名体制となった。
- このため、7月1日から土日の救急受入れを制限することにした。これに際しては、都内周産期センターに十分説明し、協力を依頼するとともに、すみだ・江東区・江戸川区産婦人科医会及び会員に対し、周知を行った。

2. 対応

(1) 実態把握

- ・ 医療機関等に対する実地調査
厚生労働省と東京都において、都立墨東病院等に対する実地調査を行い、今回の事案の事実確認、救急医療受入体制等についてヒアリング
【10月24日～31日 以下に対してヒアリングを実施】
都立墨東病院、江戸川区医師会、慶応義塾大学病院、順天堂大学医学部附属順天堂医院、日本赤十字社医療センター、東京慈恵会医科大学附属青戸病院、日本大学医学部附属板橋病院、東京慈恵会医科大学附属病院、東京大学医学部附属病院、かかりつけ産婦人科医院
- ・ 周産期母子医療センターに対する緊急アンケート調査
全国の周産期母子医療センターに対し、医師数、医師の当直体制等についてアンケート調査

(2) 当面の対応

- ・ 以下の事項に関する改善等を都道府県に要請（10月27日付け医政局指導課長・雇児局母子保健課長連名通知）
 - ① 周産期母子医療センターの運用
 - ② 周産期救急情報システム及び救急医療情報システムの運用
 - ③ 周産期医療体制の確保

(3) 今後の対応（実態把握等を踏まえ対応）

- ・ 救急医療と産科・周産期医療の連携
- ・ 産科医の確保



医政指発第1027001号
雇児母発第1027001号
平成20年10月27日

各都道府県

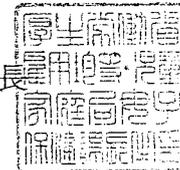
衛生主管部(局)長 殿

母子保健主管部(局)長 殿

厚生労働省医政局指導課長



厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長



東京都の妊婦死亡事案を受けた周産期救急医療体制の確保について

本年10月に、東京都において産科救急患者が死亡するという事案が発生した。厚生労働省としては、直ちに、医療機関の関係者から事実関係の聴取等を行うことにより、本事案の検証に努めているところである。

本事案も踏まえ、各都道府県の衛生主管部(局)及び母子保健主管部(局)におかれては、周産期母子医療センターにおける診療体制の確保、院内の周産期医療部門と救急医療部門の連携の確保、地域の医療機関(地域周産期医療関連施設、救命救急センター等)との連携の確保等を図り、産科救急患者の受入れが確実に行われるよう格段の配慮をお願いする。

については、下記の対応をお願いするとともに、厚生労働省において、医療提供体制の確保等に関する支援策として、平成20年度予算及び平成20年度補正予算において別添1の予算措置を設け、平成21年度予算概算要求において別添2の予算措置を盛り込んでいるところであるので、積極的に活用するようお願いする。

また、周産期疾患に係る特例病床(病床過剰地域であっても特例的に整備できる病床)について、母体胎児集中治療病室(MFICU)又は新生児集中治療病室(NICU)に対象が限定されていたが、医療法施行規則の一部を改正する省令(平成20年厚生労働省令第50号)により、本年4月1日から、その対象となる病床の範囲が拡大されているので、留意されたい(別添3『医療法施行規則第30条の32の2第1項に規定する特定の病床等の特例について』の一部改正について)(平成20年3月26日付け医政指発第0326002号)参照)。

記

1 周産期母子医療センターの運用について

管内の総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターに対し、

- ① 診療体制（医師の当直体制等）
- ② 院内の周産期医療部門と救急医療部門の連携状況
- ③ 地域の医療機関（地域周産期医療関連施設、救命救急センター等）との連携状況（機能分担及び業務連携の状況、転送患者の受入れの状況、診療情報の共有状況等）

について各センターにおいて確認し、必要があれば、改善計画を各センターにおいて策定するよう、求めること。また、その達成に向け、周産期医療協議会を活用するとともに、各都道府県におかれては格段の支援をお願いしたい。

2 周産期救急情報システム及び救急医療情報システムの運用について

周産期救急情報システム及び救急医療情報システムの運用状況（更新頻度、入力情報、両システムの連携等）を確認した上で、必要があれば、適切に改善するよう検討を行うこと。

3 周産期医療体制の確保

医療計画における周産期医療の医療連携体制が実際に適切に機能しているかについて、関係者からの聴取り等により確認を行うこと。また、産科医の確保に係る方策について、短時間正規雇用や交代勤務制等の導入の支援、医師事務作業補助者の導入の支援、院内保育所の整備の支援、女性医師の復職のための研修の支援、医療機能の集約・再編による医師の確保、医療対策協議会の調整に基づく医師不足地域に対する医師派遣等について検討をお願いしたい。

4 確認結果及び改善計画の報告

1及び2の確認結果については、平成20年11月4日（火）までに、1の改善計画及び3の確認結果については、同年11月28日（金）までに、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長あてに報告するようお願いする（様式は別途送付する）。なお、1の確認結果及び改善計画については、周産期母子医療センターから都道府県を通じて報告するようお願いする。

おって、本報告内容については公表することがあり得ることを申し添える。

平成 20 年度予算の概要

(医政局関係)

一定の地域や診療科において、医師不足が深刻になっている状況から、国民が安心して地域において必要な医療が受けられるよう、「緊急医師確保対策」に基づき、医師派遣システムの構築、病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備、医療リスクに対する支援体制の整備等、実効性のある医師確保対策の更なる推進を図る。

1. 医師派遣システムの構築 21 億円

- 医師派遣体制の構築・推進 6.6 億円
 - ・ 都道府県が医療対策協議会における検討に基づき実施する医師派遣に対する支援
 - ・ 国レベルで緊急臨時的な医師派遣を行う体制の整備
- 医師派遣に協力する病院の診療体制の強化 1.5 億円
 - ・ 国や都道府県の決定した医師派遣に協力する病院の診療体制の強化等を行うために必要な経費を補助する事業の創設

2. 小児科・産科をはじめとする病院勤務医の勤務環境の整備等 5.3 億円

- 医師交代勤務導入等による勤務環境の整備 4.8 億円
 - ・ 交代制勤務、変則勤務制等を導入する病院への補助事業の創設
 - ・ 病院勤務医の事務を補助する医療補助者の配置を推進
- 産科医療機関への支援 1.2 億円
 - ・ 産科医療機関が減少している現状にかんがみ、産科医療機関への財政的支援を実施する補助事業の創設
- 助産師の活用 1.6 億円
 - ・ 産科を有する病院・診療所における「院内助産所」等の設置を支援する事業の創設

- 小児救急病院における診療体制の確保等 30億円
 - ・小児の二次救急医療を担う病院の休日夜間における診療体制や小児救急電話相談事業（#8000）の確保等

3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備 21億円

- 医師再就業支援事業（女性医師バンク） 1.6億円
 - ・女性医師バンクの体制の充実を図り、女性のライフステージに応じた就労の支援等の実施
- 女性医師の復職研修支援の推進 3.9億円
 - ・女性医師の復職に向けて病院等で行われる研修等を支援する事業の創設
- 病院内保育所運営事業 1.5億円
 - ・女性医師等が子育てと診療等の両立のための支援が推進されるよう事業の拡充等

4. 医師不足地域における研修の支援等 6.1億円

- ・都市部の臨床研修病院の研修医が一定期間医師不足地域等で研修を行うことへの支援や、医師不足地域等における研修医の確保が容易となる事業の創設及び医師不足地域等における指導医に係る経費について重点的な支援を行うことによる地域医療体制の確保等

5. 医療リスクに対する支援体制の整備 2億円

- ・産科医療補償制度創設後における一定の支援、診療行為に係る死因究明制度の構築に向けたモデル事業の拡充等

（母子保健対策関係）

1. 母子保健医療対策等総合支援事業（統合補助金）

- 周産期医療ネットワークの推進 47.8億円の内数
 - ・一般の産科病院等と高次の医療機関とのネットワークの構築により、母体・胎児が危険な妊産婦や低出生体重児等に適切な医療を提供する。また、NICUに長期入院している児童について望ましい療養・療育環境への円滑な移行を図るためのコーディネーターを配置する。

- 健やかな妊娠・出産等サポート事業の実施 47.8億円の内数
NICUから在宅への移行支援などの健やかな妊娠・出産等をサポートする先駆的な取組に対する助成及び他の自治体の取組を促進させるための情報提供を実施する。

2. 母子保健医療施設・設備整備事業 27.8億円の内数
(医政局・医療提供体制整備交付金等に一括計上)

- ・妊娠時期から出産、小児期に至るまでの高度な医療を提供するため、新生児集中治療管理室(NICU)の整備を含む小児医療施設の整備や母体・胎児集中治療管理室(MFICU)の整備を含む周産期医療施設の整備を図る。

平成20年度補正予算の概要

(医療提供体制関係)

1. 医師派遣の推進

医師派遣緊急促進事業 59.2億円

- 都道府県医療対策協議会の派遣調整に基づき、医師派遣を行う医療機関に対して、医師派遣の対価の一部に相当する額を助成。

2. 救急医療の充実強化

管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援事業 5.8億円

- 平時から地域全体の医療機関の専門性に関する情報を共有し、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関・診療科へ患者を紹介する体制を整備するため、医師等の人材確保、空床確保に必要な費用の一部を助成。

3. 勤務医の勤務環境改善

(1) 医師事務作業補助者設置事業 6.8億円

- 医療機関への医師事務作業補助者の設置・充実を図り、勤務医の業務負担を軽減し本来業務に専念させるため、医師事務作業補助者の専門研修参加に係る代替職員の雇い上げに必要な経費の一部を助成。

(2) 短時間正規雇用支援事業 4.7億円

- 特に女性医師の離職の防止・復職支援のため、短時間正規雇用を導入する医療機関に対し代替職員の雇い上げに必要な費用の一部を助成。

(3) 病院内保育所施設整備事業（老朽化施設等の改築経費） 1.6億円

- 女性医師及び看護職員等の離職の防止・復職支援のため、病院内保育所の保育環境の改善を図るための病院内保育所の改築工事に対し必要な費用の一部を助成。

平成21年度概算要求の概要

(医政局関係)

救急や産科・小児科医療など地域医療とその担い手を守り、国民医療に対する不安を解消

- 救急医療を担う医師の支援 41億円
 - ・ 救急医療の中でも特に過酷な夜間・休日の救急を担う勤務医の手当への財政的支援 《新規》

- 救急医療の充実 85億円
 - ・ 小児初期救急センター等の運営支援 《新規》
 - ・ 第二次救急医療を担う医療機関の運営に対する救急患者の受け入れ実績を踏まえた支援 《新規》
 - ・ 第三次救急医療を担う救命救急センターの整備推進

- 管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援 38億円
 - ・ 平時から地域全体の医療機関の専門性について情報共有し、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関・診療科へ患者を振り分ける体制を整備 《新規》

- 患者・家族対話の推進 5.9億円
 - ・ 住民に対する医療の公共性や不確実性に関する認識の普及、医療従事者と国民との間の相互理解の推進等地域における意見交換の場の設置 《一部新規》

- ドクターヘリ導入の促進 21億円
 - ・ ドクターヘリ事業の推進により、早期治療の開始と迅速な搬送による救命率の向上を図る

- 産科医療の確保 49億円
 - ・ 地域でお産を支えている産科医の手当への財政的支援 《新規》
 - ・ 出生数の少ない地域における産科医療機関の運営などに対する補助

- 女性医師・看護師等の離職防止・復職支援 55億円
 - ・ 医療機関に勤務する女性医師・看護師等の乳幼児の保育に対する相談や

- 保育に当たる者の紹介 《新規》
- ・ 病院内保育所の運営等に対する補助

医師養成数を増やし、勤務医の過重労働も改善して、医師不
問題に的確に対応

- へき地医療を担う医師等の支援 19億円
 - ・ へき地に派遣される医師の移動などに要する手当への財政的支援や医師確保困難地域への医師派遣の実施への支援 《新規》
- 臨床研修病院への支援 16億円
 - ・ 医師不足問題が深刻な地域や産科・小児科・救急医療等への貢献を行う臨床研修病院等において、医師の研修派遣及び外部講師の招へいに必要な経費等を支援することにより、臨床研修の質を確保しつつ、研修医の都市集中の是正を促進 《一部新規》
- 勤務医等の勤務状況の改善・業務負担の軽減 33億円
 - ・ 短時間正規雇用や交代勤務制・変則勤務制等の導入促進を図るため、導入する病院に対し、代替職員の雇い上げに必要な経費を支援 《一部新規》
- 医師と看護師等の役割分担・協働の推進 31億円
 - ・ 医師と看護師等の役割分担と協働の推進を図るための研修を実施し、医師が本来業務に専念できる体制を構築 《新規》
 - ・ 産科医の負担を軽減し、助産師がチームとして産科医等と連携して活躍できるよう、院内助産所・助産師外来開設のための研修を実施

医療リスクに対する支援体制の整備

- 補償制度・医療事故における死因究明 5.3億円
 - ・ 医師等が萎縮することなく医療を行える環境を整備するため、医療事故における死亡の死因究明・再発防止を行う仕組みの検討や、出産に起因して重度脳性まひとなった者への速やかな補償を行うなど産科医療補償制度(H21.1開始予定)の円滑な運用を進める

(母子保健対策関係)

1. 母子保健医療対策等総合支援事業 (統合補助金)

(1) 周産期医療体制の整備 61.5億円の内数

一般の産科病院等と高次の医療機関とのネットワークを構築し、総合周産期母子医療センター等において母体・胎児が危険な妊産婦や低出生体重児等に適切な医療を提供する。

(2) 地域周産期母子医療センター運営事業の創設 (新規)

61.5億円の内数

地域において、出産前後の集中管理が必要な母体及び胎児、新生児の一貫した管理を行う比較的高度な医療を提供する「地域周産期母子医療センター」に対して運営費の一部を助成する。

※ 対象となる「地域周産期母子医療センター」

母体・胎児集中治療管理室 (MFICU)、新生児集中治療管理室 (NICU) をそれぞれ3床以上有し、かつ、診療報酬上のハイリスク分娩管理加算が算定できる施設

2. 母子保健医療施設・設備整備事業 563億円の内数
(医政局・医療提供体制整備交付金等に一括計上)

妊娠時期から出産、小児期に至るまでの高度な医療を提供するため、新生児集中治療管理室 (NICU) の整備を含む小児医療施設の整備や母体・胎児集中治療管理室 (MFICU) の整備を含む周産期医療施設の整備を図る。



(別添3)

医政指発第0326002号

平成20年3月26日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局指導課長

「医療法施行規則第30条の32の2第1項に規定する
特定の病床等の特例について」の一部改正について

医療計画の基準病床数制度における、病床過剰地域であっても特例的に整備できる病床（以下「特例病床」という。）については、医療法施行規則の一部を改正する省令（平成20年厚生労働省令第50号）が別添1のとおり本年3月26日に公布され、対象となる病床の範囲が同年4月1日から拡大されることである。

当該改正の趣旨及び内容は下記のとおりであるので御了知いただくとともに、特例病床の運用に係る留意事項を定めた標記通知（平成10年7月24日付け指導課長通知）を別添2のとおり改正するので、その運用に遺憾のないよう特段の御配慮をいただき、本通知について、貴管下保健所設置市、特別区、関係団体等に対し周知願いたい。

記

第一 改正の趣旨

1 周産期疾患

現在、周産期疾患に係る特例病床については、母体胎児集中治療病室（MFICU）又は新生児集中治療病室（NICU）に限って対象とされているところ。

しかしながら、後方病床の不足等により NICU からの退院に支障を来していることや、分娩取扱施設の減少により地域の産科医療の確保が課題となっていることなどから、対象となる病床の範囲を拡大し、より適切な周産期医療体制の確保を図るものである。

2 治験

現在、治験に係る特例病床については、患者以外の被験者に対する臨床試験（第Ⅰ相）を行う病床に限って対象とされているところ。

今般、構造改革特区に係る第12次提案において、患者を被験者とする臨床試験（第Ⅱ相及び第Ⅲ相）を行う病床も特例の対象とするよう求める提案があったことも踏まえ、対象となる病床の範囲を拡大し、国内における治験の推進を図るものである。

第二 改正内容

1 周産期疾患

(1) 特例病床として、専ら周産期疾患に関し診断・治療・調査研究・研修を行う病院又は診療所の病床のうち、MFICU・NICUに限るものを対象としていたところ、病床の範囲を拡大し、周産期疾患に係る病床を対象とする。

(2) (1)以外の病院又は診療所にあつては、地域において必要とされる周産期医療の機能を有する場合、当該機能に係る病床を特例病床の対象とする。

2 治験

特例病床として、治験のうち患者以外の被験者に対する臨床試験を行う病床を対象としていたところ、患者を被験者とする臨床試験を行う病床まで拡大し、治験全体に係るものを対象とする。

3 その他

特例病床の対象となる神経難病について、その内容を現時点で指定されているものに更新する。

官報

(号外)
独立行政法人国立印刷局

目次

〔政 令〕

- 国会議員の選挙等の執行経費の基準に関する法律施行令の一部を改正する政令(六五)
- 厚生労働省組織令の一部を改正する政令(六六)
- 一般職の職員の給与に関する法律等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係政令の整備に関する政令(六七)
- 非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令の一部を改正する政令(六八)
- 消費生活用製品安全法の一部を改正する法律の施行期日を定める政令(六九)
- 消費生活用製品安全法施行令の一部を改正する政令(七〇)
- 外国為替令及び輸出貿易管理令の一部を改正する政令(七一)
- 厚生年金保険法施行令等の一部を改正する政令(七二)

〔省 令〕

- 厚生年金保険法施行規則等の一部を改正する省令(厚生労働四八)
- 医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令(同四九)

〔告 示〕

- 医療法施行規則の一部を改正する省令(同五〇)
- 保健師助産師看護師法施行規則等の一部を改正する省令(同五一)
- 輸出貿易管理令別表第一及び外国為替令別表の規定に基づき貨物又は技術を定める省令の一部を改正する省令(経済産業二一)

一七 一六 一五 一三 一三 一三

○厚生労働省令第五十号

医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第十五条第三項、第十七条、第三十条の四第七項、第四十一条の二第一項第六号並びに第五十二条第一項及び第二項並びに医療法施行令(昭和二十三年政令第二百二十六号)第五条の五の規定に基づき、医療法施行規則の一部を改正する省令を次のように定める。

平成二十年三月二十六日

厚生労働大臣 舛添 要一

医療法施行規則の一部を改正する省令

医療法施行規則(昭和二十三年厚生省令第五十号)の一部を次のように改正する。

第四章の二 医療計画(第三十条の二十八―第三十条の三十三)を「第四章の二 医療従

事者の確保等に関する施策等(第三十条の三十三の二)」に改める。

第九条の二十第一号ハ中「第九条の二十三第一号及び第十一号各号」を「第一条の十一第一

項各号及び第九条の二十三第一号」に改める。

第二十四条中第十二号を第十三号とし、同条第十一号中「診療用高エネルギー放射線発生装置」の

下に「診療用粒子線照射装置」を加え、同条第十二号とし、同条第十号中「第二十五条第二

号から第五号まで」の下に「第二十五条の二の規定により準用する場合を含む。」を加え、同条を同

条第十一号とし、同条中第九号を第十号とし、第一号から第八号までを一号ずつ繰り下げ、第一号の

次に次の一号を加える。

二 病院又は診療所に、診療の用に供する陽子線又は重イオン線を照射する装置(以下「診療用粒

子線照射装置」という。)を備えようとする場合

第二十五条の次に次の一条を加える。

(診療用粒子線照射装置の届出)

第二十五条の二 前条の規定は、診療用粒子線照射装置について準用する。

第二十六条中「第二十四条第三号」を「第二十四条第三号」に改める。

第二十七条第一項中「第二十四条第三号」を「第二十四条第四号」に改め、同条第一項中「第二十

四条第四号」を「第二十四条第五号」に改め、同条第三項中「第二十四条第五号」を「第二十四条第

六号」に改める。

第二十七条の中「第二十四条第六号」を「第二十四条第七号」に改める。

第二十八条第一項中「第二十四条第七号」を「第二十四条第八号」に改め、同条第二項中「第二十

四条第八号」を「第二十四条第九号」に改める。

第二十九条第一項中「第二十四条第九号又は第十一号」を「第二十四条第十号又は第十二号」に改

め、同条第二項中「第二十四条第十号」を「第二十四条第十一号」に改め、同条第三項中「第二十四

条第十二号」を「第二十四条第十三号」に改める。

第三十条の二の次に次の一条を加える。
(診療用粒子線照射装置の防護)

第三十条の二の二 前条の規定は、「診療用粒子線照射装置について準用する。この場合において、同条第一号中「発生管」とあるのは「照射管」と、同条第三号中「発生時」とあるのは「照射時」と、同条第四号中「診療用高エネルギー放射線発生装置使用室」とあるのは「診療用粒子線照射装置使用室」と「発生室」とあるのは「照射室」と読み替えるものとする。
第三十条の五の次に次の一条を加える。
(診療用粒子線照射装置の使用)

第三十条の五の二 前条の規定は、診療用粒子線照射装置使用室について準用する。この場合において、同条第一号中「発生時」とあるのは「照射時」と読み替えるものとする。
第三十条の十三の規定及び第三十条の十四の表エックス線装置の使用の項中「診療用高エネルギー放射線発生装置使用室」の下に、「診療用粒子線照射装置使用室」を加える。
第三十条の十四の表診療用高エネルギー放射線発生装置の使用の項の次に次の項を加える。

診療用粒子線照射装置の使用
診療用粒子線照射装置使用室
第三十条の十八第一項及び第三十条の二十一中「診療用高エネルギー放射線発生装置」の下に「診療用粒子線照射装置」を加える。
第三十条の二十二第一項第一号中「エックス線装置、診療用高エネルギー放射線発生装置」の下に「診療用粒子線照射装置」を加える。
第三十条の二十三第一項の表診療用高エネルギー放射線発生装置使用室の項の次に次の項を加える。

診療用粒子線照射装置使用室
診療用粒子線照射装置
二十マイクロシーベルト毎時
第三十条の三十一の二第一項第二号中「病床」を「当該機能に係る病床」に改め、同項第三号中「母体胎児集中治療管理又は新生児集中治療管理に係るものに限る。」を削り、同項第三号中のうち、患者以外の被験者に対する臨床試験」を削る。

第三十条の三十三の次に次の章名を付する。
第四章の三 医療従事者の確保等に関する施策等
第三十条の三十五の次に次の一条を加える。
(社会医療法人の認定要件)

第三十条の三十五の二 法第四十二条の二第一項第六号に規定する公的な運営に関する厚生労働省令で定める要件は、次の各号のいずれにも該当するものであることとする。
一 当該医療法人の運営について、次のいずれれにも該当すること。
イ 当該医療法人の理事の定数は六人以上とし、監事の定数は二人以上とする。
ロ 当該医療法人が社団である医療法人である場合にあつては当該社団である医療法人の理事及び監事は社員総会の決議によつて、当該医療法人が財団である医療法人である場合にあつては当該財団である医療法人の理事及び監事は評議員会の決議によつて選任されること。
ハ 当該医療法人が財団である医療法人である場合にあつては、当該医療法人の評議員は理事会において推薦した者につき、理事長が委嘱すること。

二 他の同一の団体(民法第三十四条の規定により設立された法人その他これに準ずるもの(以下「公益法人等」という。を除く。の理事又は使用人である者その他これに準ずる相互に密接な関係にある理事の合計数が理事の総数の三分の一を超えないものであること。監事についても、同様とすること)。

ホ その理事、監事及び評議員に対する報酬等(報酬、賞与その他の職務遂行の対価として受ける財産上の利益及び退職手当をいう。以下同じ)について、民間事業者の役員報酬等及び従業員給与、当該医療法人の経理の状況その他の事情を考慮して、不当に高額なものとならないような支給の基準を定めておかなるものであること。
ヘ その事業を行うに当たり、社員、評議員、理事、監事、使用人その他の当該医療法人の関係者に対し特別の利益を与えないものであること。
ト その事業を行うに当たり、株式会社その他の営利事業を営む者又は特定の個人若しくは団体の利益を図る活動を行う者に対し、寄附その他の特別の利益を与える行為を行わないものであること。ただし、公益法人等が行う公益目的の事業のために寄附その他の特別の利益を与える行為を行う場合は、この限りでない。
チ 当該医療法人の毎会計年度の末日における遊休財産額は、直前に終了した会計年度の損益計算書に計上する事業(法第四十二条の規定に基づき同条各号に掲げる業務として行うもの及び法第四十二条の二第一項の規定に基づき同項に規定する収益業務として行うものを除く)に係る費用の額を超えてはならないこと。
リ 他の団体の意思決定に関与することができず株式その他の財産を保有していないものであること。ただし、当該財産の保有によつて他の団体の事業活動を実質的に支配するおそれがない場合は、この限りでない。
又 当該医療法人につき法令に違反する事実、その帳簿書類に取引の全部若しくは一部を隠蔽し、又は仮装して記録若しくは記載をしていない事実その他公益に反する事実がないこと。
二 当該医療法人の事業について、次のいずれれにも該当すること。
イ 社会保険診療(租税特別措置法(昭和三十三年法律第二十六号)第二十六条第二項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和二十二年法律第五十号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によつて算出される場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね百分の十以下の場合)をいう。以下同じ)に限る)を含む)、健康増進法(平成十四年法律第百三十三号)第六条各号に掲げる健康増進事業に実施者が行う同法第四条に規定する健康増進事業(健康増進に係るものに限る。以下同じ)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限り)及び助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く)に係る収入金額(一)の分岐に係る助産に係る収入金額が五十万円を超えるときは、五十万円を限度とする)の合計額が、全収入金額の百分の八十を超えること。
ロ 自費患者(社会保険診療に係る患者又は労働者災害補償保険法に係る患者以外の患者をいう。以下同じ)に対し請求する金額が、社会保険診療報酬と同一の基準により計算されること。
ハ 医療診療(社会保険診療、労働者災害補償保険法に係る診療及び自費患者に係る診療をいう)により収入する金額が、医師、看護師等の給与、医療の提供に要する費用(医薬費を含む)等患者のために直接必要な経費の額に百分の百五十を乗じて得た額の範囲内であること。
ニ 前項第一号中に規定する遊休財産額は、当該医療法人の業務のために現に使用されておらず、引き続き使用されることが見込まれない財産の価額の合計額として、直前に終了した会計年度の貸借対照表に計上する当該医療法人の保有する資産の総額から次に掲げる資産のうち保有する資産の明細表に記載されたものの帳簿価額の合計額を控除した額に、純資産の額(貸借対照表上の資産の額から負債の額を控除して得た額をいう)の資産の総額から次に掲げる資産のうち保有する資産の額を控除して得た額をいう)の資産の総額を乗じて得た額とする。
一 当該医療法人が開設する病院、診療所又は介護老人保健施設の業務の用に供する財産
二 法第四十二条各号に規定する業務の用に供する財産
三 法第四十二条の二第一項に規定する収益業務の用に供する財産
四 前三号の業務を行うために保有する財産(前三号に掲げる財産を除く)。
五 第一号から第三号までに定める業務を行うための財産の取得又は改良に充てるために保有する資金
六 将来の特定の事業(定款又は寄附行為に定められた事業に限る)の実施のために特別に支出する費用に係る支出に充てるために保有する資金

第三十条の三十六の見出しを「社会医療法人に係る認定の申請事項」に改め、同条第二項第二号中「申請時の直近に終了した」を「法第四十一条の二第一項第五号の厚生労働大臣が定める基準に係る」に、「法第四十二条の二第一項第五号」を「同号」に改める。

第三十条の三十七第一項中「昭和三十三年法律第二十六号」を削る。
第三十三条の二中「説明する書類」の下に、「第三十条の三十五の二第一項第一号ホに規定する支給の基準を定めた書類及び同条第二項に規定する保有する資産の明細表」を加える。

第三十三条の二十第一項、第三十三条の二十二及び第三十三条の二十三第一項の規定中「法第五十四條の七において」の下に「読み替えて」を加える。

別表第一第二の項第一号イ(1)、ロ(1)及びハ(1)を次のように改める。

- (1) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の専門性に関する資格の種類として厚生労働大臣が定めるもの及びその種類毎の人数

附 則

(施行期日)
第一条 この省令は、平成二十年四月一日から施行する。

(経過措置)
第二条 この省令の施行の日から二年間は、医療法施行規則別表第一に掲げる事項のうち、同表第二の項第一号イ(1)、ロ(1)及びハ(1)に定める事項については、この省令による改正前の同号イ(1)、ロ(1)及びハ(1)に定める事項とすることができる。

第三条 この省令の施行の際、この省令による改正後の医療法施行規則第二十四条第一項第二号に規定する診療用粒子線照射装置を現に備えている病院又は診療所の管理者は、同令第二十五条の規定により準用する同令第二十五条の規定にかかわらず、この省令の施行後一月以内に、医療法施行規則第二十五条の二の規定により準用する同令第二十五条各号に掲げる事項を病院又は診療所の所在地の都道府県知事に届け出なければならない。

新旧対照条文

○「医療法施行規則第30条の32の2第1項に規定する特定の病床等の特例について」(平成10年7月24日厚生省健康政策局指導課長通知)

(下線の部分は改正部分)

改正後	現行
<p>各都道府県衛生主管部(局)長 殿</p> <p style="text-align: right;">厚生省健康政策局指導課長</p> <p style="text-align: center;">医療法施行規則第30条の32の2第1項に規定する 特定の病床等の特例について</p> <p>(中略)</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>第1 一般的留意事項 (略)</p> <p>第2 個別留意事項</p> <p>1 第1号関係</p> <p>(1) 「専らがんその他の悪性新生物又は循環器疾患に関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院又は診療所」とは、次に掲げる事項のいずれにも該当するものであること。</p> <p>① 当該疾患に関し、国又は都道府県等の作成する医療機関に関する整備計画等に基づくものであって、専門的かつ特殊な診療機能を有する病院又は診療所(以下「病院等」という。)であること。</p> <p>② 当該疾患の診断及び治療に必要な体制を有するとともに、当該診療に関してその地域の一般の医療機関では満たし得ない特殊の機能を有する病院等であること。</p>	<p>各都道府県衛生主管部(局)長 殿</p> <p style="text-align: right;">厚生省健康政策局指導課長</p> <p style="text-align: center;">医療法施行規則第30条の32の2第1項に規定する 特定の病床等の特例について</p> <p>(中略)</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>第1 一般的留意事項 (略)</p> <p>第2 個別留意事項</p> <p>1 第1号関係</p> <p>(1) 「専らがんその他の悪性新生物又は循環器疾患に関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院」とは、次に掲げる事項のいずれにも該当するものであること。</p> <p>① 当該疾患に関し、国又は都道府県等の作成する医療機関に関する整備計画等に基づくものであって、専門的かつ特殊な診療機能を有する病院であること。</p> <p>② 当該疾患の診断及び治療に必要な体制を有するとともに、当該診療に関してその地域の一般の医療機関では満たし得ない特殊の機能を有する病院であること。</p>

- ③ 当該疾患を対象とする調査研究施設及び調査研究設備を有するとともに、当該疾患に関し相当の研究歴を有する者が常時相当数勤務することとされている等、当該疾患に関する調査研究に必要な体制を有する病院等であること。
- ④ 組織的な病歴管理が行われ、かつ病歴管理者が常時勤務することとされていること。
- ⑤ 研修室、視聴覚機器等、当該疾患に関し他の機関に所属する医療関係者の研修が実施できる施設及び設備を有する病院等であること。

(2) 「これに準ずる機能及び性格を有する病院又は診療所」とは、前記(1)に示した病院等の機能と同等の機能を有する特定の部門の病床をもつものであること。

(3) 特例の対象となる病床は、(1)に該当する病院等の病床であって当該疾患に係る病床に限るものであること。又は(2)に該当する病院等の病床のうち、当該病院等が所在する地域に高度ながん診療施設又は循環器疾患診療施設が不足している場合の高度ながん診療又は循環器疾患診療に係る病床に限るものであること。

(4) 「高度ながん診療又は循環器疾患診療を行う病院の当該機能」とは、次に掲げる医療機能のいずれかに該当するものであること。

- ① 進行悪性腫瘍の集学的治療、進行悪性腫瘍の手術、骨髄移植、リニアックによる放射線治療等
- ② 開心術、冠動脈バイパス手術、大血管手術、経皮的冠動脈形成術、血管内手術、脳卒中急性期の集学的治療、脳動脈瘤根治術等

2 第2号関係

(1) 「専ら小児疾患に関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院又は診療所」とは、次に掲げる事項のいずれにも該

- ③ 当該疾患を対象とする調査研究施設及び調査研究設備を有するとともに、当該疾患に関し相当の研究歴を有する者が常時相当数勤務することとされている等、当該疾患に関する調査研究に必要な体制を有する病院等であること。
- ④ 組織的な病歴管理が行われ、かつ病歴管理者が常時勤務することとされていること。
- ⑤ 研修室、視聴覚機器等、当該疾患に関し他の機関に所属する医療関係者の研修が実施できる施設及び設備を有する病院等であること。

(2) 「これに準ずる機能及び性格を有する病院」とは、前記(1)に示した病院の機能と同等の機能を有する特定の部門の病床をもつものであること。

(3) 特例の対象となる病床は、(1)に該当する病院の病床であって当該疾患に係る病床に限るものであること。又は(2)に該当する病院の病床のうち、当該病院が所在する地域に高度ながん診療施設又は循環器疾患診療施設が不足している場合の高度ながん診療又は循環器疾患診療に係る病床に限るものであること。

(4) 「高度ながん診療又は循環器疾患診療を行う病院の当該機能」とは、次に掲げる医療機能のいずれかに該当するものであること。

- ① 進行悪性腫瘍の集学的治療、進行悪性腫瘍の手術、骨髄移植、リニアックによる放射線治療等
- ② 開心術、冠動脈バイパス手術、大血管手術、経皮的冠動脈形成術、血管内手術、脳卒中急性期の集学的治療、脳動脈瘤根治術等

2 第2号関係

(1) 「専ら小児疾患に関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院」とは、次に掲げる事項のいずれにも該当するもの

当するものであること。

- ① 当該疾患に関し、国又は都道府県等の作成する医療機関に関する整備計画等に基づくものであって、専門的かつ特殊な診療機能を有する病院等であること。
- ② 当該疾患の診断及び治療に必要な体制を有するとともに、当該診療に関してその地域の一般の医療機関では満たし得ない特殊の機能を有する病院等であること。
- ③ 当該疾患を対象とする調査研究施設及び調査研究設備を有するとともに、当該疾患に関し相当の研究歴を有する者が常時相当数勤務することとされている等、当該疾患に関する調査研究に必要な体制を有する病院等であること。
- ④ 組織的な病歴管理が行われ、かつ病歴管理者が常時勤務することとされていること。
- ⑤ 研修室、視聴覚機器等、当該疾患に関し他の機関に所属する医療関係者の研修が実施できる施設及び設備を有する病院等であること。

(2) 「これに準ずる機能及び性格を有する病院又は診療所」とは、前記(1)に示した病院等の機能と同等の機能を有する特定の部門の病床をもつものであること。

(3) 特例の対象となる病床は、(1)又は(2)に該当する病院等の病床のうち、当該疾患に係る病床に限るものであること。

3 第3号関係

(1) 「専ら周産期疾患に関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院又は診療所」とは、次に掲げる事項のいずれにも該当するものであること。

- ① 当該疾患に関し、国又は都道府県等の作成する医療機関に関する整備計画等に基づくものであって、専門的かつ特殊な診療機能を有

であること。

- ① 当該疾患に関し、国又は都道府県等の作成する医療機関に関する整備計画等に基づくものであって、専門的かつ特殊な診療機能を有する病院であること。
- ② 当該疾患の診断及び治療に必要な体制を有するとともに、当該診療に関してその地域の一般の医療機関では満たし得ない特殊の機能を有する病院であること。
- ③ 当該疾患を対象とする調査研究施設及び調査研究設備を有するとともに、当該疾患に関し相当の研究歴を有する者が常時相当数勤務することとされている等、当該疾患に関する調査研究に必要な体制を有する病院であること。
- ④ 組織的な病歴管理が行われ、かつ病歴管理者が常時勤務することとされていること。
- ⑤ 研修室、視聴覚機器等、当該疾患に関し他の機関に所属する医療関係者の研修が実施できる施設及び設備を有する病院であること。

(2) 「これに準ずる機能及び性格を有する病院」とは、前記(1)に示した病院の機能と同等の機能を有する特定の部門の病床をもつものであること。

(3) 特例の対象となる病床は、(1)又は(2)に該当する病院の病床のうち、当該疾患に係る病床に限るものであること。

3 第3号関係

(1) 「専ら周産期疾患に関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院」とは、次に掲げる事項のいずれにも該当するものであること。

- ① 当該疾患に関し、国又は都道府県等の作成する医療機関に関する整備計画等に基づくものであって、専門的かつ特殊な診療機能を有

- する病院等であること。
- ② 当該疾患の診断及び治療に必要な体制を有するとともに、当該診療に関してその地域の一般の医療機関では満たし得ない特殊の機能を有する病院等であること。
- ③ 当該疾患に関する調査又は研究に必要な体制を有する病院等であること。
- ④ 組織的な病歴管理が行われ、かつ病歴管理者が常時勤務することとされていること。
- ⑤ 研修室、視聴覚機器等、当該疾患に関し他の機関に所属する医療関係者の研修が実施できる施設及び設備を有する病院等であること。

(2) 平成17年8月23日雇児発第0823001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知「母子保健医療対策等総合支援事業の実施について」に基づく総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターは、(1)に該当するものであること。

(3) 「これに準ずる機能及び性格を有する病院又は診療所」とは、(1)以外の病院等であって、その地域において必要とされる周産期医療の機能を有するものであること。

(4) 特例の対象となる病床は、(1)に該当する病院等にあつては、当該疾患に係る病床であること、(3)に該当する病院等にあつては、その地域において必要とされる周産期医療の機能に係る病床であること。

する病院であること。

- ② 当該疾患の診断及び治療に必要な体制を有するとともに、当該診療に関してその地域の一般の医療機関では満たし得ない特殊の機能を有する病院であること。
- ③ 当該疾患を対象とする調査研究施設及び調査研究設備を有するとともに、当該疾患に関し相当の研究歴を有する者が常時相当数勤務することとされている等、当該疾患に関する調査研究に必要な体制を有する病院であること。
- ④ 組織的な病歴管理が行われ、かつ病歴管理者が常時勤務することとされていること。
- ⑤ 研修室、視聴覚機器等、当該疾患に関し他の機関に所属する医療関係者の研修が実施できる施設及び設備を有する病院であること。

(2) 「これに準ずる機能及び性格を有する病院」とは、前記(1)に示した病院の機能と同等の機能を有する特定の部門の病床をもつものであること。

(3) 特例の対象となる病床は、(1)又は(2)に該当する病院の病床のうち、母体胎児集中治療管理又は新生児集中治療管理機能をもつ病室の病床に限るものであること。

(4) 「母体胎児集中治療管理」とは、合併症妊娠、重症妊娠中毒症、切迫流産等の母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠を対象として、分娩監視装置、呼吸循環監視装置等の必要な設備を有し、常時、集中

4 第4号関係

- (1) 「専らリハビリテーションに関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院又は診療所」とは、次に掲げる事項のいずれにも該当するものであること。
- ① リハビリテーションに関し、国又は都道府県等の作成する医療機関に関する整備計画等に基づくものであって、専門的かつ特殊な診療機能を有する病院等であること。
 - ② リハビリテーションの診断及び治療に必要な専用の施設及び設備を有するとともに、当該診療に関してその地域の一般の医療機関では満たし得ない特殊の機能を有する病院等であること。
 - ③ 理学療法、作業療法を主に担当する医師並びに相当数の理学療法士及び作業療法士がそれぞれ勤務することとされていること。
 - ④ リハビリテーションに関する調査研究施設及び調査研究設備を有するとともに、リハビリテーションに関し相当の研究歴を有する者が常時相当数勤務することとされている等、リハビリテーションに関する調査研究に必要な体制を有する病院等であること。
 - ⑤ 組織的な病歴管理が行われ、かつ病歴管理者が常時勤務することとされていること。
 - ⑥ 研修室、視聴覚機器等、リハビリテーションに関し他の機関に所属する医療関係者の研修が実施できる施設及び設備を有する病院等であること。
- (2) 「これに準ずる機能及び性格を有する病院又は診療所」とは、前記(1)に示した病院等の機能と同等の機能を有する特定の部門の病床

的な治療、分娩管理を行うことのできる体制をいうものであること。
また、「新生児集中治療管理」とは、高度の先天奇形、重度黄疸、未熟児等の新生児に対する医療を対象として、救急蘇生装置、新生児用呼吸循環監視装置等の必要な設備を有し、常時集中的な治療を行うことのできる体制をいうものであること。

4 第4号関係

- (1) 「専らリハビリテーションに関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院」とは、次に掲げる事項のいずれにも該当するものであること。
- ① リハビリテーションに関し、国又は都道府県等の作成する医療機関に関する整備計画等に基づくものであって、専門的かつ特殊な診療機能を有する病院であること。
 - ② リハビリテーションの診断及び治療に必要な専用の施設及び設備を有するとともに、当該診療に関してその地域の一般の医療機関では満たし得ない特殊の機能を有する病院であること。
 - ③ 理学療法、作業療法を主に担当する医師並びに相当数の理学療法士及び作業療法士がそれぞれ勤務することとされていること。
 - ④ リハビリテーションに関する調査研究施設及び調査研究設備を有するとともに、リハビリテーションに関し相当の研究歴を有する者が常時相当数勤務することとされている等、リハビリテーションに関する調査研究に必要な体制を有する病院であること。
 - ⑤ 組織的な病歴管理が行われ、かつ病歴管理者が常時勤務することとされていること。
 - ⑥ 研修室、視聴覚機器等、リハビリテーションに関し他の機関に所属する医療関係者の研修が実施できる施設及び設備を有する病院であること。
- (2) 「これに準ずる機能及び性格を有する病院」とは、前記(1)に示した病院の機能と同等の機能を有する特定の部門の病床をもつもので

をもつものであること。

(3) 特例の対象となる病床は、(1)又は(2)に該当する病院等の病床のうち、発達障害児の早期リハビリテーションその他の特殊なリハビリテーションに係る病床に限るものであること。

(4) 「発達障害児の早期リハビリテーション」とは、低出生体重児を中心とした発達障害が認められる乳幼児を主に対象とし、医療機関において医師、理学療法士及び作業療法士が、障害に応じて早期より発達支援を行うものであること。

5 第5号関係

(1) 「救急医療体制において不可欠な診療機能を有する病院又は診療所」とは、入院治療を必要とする重症救急患者の医療を担当する二次救急医療機関及び複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対し、高度な医療を総合的に提供する三次救急医療機関に該当する病院等をいうものであること。

(2) 特例の対象となる病床は、当該病院等の病床のうち、専ら救急医療を必要とする救急患者を収容し、治療を行うために確保される病床（精神科救急病室（P I C U）の病床を含む）に限るものであること。

6 第6号関係

(1) 「アルコールその他の薬物による中毒性精神疾患、老人性精神疾患、小児精神疾患その他厚生労働大臣の定める疾患に関し、特殊の診療機能を有する病院」とは、当該疾患の診断及び治療に必要な体制を有するとともに、その地域の一般の医療機関では満たし得ない特殊の診療機能を有するものであって、当該疾患の診断及び治療に関し相当期間従事している医師が常時複数勤務することとされている病院をいうものであること。

あること。

(3) 特例の対象となる病床は、(1)又は(2)に該当する病院の病床のうち、発達障害児の早期リハビリテーションその他の特殊なリハビリテーションに係る病床に限るものであること。

(4) 「発達障害児の早期リハビリテーション」とは、低出生体重児を中心とした発達障害が認められる乳幼児を主に対象とし、医療機関において医師、理学療法士及び作業療法士が、障害に応じて早期より発達支援を行うものであること。

5 第5号関係

(1) 「救急医療体制において不可欠な診療機能を有する病院」とは、入院治療を必要とする重症救急患者の医療を担当する二次救急医療機関及び複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対し、高度な医療を総合的に提供する三次救急医療機関に該当する病院をいうものであること。

(2) 特例の対象となる病床は、当該病院の病床のうち、専ら救急医療を必要とする救急患者を収容し、治療を行うために確保される病床（精神科救急病室（P I C U）の病床を含む）に限るものであること。

6 第6号関係

(1) 「アルコールその他の薬物による中毒性精神疾患、老人性精神疾患、小児精神疾患その他厚生労働大臣の定める疾患に関し、特殊の診療機能を有する病院」とは、当該疾患の診断及び治療に必要な体制を有するとともに、その地域の一般の医療機関では満たし得ない特殊の診療機能を有するものであって、当該疾患の診断及び治療に関し相当期間従事している医師が常時複数勤務することとされている病院をいうものであること。

- (2) 特例の対象となる病床は、当該病院の病床のうち、特殊の診療機能に係る病床に限るものであり、かつ、十分な医学的管理下で当該疾患患者に対しその診断及び治療を行うことができるものであること。
- (3) 「老人性精神疾患」とは老年期にみられる老人性認知症、脳血管性認知症、初老期認知症等器質性精神障害の他統合失調症様状態、躁うつ状態等の機能性精神障害がこれに含まれるものであること。なお、昭和63年7月5日健医発第785号厚生省保健医療局長通知「老人性認知症疾患治療病棟及び老人性認知症疾患デイ・ケア施設の施設整備基準について」に基づく老人性認知症疾患治療病棟の病床については、本号に該当するものであること。
- (4) 「小児精神疾患」とは児童・思春期にみられる精神障害を総称するものであり、知的障害、自閉症、登校拒否、薬物依存、神経性食欲不振症等が、これに含まれることとされていること。

7 第7号関係

- (1) 「神経難病にり患している者を入院させ当該疾病に関し、診断及び治療並びに調査研究を行う病院又は診療所」とは、次に掲げる事項のいずれにも該当するものであること。
- ① 神経難病の診断及び治療に必要な体制を有するとともに、その地域の一般の医療機関では満たし得ない特殊の診療機能を有する病院等であること。
 - ② 神経難病を対象とする調査研究施設及び調査研究設備を有するとともに、当該疾患に関し相当の研究歴を有する者が常時勤務することとされている等、当該疾患に関する調査研究に必要な体制を有する病院等であること。

- (2) 特例の対象となる病床は、当該病院の病床のうち、特殊の診療機能に係る病床に限るものであり、かつ、十分な医学的管理下で当該疾患患者に対しその診断及び治療を行うことができるものであること。
- (3) 「老人性精神疾患」とは老年期にみられる老年痴呆、脳血管性痴呆、初老期痴呆等器質性精神障害の他精神分裂病様状態、躁うつ状態等の機能性精神障害がこれに含まれるものであること。なお、昭和63年7月5日健医発第785号厚生省保健医療局長通知「老人性痴呆疾患治療病棟及び老人性痴呆疾患デイ・ケア施設の施設整備基準について」に基づく老人性痴呆疾患治療病棟の病床及び平成3年6月26日健医発第819号同局長通知「老人性痴呆疾患療養病棟の施設整備基準について」に基づく老人性痴呆疾患療養病棟の病床については、本号に該当するものであること。
- (4) 「小児精神疾患」とは児童・思春期にみられる精神障害を総称するものであり、知的障害、自閉症、登校拒否、薬物依存、神経性食欲不振症等が、これに含まれることとされていること。

7 第7号関係

- (1) 「神経難病にり患している者を入院させ当該疾病に関し、診断及び治療並びに調査研究を行う病院」とは、次に掲げる事項のいずれにも該当するものであること。
- ① 神経難病の診断及び治療に必要な体制を有するとともに、その地域の一般の医療機関では満たし得ない特殊の診療機能を有する病院であること。
 - ② 神経難病を対象とする調査研究施設及び調査研究設備を有するとともに、当該疾患に関し相当の研究歴を有する者が常時勤務することとされている等、当該疾患に関する調査研究に必要な体制を有する病院であること。

③ 組織的な病歴管理が行われ、かつ病歴管理者が常時勤務することとされていること。

(2) 特例の対象となる病床は、当該病院等の病床のうち神経難病に係る病床に限るものであること。

(3) 「神経難病」とは、以下に掲げるものをいうものであること。

脊髄小脳変性症、シャイ・ドレーガー症候群、ウィリス動脈輪閉塞症、正常圧水頭症、多発性硬化症、重症筋無力症、ギラン・バレー症候群、フィッシャー症候群、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、多発限局性運動性末梢神経炎（ルイス・サムナー症候群）、クロウ・フカセ症候群、筋萎縮性側索硬化症、脊髄性進行性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症（Kennedy-Alter-Sung 病）、脊髄空洞症、パーキンソン病、ハンチントン病、進行性核上性麻痺、線条体黒質変性症、ペルオキシソーム病、ライソゾーム病、クロイツフェルト・ヤコブ病、ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病、致死性家族性不眠症、亜急性硬化性全脳炎、進行性多巣性白質脳症、スモン、大脳皮質基底核変性症、ミトコンドリア脳症、色素性乾皮症

8 第8号関係

(1) 「専ら末期のがんその他の悪性新生物の患者を入院させ、緩和ケアを行う病院又は診療所」とは、末期のがんその他の悪性新生物の患者で、疼痛などがん末期の諸症状に対する治療を必要とするものを入院させ、病状告知、精神的支持及び疼痛治療を行う病院等をいうものであること。

(2) 特例の対象となる病床は、当該病院等の病床のうち、末期の医療を行うに当たって必要な人員、病室及び体制を有する当該機能に係る病床に限るものであること。

③ 組織的な病歴管理が行われ、かつ病歴管理者が常時勤務することとされていること。

(2) 特例の対象となる病床は、当該病院の病床のうち神経難病に係る病床に限るものであること。

(3) 「神経難病」とは、以下に掲げるものをいうものであること。

脊髄小脳変性症、シャイ・ドレーガー症候群、ウィリス動脈輪閉塞症、正常圧水頭症、多発性硬化症、重症筋無力症、ギラン・バレー症候群、フィッシャー症候群、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、多発限局性運動性末梢神経炎（ルイス・サムナー症候群）、クロウ・フカセ症候群、筋萎縮性側索硬化症、脊髄性進行性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症（Kennedy-Alter-Sung 病）、脊髄空洞症、パーキンソン病、ハンチントン舞踏病、進行性核上性麻痺、線条体黒質変性症、ペルオキシソーム病、ライソゾーム病、クロイツフェルト・ヤコブ病、ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病、致死性家族性不眠症、亜急性硬化性全脳炎、進行性多巣性白質脳症、スモン

8 第8号関係

(1) 「専ら末期のがんその他の悪性新生物の患者を入院させ、緩和ケアを行う病院」とは、末期のがんその他の悪性新生物の患者で、疼痛などがん末期の諸症状に対する治療を必要とするものを入院させ、病状告知、精神的支持及び疼痛治療を行う病院をいうものであること。

(2) 特例の対象となる病床は、当該病院の病床のうち、末期の医療を行うに当たって必要な人員、病室及び体制を有する当該機能に係る病床に限るものであること。

9 第9号関係

(1) 「病院又は診療所の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具を当該病院又は診療所に勤務しない医師又は歯科医師の診療、研究又は研修のために利用させる病院又は診療所」とは、次に掲げる事項のいずれにも該当するものであること。

- ① 病院等の開放化に関し、医療計画等都道府県の作成する医療機関に関する整備計画に基づくものであること。
- ② 当該病院等の存在する圏域の医師又は歯科医師のすべてが病室、医療機器等の診療に係る施設設備及び研究、研修に係る施設設備を利用できるものとされていること。

(2) 特例の対象となる病床は当該病院等の病床のうち、当該病院等と直接関係しない医療機関の医師又は歯科医師が患者を入院させるとともに、当該病院等医師との相談による診療計画に基づき当該病院等におもむき、その患者に対し診療等を行うための病床として専ら確保される病床に限るものであること。

10 第10号関係

(1) 「後天性免疫不全症候群に関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院又は診療所」とは、次に掲げる事項のいずれにも該当するものであること。

- ① 当該疾患に関し、国又は都道府県等の作成する医療機関に関する整備計画等に基づくものであって、専門的かつ特殊な診療機能を有する病院等であること。
- ② 当該疾患の診断及び治療に必要な体制を有するとともに、その地域の一般の医療機関では満たし得ない特殊の診療機能を有する病院等であること。
- ③ 当該疾病を対象とする調査研究施設及び調査研究設備を有するとともに、当該疾患に関し相当の研究歴を有する者が常時勤務することとされている等、当該疾患に関する調査研究に必要な体制を有す

9 第9号関係

(1) 「病院の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具を当該病院に勤務しない医師又は歯科医師の診療、研究又は研修のために利用させる病院」とは、次に掲げる事項のいずれにも該当するものであること。

- ① 病院の開放化に関し、医療計画等都道府県の作成する医療機関に関する整備計画に基づくものであること。
- ② 当該病院の存在する圏域の医師又は歯科医師のすべてが病室、医療機器等の診療に係る施設設備及び研究、研修に係る施設設備を利用できるものとされていること。

(2) 特例の対象となる病床は当該病院の病床のうち、当該病院と直接関係しない医療機関の医師又は歯科医師が患者を入院させるとともに、当該病院医師との相談による診療計画に基づき当該病院におもむき、その患者に対し診療等を行うための病床として専ら確保される病床に限るものであること。

10 第10号関係

(1) 「後天性免疫不全症候群に関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院」とは、次に掲げる事項のいずれにも該当するものであること。

- ① 当該疾患に関し、国又は都道府県等の作成する医療機関に関する整備計画等に基づくものであって、専門的かつ特殊な診療機能を有する病院であること。
- ② 当該疾患の診断及び治療に必要な体制を有するとともに、その地域の一般の医療機関では満たし得ない特殊の診療機能を有する病院であること。
- ③ 当該疾病を対象とする調査研究施設及び調査研究設備を有するとともに、当該疾患に関し相当の研究歴を有する者が常時勤務することとされている等、当該疾患に関する調査研究に必要な体制を有す

る病院等であること。

- ④ 当該疾患に関しカウンセリングの講習を受けた医師や看護婦等が患者に対し、カウンセリングを行える体制がとられていること。
- ⑤ 組織的な病歴管理が行われ、かつ病歴管理者が常時勤務することとされていること。

(2) 特例の対象となる病床は、当該病院等の病床のうち、当該機能に係る病床に限るものであること。

11 第 11 号関係

(1) 「新興感染症又は再興感染症に関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院」とは、次に掲げる事項のいずれにも該当するものであること。

- ① 当該疾患に関し、国又は都道府県等の作成する医療機関に関する整備計画等に基づくものであって、専門的かつ特殊な診療機能を有する病院であること。
- ② 当該疾患の診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修に必要な体制を有するとともに、その地域の一般の医療機関では満たし得ない特殊の診療機能を有する病院であること。
- ③ 組織的な病歴管理が行われ、かつ病歴管理者が常時勤務することとされていること。
- ④ 当該疾患に関し、他の入院患者、職員等に感染させないための体制及び構造設備を有するものであること。

(2) 特例の対象となる病床は、当該病院の病床のうち、当該機能に係る病床に限るものであること。

(3) 「新興感染症」とは、過去 20 年間に、それまで明らかにされていなかった病原体に起因する公衆衛生上の問題となるような新たな感染症をいい、「再興感染症」とは、かつて存在した感染症で公衆衛生上

る病院であること。

- ④ 当該疾患に関しカウンセリングの講習を受けた医師や看護婦等が患者に対し、カウンセリングを行える体制がとられていること。
- ⑤ 組織的な病歴管理が行われ、かつ病歴管理者が常時勤務することとされていること。

(2) 特例の対象となる病床は、当該病院の病床のうち、当該機能に係る病床に限るものであること。

11 第 11 号関係

(1) 「新興感染症又は再興感染症に関し、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院」とは、次に掲げる事項のいずれにも該当するものであること。

- ① 当該疾患に関し、国又は都道府県等の作成する医療機関に関する整備計画等に基づくものであって、専門的かつ特殊な診療機能を有する病院であること。
- ② 当該疾患の診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修に必要な体制を有するとともに、その地域の一般の医療機関では満たし得ない特殊の診療機能を有する病院であること。
- ③ 組織的な病歴管理が行われ、かつ病歴管理者が常時勤務することとされていること。
- ④ 当該疾患に関し、他の入院患者、職員等に感染させないための体制及び構造設備を有するものであること。

(2) 特例の対象となる病床は、当該病院の病床のうち、当該機能に係る病床に限るものであること。

(3) 「新興感染症」とは、過去 20 年間に、それまで明らかにされていなかった病原体に起因する公衆衛生上の問題となるような新たな感染症をいい、「再興感染症」とは、かつて存在した感染症で公衆衛生上

ほとんど問題となつてはいなかったが、近年再び増加してきたもの、あるいは将来的に再び問題となる可能性がある感染症をいうものであること。

12 第13号関係

- (1) 「薬事法第2条第16項に規定する治験を行う病院又は診療所」とは、医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成9年厚生省令第28号）等の規定に基づき治験を実施する病院等であること。
- (2) 特例の対象となる病床は、当該病院の病床のうち、当該機能に係る病床に限るものであること。

13 第14号関係

- (1) 「診療所の病床（平成10年3月31日に現に存する病床（同日までに行われた診療所の開設の許可若しくは診療所の病床数の変更の許可の申請に係る病床又は同日までに建築基準法第6条第1項の規定により行われた確認の申請に係る診療所の病床を含む。）に限る。）を転換して設けられた療養型病床群に係る病床」とは、平成10年3月31日現在で次に掲げる事項に該当する診療所の病床を転換して療養型病床群を設置する場合に該当するものであること。
- ① 診療所を開設している者であつて当該診療所に係る病床。
 - ② 診療所の開設又は病床数の変更の許可申請をしている者であつて当該申請に係る診療所の病床。
 - ③ 診療所を開設しようとしている者であつて建築確認の申請をしている場合の当該申請に係る診療所の病床。
- (2) ここでいう転換とは、当該診療所の増改築又は同一敷地内での建て替えにより療養型病床群を設ける場合をいうものであること。

ほとんど問題となつてはいなかったが、近年再び増加してきたもの、あるいは将来的に再び問題となる可能性がある感染症をいうものであること。

12 第13号関係

- (1) 「薬事法第2条第9項に規定する治験のうち、患者以外の被験者に対する臨床試験」とは、薬事法（昭和35年法律第145号）、医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成9年厚生省令第28号）等の規定に基づき実施される治験であつて、患者以外を被験者とする第I相における臨床薬理試験を実施するものであること。
- (2) 特例の対象となる病床は、当該病院の病床のうち、当該機能に係る病床に限るものであること。

13 第14号関係

- (1) 「診療所の病床（平成10年3月31日に現に存する病床（同日までに行われた診療所の開設の許可若しくは診療所の病床数の変更の許可の申請に係る病床又は同日までに建築基準法第6条第1項の規定により行われた確認の申請に係る診療所の病床を含む。）に限る。）を転換して設けられた療養型病床群に係る病床」とは、平成10年3月31日現在で次に掲げる事項に該当する診療所の病床を転換して療養型病床群を設置する場合に該当するものであること。
- ① 診療所を開設している者であつて当該診療所に係る病床。
 - ② 診療所の開設又は病床数の変更の許可申請をしている者であつて当該申請に係る診療所の病床。
 - ③ 診療所を開設しようとしている者であつて建築確認の申請をしている場合の当該申請に係る診療所の病床。
- (2) ここでいう転換とは、当該診療所の増改築又は同一敷地内での建て替えにより療養型病床群を設ける場合をいうものであること。

(3) 改正医療法施行規則附則第7条に規定する診療所の療養型病床群に特例の適用がされるものであること。

(4) 当該特例は、第2項に規定する都道府県医療審議会の議を経て算定した数の範囲内で適用されるものであること。この場合の都道府県医療審議会の議を経て算定した数は、都道府県医療審議会の議を経て変更することができるものであること。

(3) 改正医療法施行規則附則第7条に規定する診療所の療養型病床群に特例の適用がされるものであること。

(4) 当該特例は、第2項に規定する都道府県医療審議会の議を経て算定した数の範囲内で適用されるものであること。この場合の都道府県医療審議会の議を経て算定した数は、都道府県医療審議会の議を経て変更することができるものであること。

「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

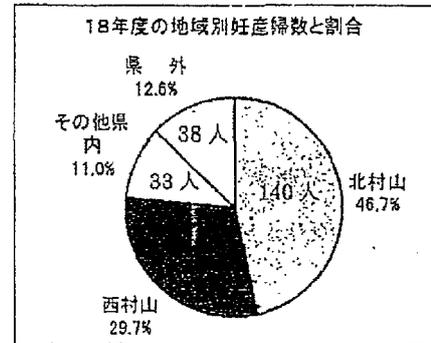
3 閉 会

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	
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	
金上山町	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

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	
		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

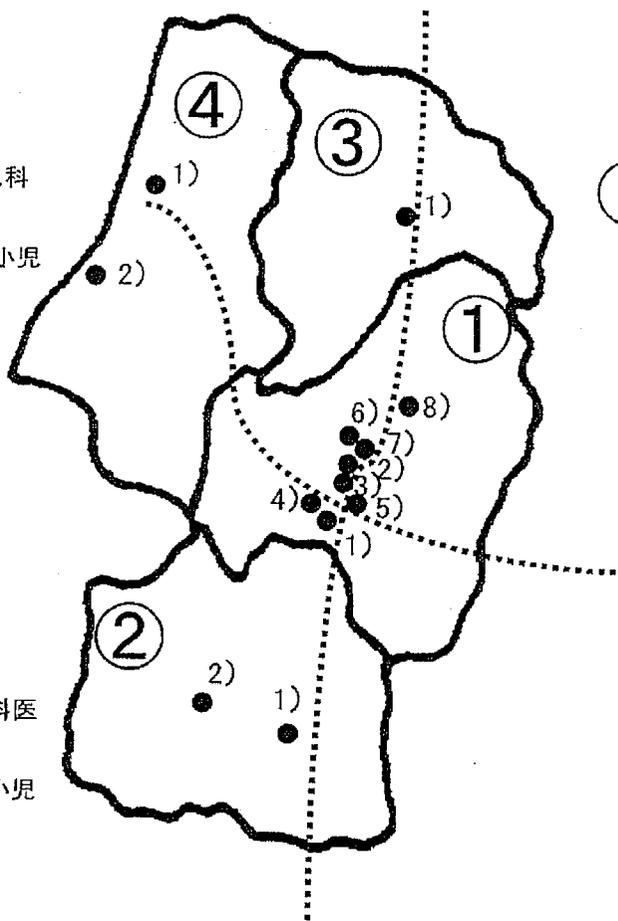
② 置賜地区

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まし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年間チーフプ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ブンが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情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で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になりました。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（宮永真琴教授）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ときは、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、調査した後
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・黄疸及び重症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・黄疸

- 救急隊より16才以上の急性腹症および黄疸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 醉 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(ボケベル) 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 661-0460	第二外科 661-0461		
急性期脳卒中 治療チーム	脳神経外科 661-0462	第三内科 661-1045		
大人の急性腹症及び 黄疸治療チーム	第二内科 661-3882	第一外科 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 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

山形大医学部など 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(以下)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、外部から「不透明」との指摘を受け「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が審議する。

医学部長をトップに、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見送っ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、一般では非常識という場合がある。こうしたことを手チェックしてもらっためにも、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い、意義を強調する。さらに、「大卒側が一方的に医師の人事を決めている」と思われがちだことにより、社会に対する説明ができる」と、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)

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、この懇談会でお願いしたい。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ときどきしている。

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た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を受けていない、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けれうが、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名必要とっ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。

大事なも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

きい調整を行うこと、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生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ナルとしては悪くない。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名なので事務局の教値を治して欲しい。今年医師が1人増え、どんどん新庄病院に来ており、今年は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づらいが、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、なぜ山次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、立場の違いをどうに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こと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だき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たかかないと厳しく、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って欲しい。

(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。

荘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。

(荘内病院) 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・入院体制としており、これにNICUやるとバンクする。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、何も無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と言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言駄目。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・産科の給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考えると、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。実際今の発言は何となく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、互いにパ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やっている。

(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、病院と診療所と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ないだろう。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申し上げている。

(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の案を出していい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ある。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、何らかの方法でいる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になっている。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ともと。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いては描けない。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ことで進まないといけない。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を載せるのか、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ていていきたい。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のかを示してほしい。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けていくが、山大、県中、済生とも連携をとってやっけていきたい。

(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、いますぐはできないが、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と。

(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。

(庄内病院) 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ってほしい。荘内病院では医師の定員がないのでいくらかでも雇用できるが、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きまるのか？ 出産数だけをみ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う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

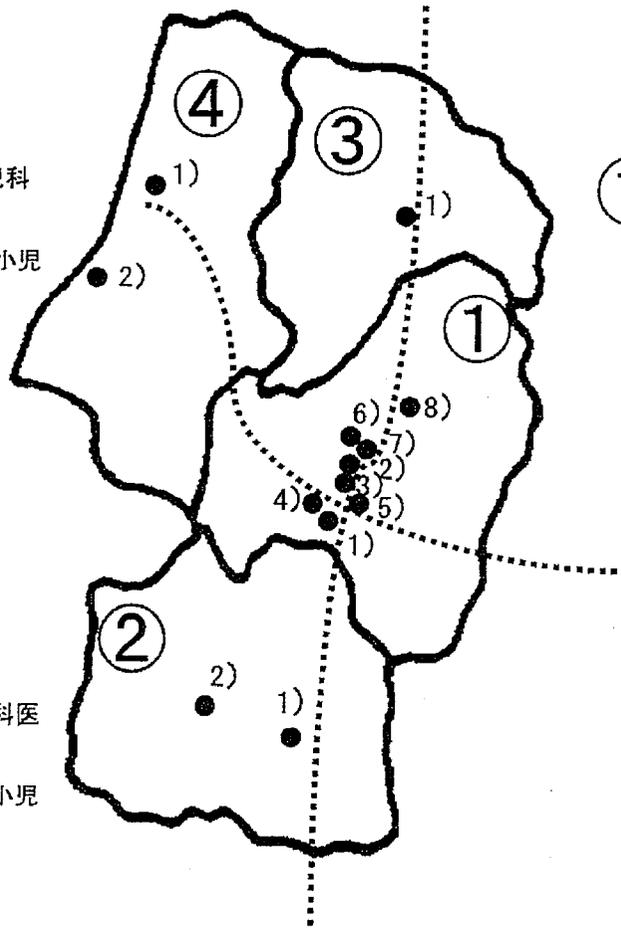
- 1) 山形大学医学部附属病院 134（産科医16；小児科医18）
- 2) 県立中央病院 522（産科医4；小児科医8）
- 3) 済生会山形済生病院 891（産科医6；小児科医4）

■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様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バ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。なので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

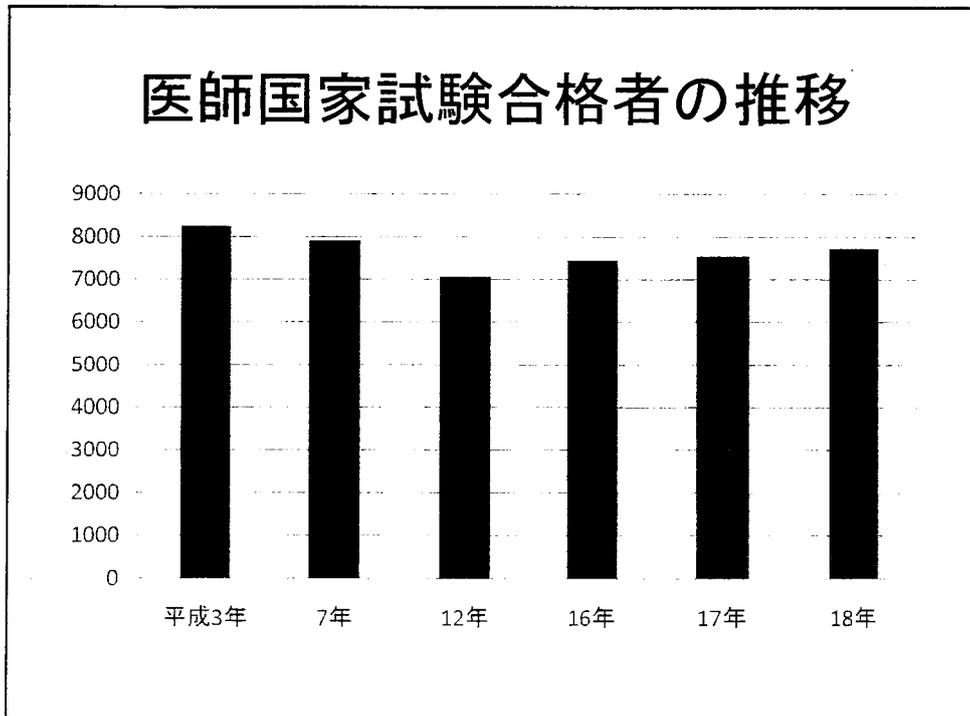
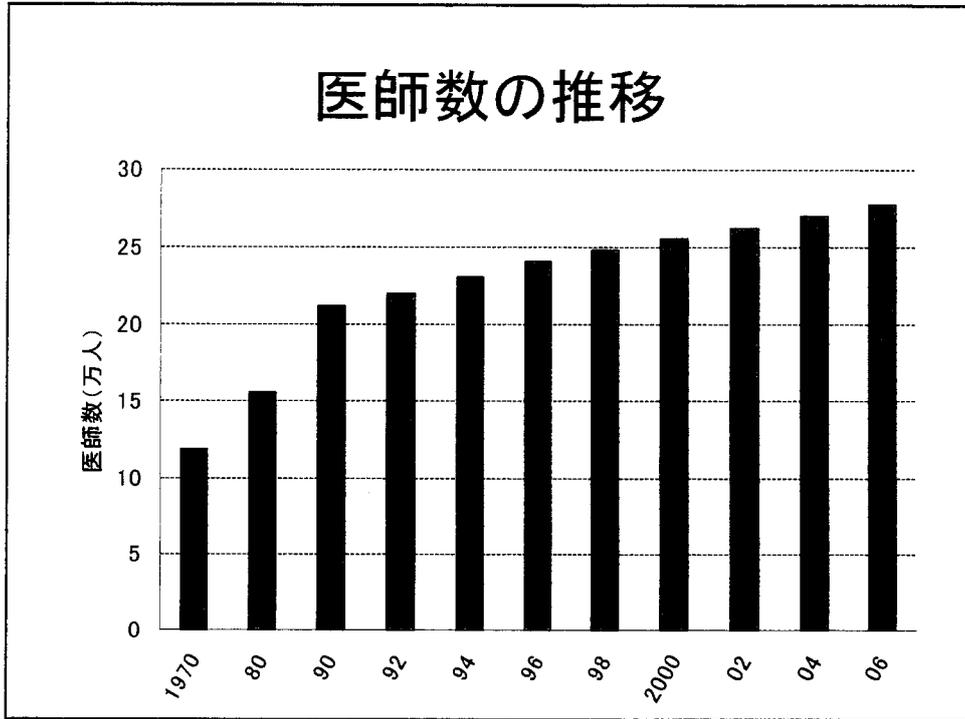
- ・ 済生病院はホームページに空床情報のページを試作、インターネットに掲載の準備をしている。レイアウトや掲載情報等、検討してほしい。

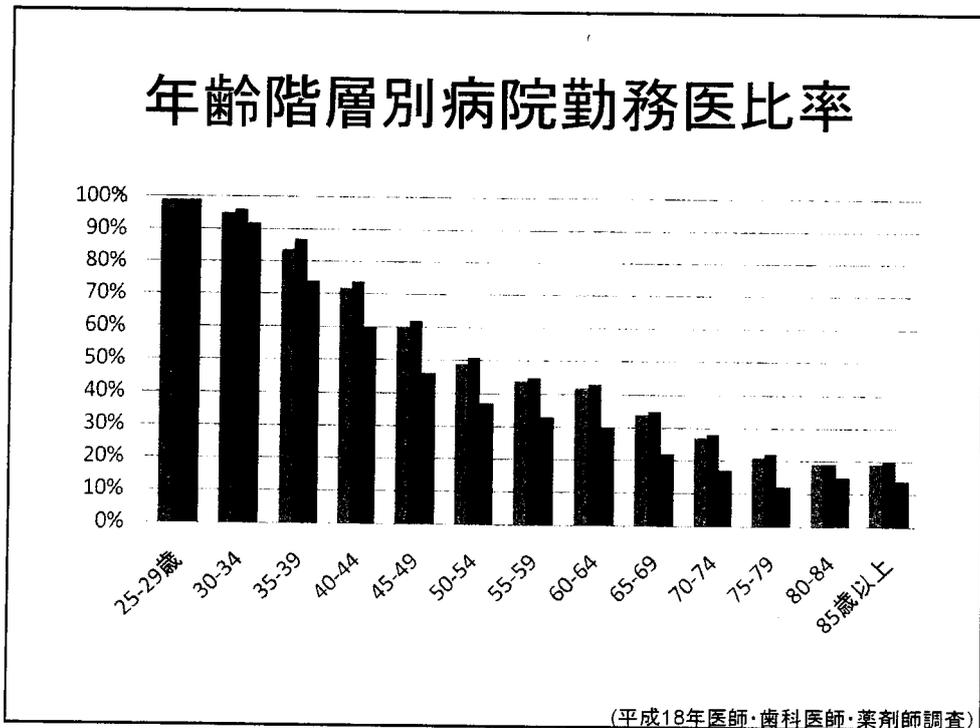
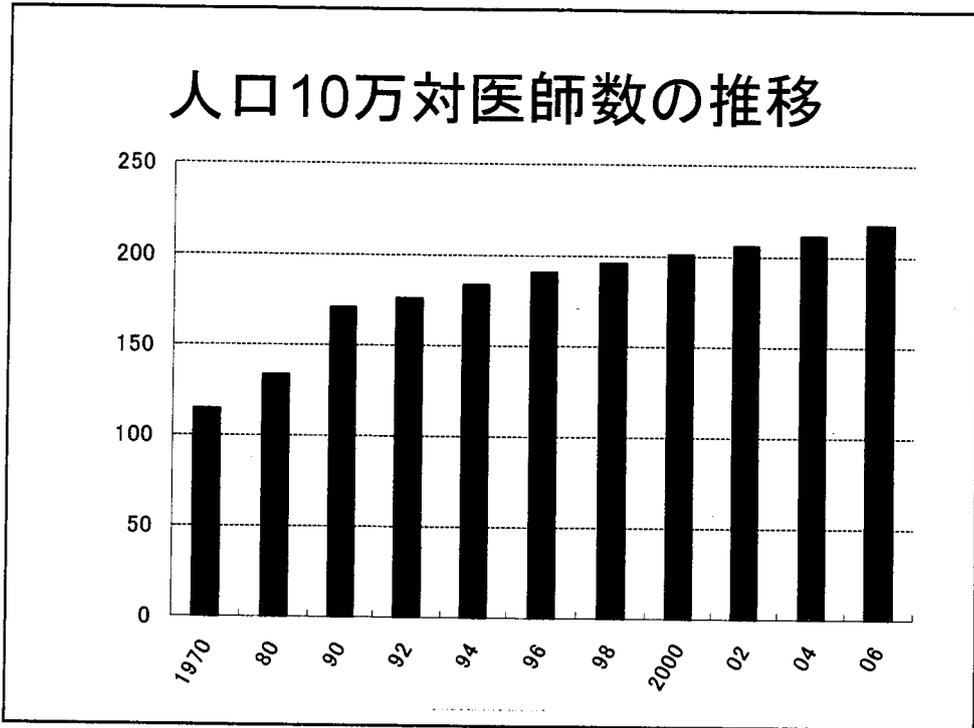
- ・ センター設置を、今すぐはできないが、県はあきらめたわけではない。
- ・ 議論を継続していく。

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。

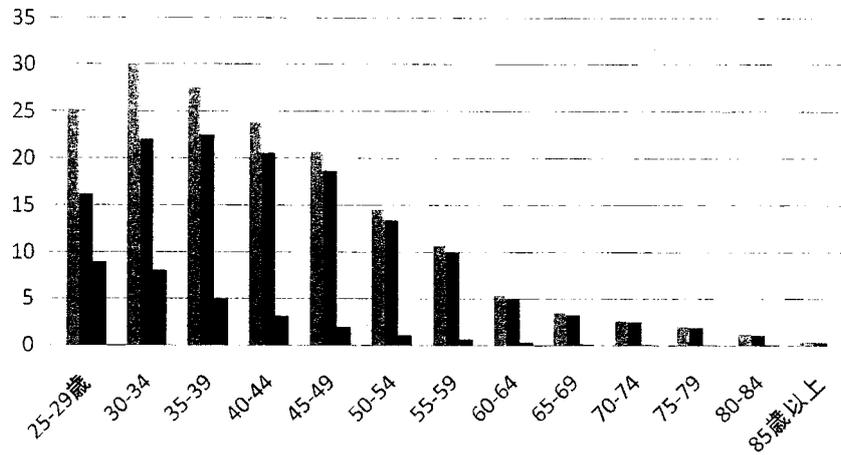
※ 例えば、山形大学ではNICU（NICU＝新生児ICU）は無いが、母胎合併
症あるいは重症な母胎の状況に対応する。済生病院には現在NICUは最も多い

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。



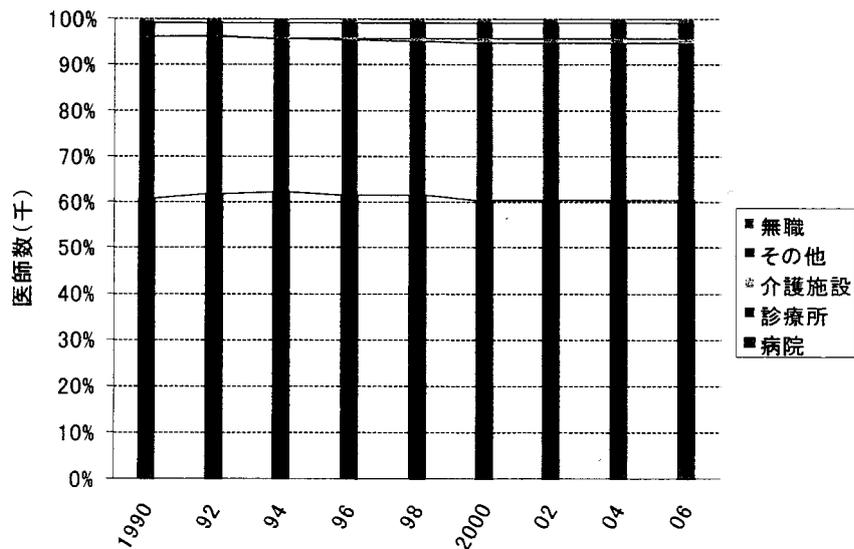


病院勤務医師の年齢分布(千人)



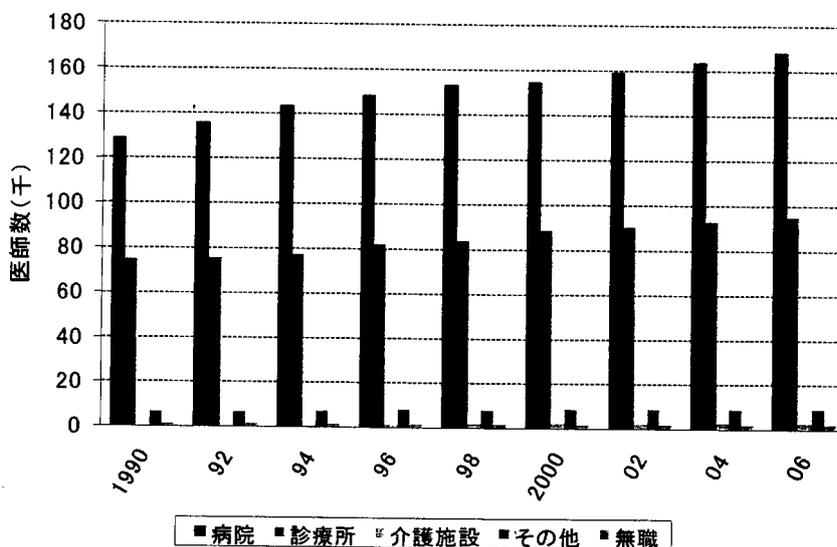
(平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査)

業務種別医師数割合の推移



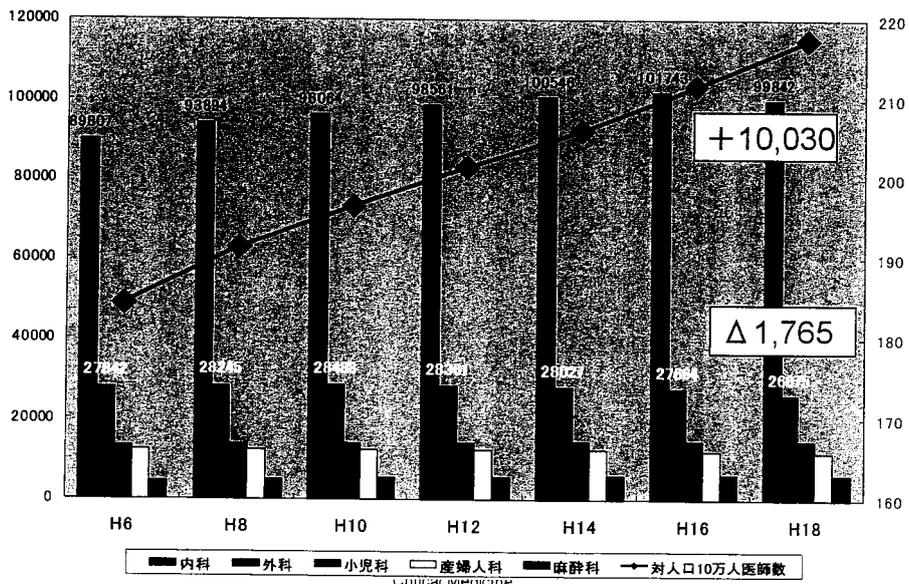
(平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査)

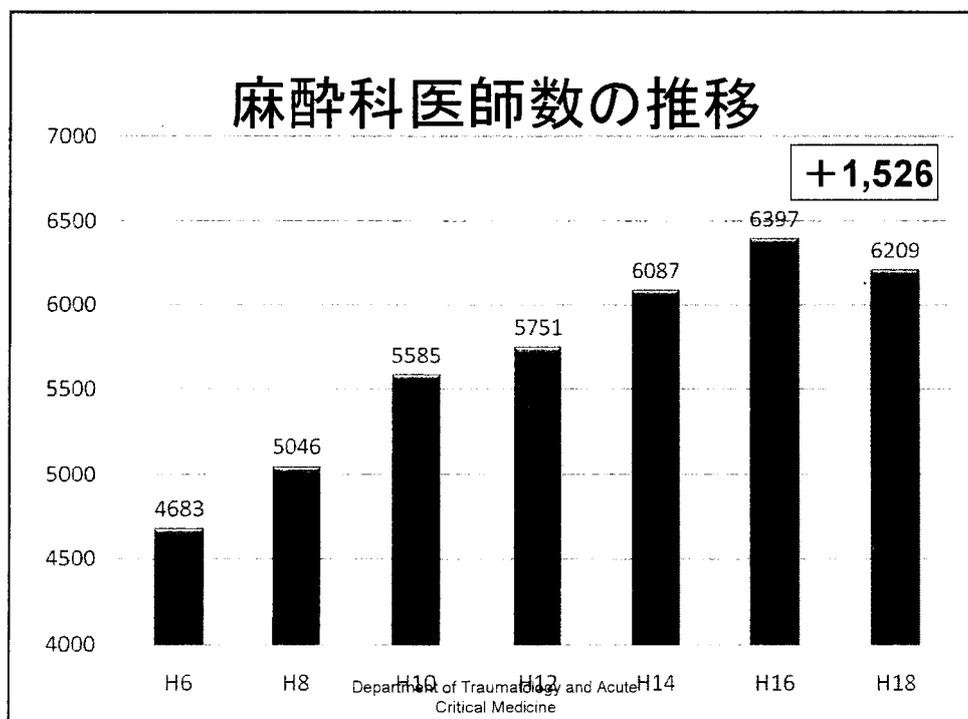
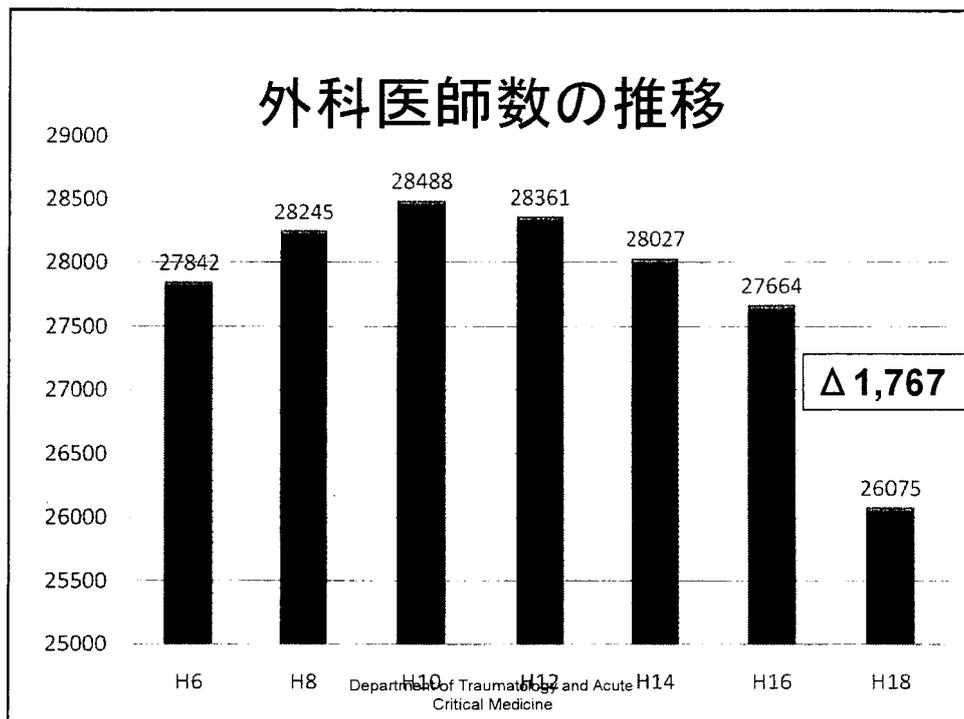
業務種別医師数の推移

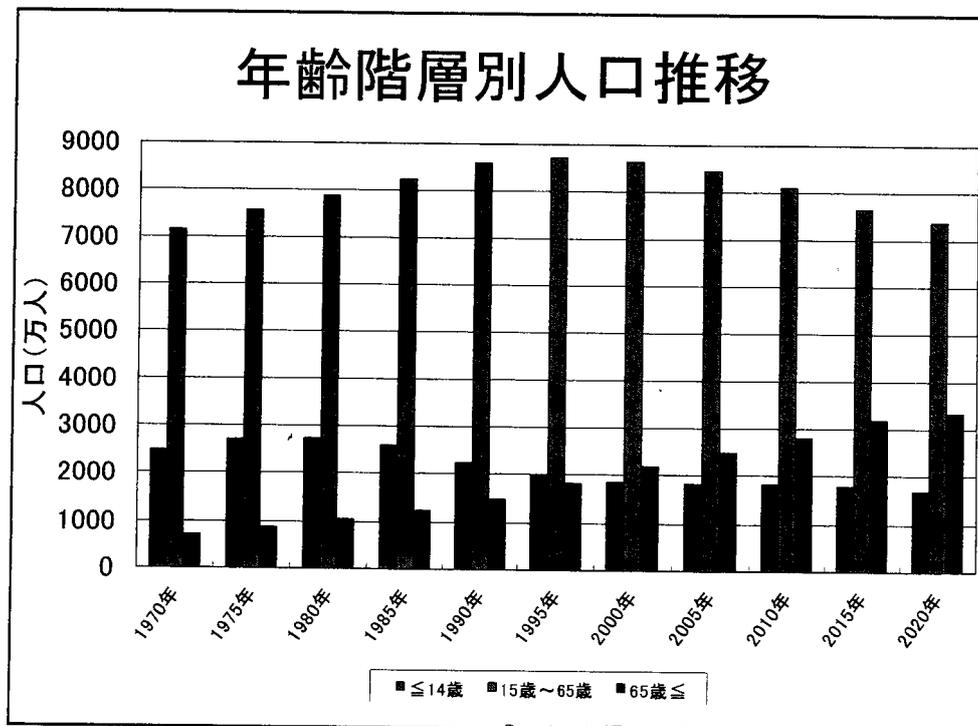
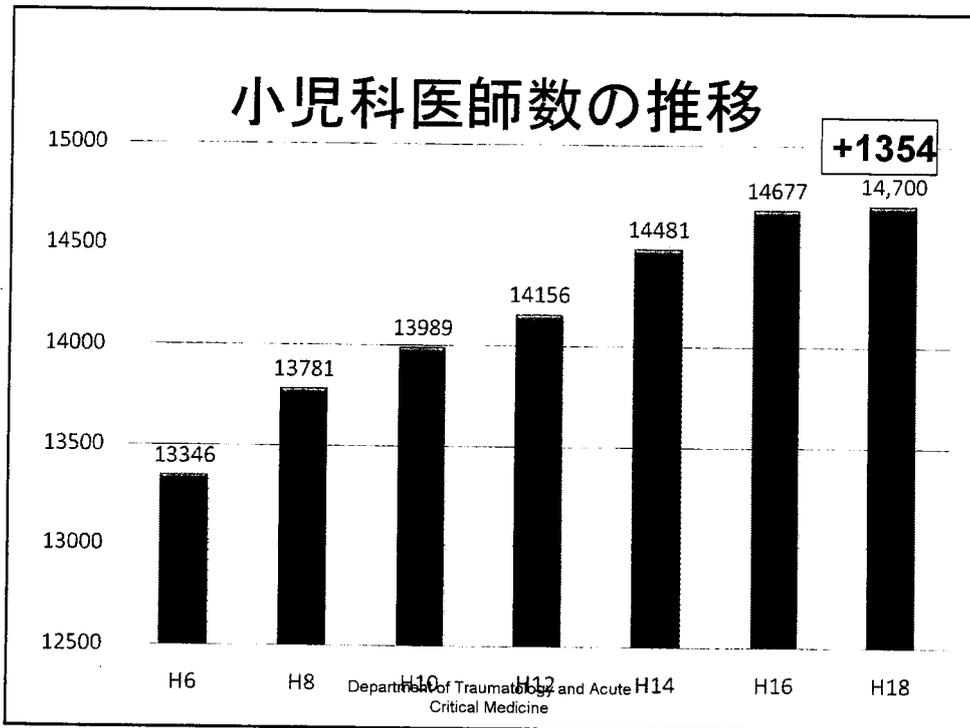


Critical Medicine (平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査)

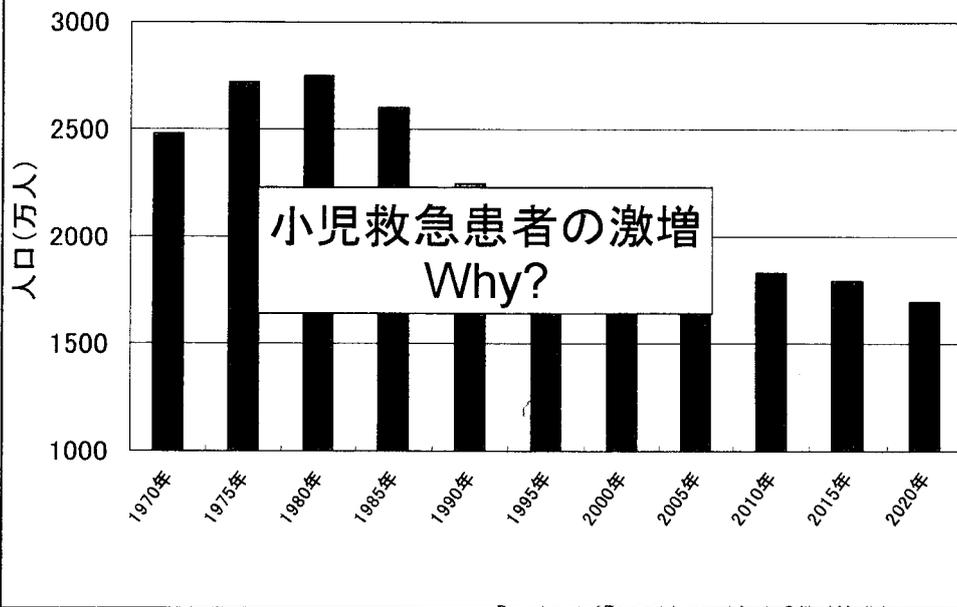
医師数の推移



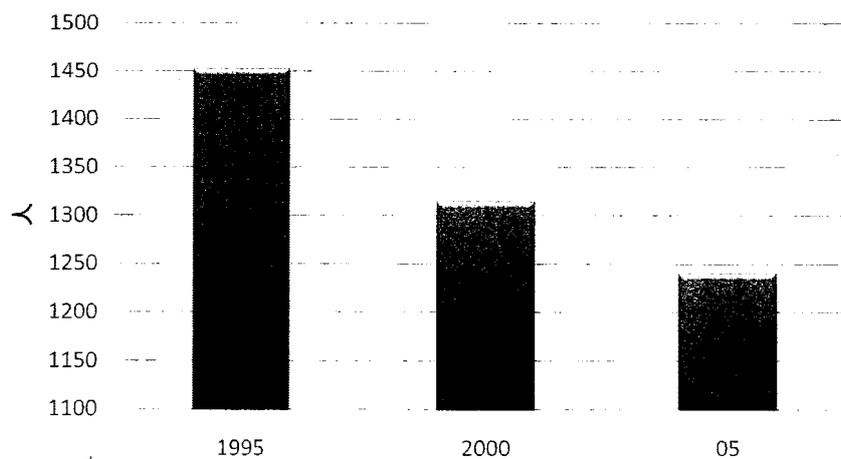




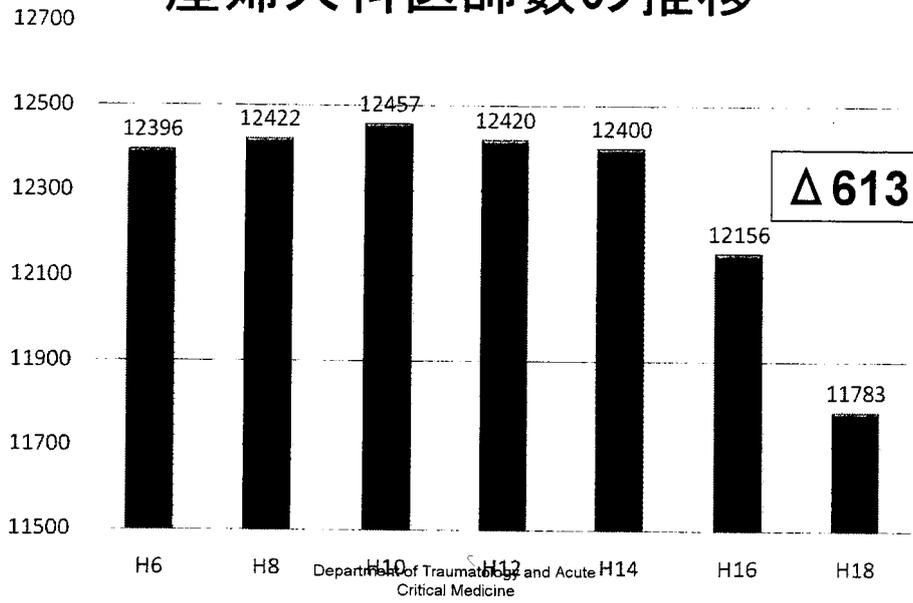
≦14歳人口の推移



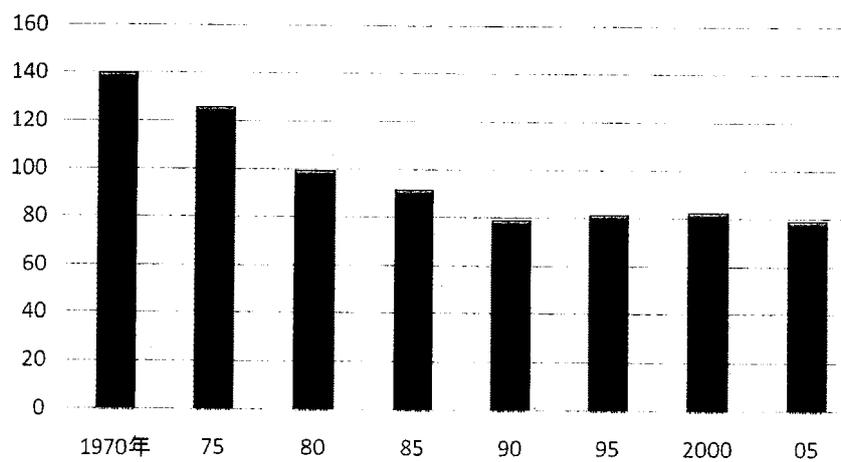
≦14歳対象人口／小児科医の推移



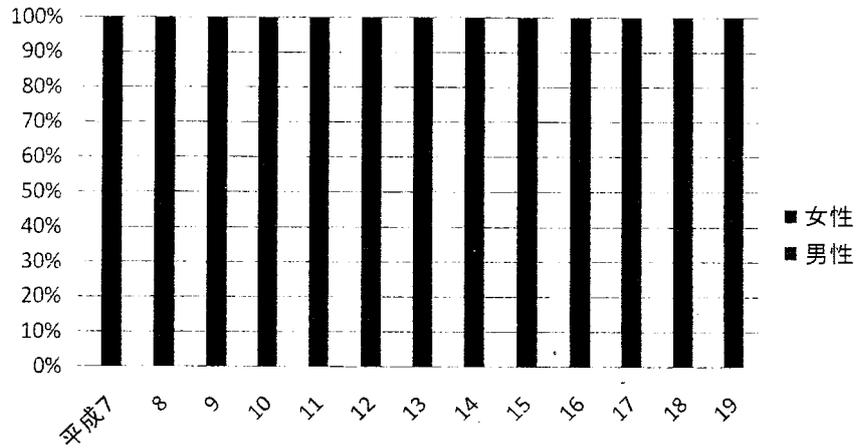
産婦人科医師数の推移



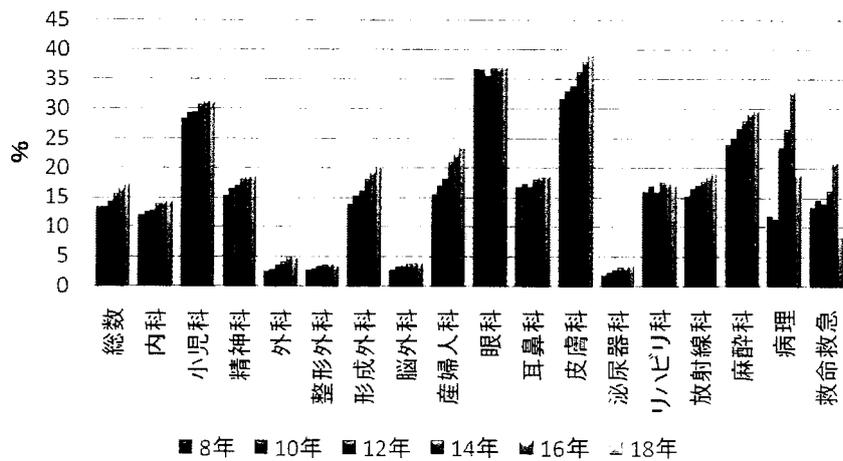
出生数／産婦人科医の推移



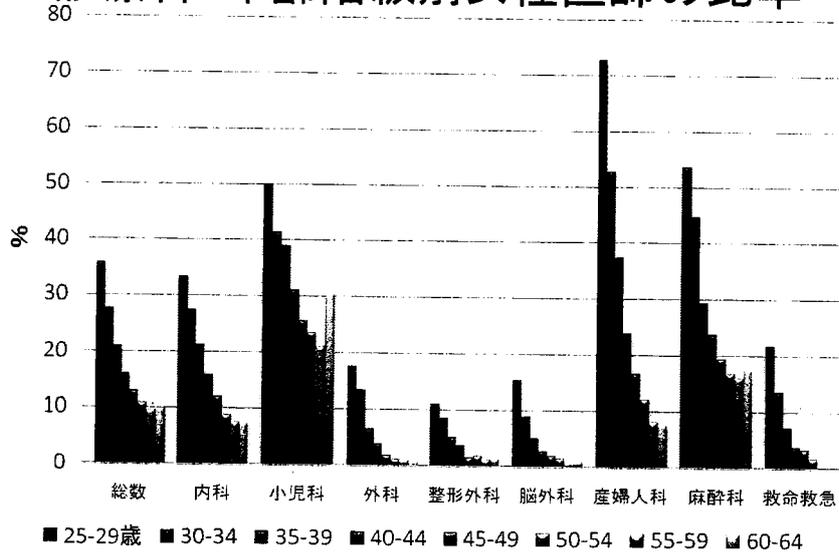
医師国家試験合格者の男女比の推移



診療科別女性医師の割合の推移 (%)

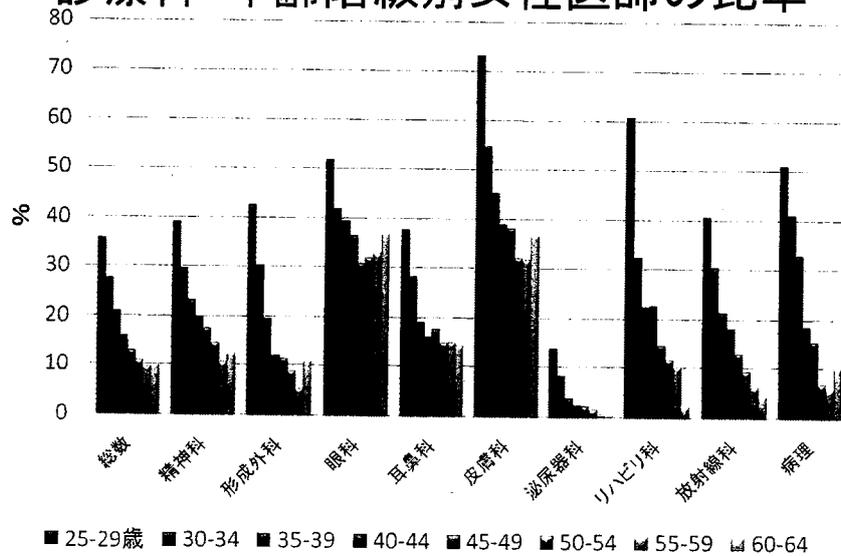


診療科・年齢階級別女性医師の比率



(平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査)

診療科・年齢階級別女性医師の比率



(平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査)

平成20年度第2回

東京都周産期医療協議会

日 時 平成20年11月5日（水）14時30分から
場 所 東京都庁第一本庁舎7階大会議室

【次 第】

1 開 会

2 議 題

- (1) 都立墨東病院の母体搬送事案にかかる調査結果について
- (2) 今後の周産期母子医療体制について
- (3) その他

3 閉 会

【配布資料】

- 資 料 1 平成20年度第2回 東京都周産期医療協議会名簿
- 資 料 2 母体搬送事案に関する経過について
- 資 料 3 母体搬送事案に係る医療機関への調査について
- 資 料 4 「東京緊急対策Ⅱ」（抜粋）（平成20年10月31日・東京都）
- 資 料 5 総合周産期母子医療センターの医師数について
- 資 料 6 墨東病院周産期センターにおける11月の当直体制について
（平成20年10月31日・病院経営本部）

参考資料1 東京都周産期母子医療センターの現況
（平成20年4月1日現在）

参考資料2 東京都周産期母子医療センターの配置図
（平成20年4月1日現在）

参考資料3 周産期救急医療体制特に母体救命救急体制の整備に関する緊急提言
（平成20年10月31日・（社）日本産科婦人科学会）

平成20年度第2回 東京都周産期医療協議会席次表

日時：平成20年11月5日(水) 14時30分から
都庁第一本庁舎7階大会議室

昭和大学医学部
岡井 崇 会長

速記
東京都医師会

東京女子医科大学
医学部 楠田 聡

東京都医師会
大橋 克洋

杏林大学医学部
杉浦 正俊

都立墨東病院
林 瑞成

都立大塚病院
瀧川 逸朗

杏林大学医学部
岩下 光利

日本大学医学部
山本 樹生

帝京大学医学部
綾部 琢哉

東京女子医科大学
医学部 松田 義雄

福祉保健局技監
桜山 豊夫

愛育病院
中林 正雄

日本産婦人科医会
田中 政信

日本助産師会東京
都支部 山村 節子

日本赤十字社
医療センター
杉本 充弘

東京都知事
石原 慎太郎

福祉保健局長
安藤 立美

都立墨東病院
小林 剛

都立大塚病院
宮澤 豊

東京消防庁
伊藤 博人

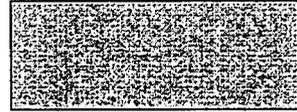
福祉保健局救急災害
医療課長 室井 豊

事務局
東京消防庁

厚生労働省
事務局

病院経営本部
事務局

福祉保健局医療政
策部長 吉井栄一郎



出入口

平成20年度第2回 東京都周産期医療協議会席次表

日時:平成20年11月5日(水) 14時30分から
都庁第一本庁舎7階大会議室

昭和大学医学部
岡井 崇 会長

速記

東京都医師会

厚生労働省

事務局

東京女子医科大学
医学部 楠田 聡

東京都医師会
大橋 克洋

杏林大学医学部
杉浦 正俊

都立墨東病院
林 瑞成

都立大塚病院
瀧川 逸朗

杏林大学医学部
岩下 光利

日本大学医学部
山本 樹生

帝京大学医学部
綾部 琢哉

東京女子医科大学
医学部 松田 義雄

福祉保健局技監
桜山 豊夫

愛育病院
中林 正雄

日本産婦人科医会
田中 政信

日本助産師会東京
都支部 山村 節子

日本赤十字社
医療センター
杉本 充弘

東京消防庁
伊藤 博人

福祉保健局医療政
策部長 吉井栄一郎

都立墨東病院
小林 剛

都立大塚病院
宮澤 豊

病院経営本部経営戦
略担当課長 谷田 治

福祉保健局救急災害
医療課長 室井 豊

事務局

東京消防庁

病院経営本部

事務局

福祉保健局長
安藤 立美

出入口

平成20年度第2回 東京都周産期医療協議会名簿

□ 協議会委員 (12名)

	氏名	所属・職	備考
◎	岡井 崇	昭和大学医学部教授	産婦人科
○	楠田 聡	東京女子医科大学母子総合医療センター教授	小児科
	有馬 正高	日本重症心身障害学会理事長	小児科
	中林 正雄	愛育病院院長	産婦人科
	杉浦 正俊	杏林大学医学部准教授	小児科
	林 瑞成	都立墨東病院周産期センター産科部長	産婦人科
	瀧川 逸朗	都立大塚病院小児科部長	小児科
	大橋 克洋	東京都医師会理事	
	田中 政信	日本産婦人科医会常務理事	
	山村 節子	日本助産師会東京都支部支部長	
	伊藤 博人	東京消防庁救急部救急医務課長	
	吉井 栄一郎	福祉保健局医療政策部長	

□ 産科部会長・新生児部会長 (2名)

	氏名	所属・職	備考
	杉本 充弘	日本赤十字社医療センター第一産科部長	産科部会長
	宇賀 直樹	東邦大学医学部教授	新生児部会長

□ 総合周産期母子医療センター (協議会委員・部会長以外:4名)

	氏名	所属・職	備考
	松田 義雄	東京女子医科大学母子総合医療センター教授	
	綾部 琢哉	帝京大学医学部教授	
	山本 樹生	日本大学医学部教授	
	岩下 光利	杏林大学医学部教授	

□ 病院経営本部(2名)

	氏名	所属・職	備考
	小林 剛	都立墨東病院院長	
	宮澤 豊	都立大塚病院副院長	

母体搬送事案に関する経過について

1 事案発生日

平成20年10月4日（土）19時頃

2 事案の経過

10月4日、地元産婦人科（江東区）によると、同産婦人科にかかっていた患者さんの転院搬送に関し、同産婦人科が19時頃から、都立墨東病院を含め8医療機関に連絡したが、受入可能な病院が見つからず、墨東病院に再度要請した。

墨東病院における対応は以下のとおり。

10月4日（土）

19:00 頃 地元産婦人科医師より、「母体搬送の受入れ可否」の問い合わせあり。

当直医師が「土日は基本的には母体搬送を受け入れていない。」と回答。他の周産期センターに依頼したほうが迅速かつ適切に対応できるとの判断から、受入れ可能な医療機関名を伝達

19:45 頃 再度、地元産婦人科医師より母体搬送依頼あり。

※他医療機関の受入れが困難だったと聞いたこと、下痢、嘔吐、頭痛等の症状が増悪している状況のため、バックアップの産科部長に緊急登院を要請

20:00 頃 地元産婦人科へ母体搬送受入れ可能と連絡

20:18 救急車で墨東病院到着

（救急車内で急激に意識レベル低下）

20:30 頃 脳卒中が疑われたため、脳外科当直医が対応

21:41 帝王切開術により児娩出

※児の救命のため先行（御家族同意）

22:24 頭部の血腫除去手術を開始

10月5日（日）

01:28 頭部手術終了

10月7日（火）

20:31 死亡確認（直接死因 脳出血）

母体搬送事案に係る医療機関への調査について

I 調査の概要

1 調査対象

- (1) 本事案について、かかりつけ産婦人科医院及び都立墨東病院から搬送依頼を行ったが受入れができないと回答した医療機関8施設

〔調査対象医療機関内訳〕

種 別	医療機関名
総合周産期母子医療センター	・都立墨東病院 ・日本赤十字社医療センター ・日本大学医学部附属板橋病院
地域周産期母子医療センター	・東京慈恵会医科大学附属病院 ・慶應義塾大学病院 ・順天堂大学医学部附属順天堂医院
周産期医療情報ネットワーク参画医療機関	・東京大学医学部附属病院
その他の医療機関	・東京慈恵会医科大学附属青戸病院

- (2) かかりつけ産婦人科医院

2 調査方法

東京都福祉保健局が厚生労働省・総務省消防庁と合同で各医療機関を訪問し、聞き取りを行った。

3 聞き取り調査実施期間

平成20年10月24日（金曜日）～ 同月31日（金曜日）

4 主な聞き取り内容

- (1) 事案に関する経緯
(2) 母体搬送の受入体制（1の（1）の医療機関）
(3) その他周産期医療体制等に関する意見

II 調査結果

1 搬送先選定・受入れに係る事実確認

(1) 依頼内容等について

- ・ 各医療機関においては、基本的に搬送依頼があった場合は当直日誌等に記録を残すようにしているが、医師が患者対応等を行いながら記録するため、要点のみの記載となっている。
- ・ このため、聞き取り調査にあたって、搬送依頼の内容についての詳細なやりとりは当直医等の記憶によるところが大きかった。

ア かかりつけ産婦人科医院からの聞き取り内容

- ・ 下痢、嘔吐、頭痛の症状のある患者の受入れを各医療機関に依頼。患者が激しい頭痛を訴えていること及び妊娠の問題でないことを伝えた。
- ・ 当直の医師2人が患者の処置をしながら、搬送先の選定に当たった。
- ・ なお、墨東病院に搬送中に患者の意識レベルが急速に低下した。

イ 依頼先の各医療機関からの聞き取り内容

- ・ 調査対象医療機関のうち、かかりつけ産婦人科医院から搬送依頼を受けた医療機関においては、電話で、妊娠週数、頭痛、嘔吐、下痢等の症状を聴取したことが確認できた。
- ・ 頭痛に関する切迫性の認識は、医療機関によって異なっていた。

(2) 搬送依頼への対応等について

ア 受入れができなかった理由

搬送依頼を受けた各医療機関において、受入れができなかった理由は以下のとおりであった。

病院名	受入れできなかった理由
都立墨東病院	当日は1人当直であったこと等
日本赤十字社医療センター	本案件の約1時間前に救急患者を受け入れ、M F I C Uが満床。
日本大学医学部附属板橋病院	本案件については記録が確認できなかったが、当日、他の搬送依頼について、N I C U満床のため受入れできなかった。
慶應義塾大学病院	感染症を疑ったが、個室が満床。(2人部屋が空いていたのでシステム上は「O」としていた。)
順天堂大学医学部附属順天堂医院	産科・婦人科病床が満床。(システム上も空床「×」) 当直医が二人とも分娩対応中。
東京慈恵会医科大学附属病院	N I C Uが満床であったうえ、N I C Uでの管理が必要な未熟児の出生待機中であったため。
東京慈恵会医科大学附属青戸病院	N I C Uを設置していない。 脳外科医の当直日ではなかった。
東京大学医学部附属病院	N I C Uが満床

イ 周産期医療情報システムの表示との関係

都立墨東病院が受け入れ可能として紹介した医療機関（日本赤十字社医療センター、日本大学医学部附属板橋病院、慶應義塾大学病院、東京慈恵会医科大学附属病院）においては、周産期医療情報システム上産科空床は「○」となっていたが、受け入れができなかった理由は、上表のとおり産科満床ではなく、「NICU満床」「MFICU満床」「個室満床」であった。

ウ 各医療機関の当日の当直体制

- ・ 都立墨東病院：1名
- ・ その他の総合周産期母子医療センター2施設：3名
- ・ 地域周産期母子医療センター3施設：2名
- ・ ネットワーク参画医療機関1施設：3名
- ・ その他医療機関1施設：1名

2 母体搬送の受入体制（院内連携）

- ・ 調査対象の医療機関はいずれも妊婦の搬送依頼は原則として産科で受け、合併症等で他科との連携が必要な場合は、産科の医師が、NICU、麻酔科医等に連絡し、速やかに連携をとる体制を整えていると回答している。
- ・ 本事案においても、都立墨東病院では、産科当直医がNICUに受け入れ可能か確認し、バックアップの産科医師に緊急登院を要請して、受け入れを決定
- ・ 患者到着後、緊急コールを行い1分程度で救命救急センターの複数の医師が駆けつけ、気管内挿管等の処置を実施
- ・ 10分程度で脳外科当直医が対応し、院内各科が連携して母体・胎児の救命のための処置にあたった。

3 その他周産期医療体制等に関する意見

聞き取り調査の過程で各医療機関の医師等から寄せられた周産期医療体制等についての主な意見は以下のとおりである。

（1）周産期母子医療センターについて

- ・ 周産期母子医療センターを設置する病院により、対応できる領域はそれぞれ異なることから、各病院の機能を明確にし周知・評価すべきである。
- ・ 分娩を取りやめる病院が多い中、周産期母子医療センターに正常分娩からハイリスクまで分娩が集中している。
- ・ また、ハイリスク妊娠の割合が上がっており、少しでもリスクがあると周産期母子医療センターに紹介されてくる。
- ・ 周産期母子医療センターが機能を確保するために、正常分娩を制限するな

どしてハイリスク妊産婦を受け入れる機能を確保する必要がある。

- ・ 救急患者の受入れのために、空床を確保して病床稼働率が低くなくても経営的に成り立つような支援が必要である。

(2) 母体の救命救急医療について

- ・ 周産期医療の整備は、未熟児医療への対応から始まった経緯があり、すべての総合周産期母子医療センターにおいて母体救命の体制が充分であるわけではない。救命救急センターや脳外科、循環器内科・外科等を備えた施設で必ず受け入れられるしくみを検討すべきである。

(3) NICU病床について

- ・ NICUの稼働率が非常に高い状態にあり、NICU満床により、母体搬送の受け入れができない。
- ・ 新生児を診られる小児科医、看護師が不足しており、NICU増床も簡単にはいかない。

(4) 搬送調整について

- ・ 搬送元の医療機関で搬送先を探すのは負担が大きい。搬送調整を専任で行うコーディネーターが必要である。
- ・ 総合周産期母子医療センターにおける患者の症状に応じた搬送の振り分けは重要であるが、総合周産期母子医療センターが搬送先を探すのは医師の過重な負担になっている。
- ・ 依頼元と依頼先が互いに患者の症状等を同じレベルで共有するため、搬送を依頼する段階において、FAXによる診療情報の伝達が必要ではないか。
- ・ 搬送調整や情報交換等に使用する「ホットライン」(専用電話)の設置が必要ではないか。

(5) 医師確保について

- ・ 周産期母子医療センターでの勤務は、勉強にはなるものの、リスクが高く、拘束時間が長く、給料もよくない。これでは人が集まらない。
- ・ 周産期医療に人が集まるように、医師の手当を手厚くするための補助を行い、交代勤務制が組める体制をつくるべきである。

(6) その他

- ・ 搬送を受け入れたくても受け入れられない状況にある中で、「受入れ拒否」「たらい回し」とマスコミ報道の見出しで取り扱われることで、産科医を目指す医学生が減少することを危惧する。
- ・ この件に関わった医師は一生懸命にやっており、これがきっかけで自信喪失するようなことがあっては気の毒だ。
- ・ NICUが満床となっている背景には長期入院児の問題もあり、重症心身障害児施設の整備も必要である。

東京緊急対策Ⅱ

平成20年10月31日

東京都

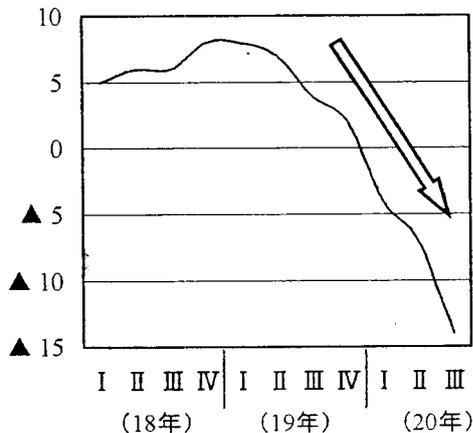
I 緊急対策の基本的考え方

1 都民生活の危機的状況

《金融危機の影響と今後の波及》

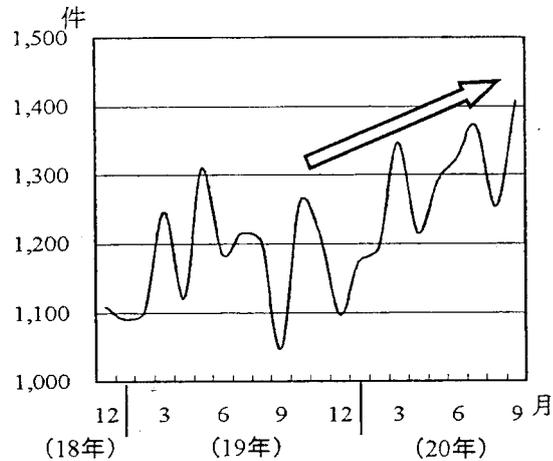
○ アメリカ発金融危機が世界規模での不況へ発展する中、急激な円高の進行や株価の大幅下落が実体経済にも影響を及ぼしており、特に中小企業の資金繰りの悪化や倒産件数の増加など、厳しい状況が加速している。

■ 企業の業況判断DIの悪化



※日本銀行「全国企業短期経済観測調査」

■ 企業倒産件数の増加

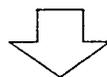


※株式会社東京商工リサーチ「全国企業倒産状況」

○ これらの厳しい経済環境は、都民生活や中小企業へのしわ寄せとなり、次のような厳しい事象として現れている。

- | | |
|--------------|-------------|
| ○ 金融機関の貸し渋り | ○ 低所得者の家計圧迫 |
| ○ 消費の落ち込み | ○ 失業者の増大 |
| ○ 中小企業の倒産の増加 | ○ 医療への不安 |

- 景気対策は、一義的には国の役割である。しかし、実体経済への影響が今後さらに加速・拡大するにつれ、都民生活にも深刻な影響が広がり、その大きさは測りきれない。
- そのため、現実には生じつつある影響やその後の拡大に対して、もう一段の対策を講じることが不可欠である。



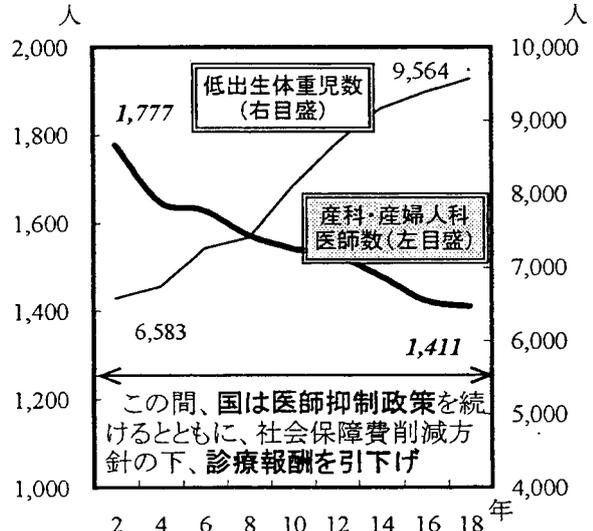
早期に都民が自ら危機克服に向けた第一歩を踏み出すための支援を実施する

周産期医療緊急対策

【現状と課題】

- この15年間ほどをみても、ハイリスク児である低出生体重児は増加(約1.5倍)している一方で、その担い手である産科・産婦人科の医師は減少(約2割減)しています。
 - ・ 低出生体重児：出生時の体重が2,500g未満の新生児
- これは、国の政策による医師不足が大きな要因といえます。

低出生体重児数と産科等医師数の推移



※産科・産婦人科医師数は都福祉保健局「医師・歯科医師・薬剤師調査」、低出生体重児数は都福祉保健局「人口動態統計」

【対策の概要】

- 11月5日に、周産期医療施設の代表などからなる、東京都周産期医療協議会を緊急開催します。
- 国に対して、産科・小児科医師の確保などについて緊急提案します。
- 周産期母子医療センター機能の確保などに向けた緊急対策を実施します。

◎ 都立病院における緊急対策

○ 医療体制の充実【新規】

地域の医師を予め臨時職員等として登録し、都立病院における出産等を協力して実施する、「産科診療協力医師登録制度」を創設します。

総合周産期母子医療センターにおいて、ハイリスク患者受入れ・紹介機能の充実を図るため、夜間・土曜休日に助産師等コーディネーターを配置します。

○ 産科医師確保対策の充実【新規】

産科医師を確保するため、産科への医療クラークを配置し、院内保育室を充実します。

◎ 地域で支える周産期医療体制の構築

○ 周産期母子医療センター機能の確保【新規】

搬送調整業務の円滑化を図るため、その業務を支援する看護師の増配置等を行います。

24時間体制で緊急手術等に対応するため、産科医のオンコール体制等を整備します。

NICU入院児の受入れを促進するため、後方病床の看護体制を充実します。

地域の医療機関の医師の協力により、休日診療(日直)体制を確保します。

○ 「周産期連携病院(休日・全夜間診療事業)」の新たな指定【新規】

休日・夜間におけるミドルリスク患者の緊急搬送に対応するため、産科病床を確保し、産科医、麻酔科医等のオンコール体制を整備します。

【緊急調査 総合周産期母子医療センターの医師数について】

- ・平成20年10月27日現在の医師数。
- ・「産科・婦人科医」とは、分娩に従事する医師に限定。
- ・「常勤」の欄には、研修医・レジデントも含めた医師数。
- ・「非常勤」の欄には、常勤換算せず、10月に一度でもその施設で勤務実績のある医師の実数。
- ・「兼任する常勤小児科医」とは、新生児科の専任ではないが、NICUでの診療にも従事する常勤小児科医。

(平成20年10月27日現在)

都道府県	施設名	産科・産婦人科医(単位:人) (分娩を取り扱う者に限る)		新生児専任医師(単位:人)		兼任する常勤 小児科医 (単位:人)	備考
		常勤 (研修医・レジ デントも含む)	非常勤	常勤 (研修医・レジ デントも含む)	非常勤		
東京都	母子愛育会附属愛育病院	14	9	7	0	0	
	東京女子医科大学病院	25		7		1	
	昭和大学病院	30	0	10	0	0	産婦人科科としての常勤医 は30名おります。夜間はこ の全員で分担して分娩・そ の他を取り扱っています。
	東邦大学医学部附属大森病院	22	0	5	1		
	日本赤十字社医療センター	23	0	7	0	0	
	帝京大学医学部付属病院	※ 20	4	5	2	0	※内訳として、産科8人、婦人科8 人、研修医4人
	日本大学医学部付属板橋病院	10	1	10	2	3	
	杏林大学医学部付属病院	11	0	13	0	0	新生児専任医師の常勤に 大学院生1名含む
	東京都都立墨東病院	6	9	9	7		
合 計		161	23	73	12	4	

平成20年10月31日
病院経営本部

墨東病院周産期センターにおける11月の当直体制について

墨東病院では、総合周産期母子医療センターの確実な体制を確保するため、11月については以下の当直体制で対応します。

なお、引続き、関係局、地元医師会、関係機関等と協議を続け、体制の充実に取り組んでいきます。

1 11月の当直体制

(1) 産科医師の当直について、11月の土曜日、日曜日、祝日（計12日）を可能な限り2人体制（詳細は下記のとおり）とします。

※平日は従来どおり2人体制

(2) また、一人体制の場合は、常勤医師による当直体制とします。

《 11月の土曜日・日曜日・祝日の当直体制 》

平成20年7月1日から原則として1人体制だったところを次のとおりとする。

土曜日の体制 ⇒ 5日間のうち、4日間を2人体制

日曜日・祝日 ⇒ 7日間のうち、①3日間は全日2人体制

②2日間は夜間当直のみ2人体制

※1人体制となる日

8日（土）・9日（日）・16日（日）の3日間は全日、23日（日）及び30日（日）の日中

《 問い合わせ先 》

病院経営本部経営企画部総務課 谷田・戸田

電話03-5320-5828・5805

内線50-102・130

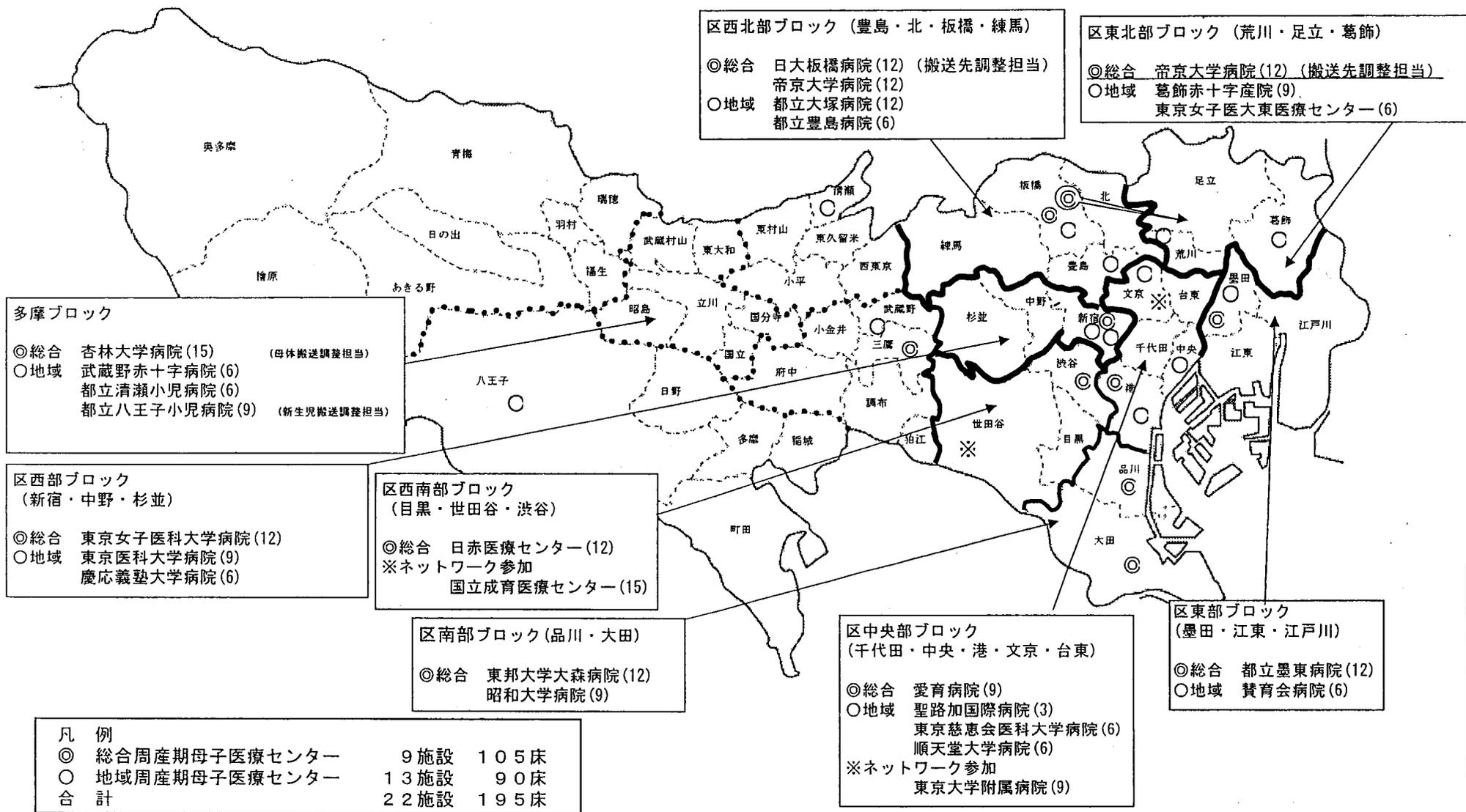
東京都周産期母子医療センターの現況

平成20年4月1日

区分		施設名	所在地	NICU (床)	M-FICU (床)	指定・認定 年 月	
区部	総合	民間	愛育病院	港区	9	6	11年 4月
			東京女子医科大学病院	新宿区	12	9	9年10月
			昭和大学病院	品川区	9	6	15年 4月
			東邦大学医療センター大森病院	大田区	12	9	9年10月
			日本赤十字社医療センター	渋谷区	12	6	13年11月
			帝京大学医学部附属病院	板橋区	12	10	10年 4月
			日本大学医学部附属板橋病院	板橋区	12	9	14年 4月
		都立	都立墨東病院	墨田区	12	9	11年 6月
		総合周産期母子医療センター区部計(8施設)				90	64
	地域	民間	聖路加国際病院	中央区	3	—	12年 4月
			東京慈恵会医科大学附属病院	港区	6	—	11年 1月
			東京医科大学病院	新宿区	9	—	9年10月
			慶応義塾大学病院	新宿区	6	—	16年 6月
			順天堂大学医学部附属順天堂医院	文京区	6	—	9年10月
			賛育会病院	墨田区	6	—	9年10月
			東京女子医科大学東医療センター	荒川区	6	—	16年 9月
		葛飾赤十字産院	葛飾区	9	—	9年10月	
		都立	都立大塚病院	豊島区	12	—	9年10月
都立豊島病院			板橋区	6	—	11年10月	
地域周産期母子医療センター区部計(10施設)				69	—		
区部計(18施設)				159	64		
多摩	総合	民間	杏林大学医学部付属病院	三鷹市	15	12	9年10月
		総合周産期母子医療センター多摩計(1施設)				15	12
	地域	民間	武蔵野赤十字病院	武蔵野市	6		18年 4月
		都立	都立清瀬小児病院	清瀬市	6		9年10月
			都立八王子小児病院	八王子市	9		9年10月
	地域周産期母子医療センター多摩計(3施設)				21		
多摩計(4施設)				36	12		
合計(22施設)				195	76		
周産期医療情報ネットワーク参加		国立成育医療センター		世田谷区	15		
		東京大学医学部附属病院		文京区	9		
計(24施設)				219	76		

(注) 病床数(NICU及びM-FICU)は認定病床数である。

東京都周産期母子医療センターの配置図（平成20年4月1日現在）



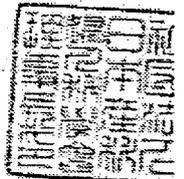
参考資料2

平成 20 年 10 月 31 日

厚生労働大臣
 舛添 要一 殿

周産期救急医療体制特に母体救命救急体制の整備に関する緊急提言

社団法人 日本産科婦人科学会
 理事長 吉村泰典



周産期救急医療体制特に母体救命救急体制の現状が大きな社会問題となっていることに鑑み、この問題に関する専門家団体として、以下の点について緊急にご検討をお願いいたします。

1. 周産期医療と救急医療の連携強化を、国、都道府県、医療機関の各レベルで推進すること
2. 国民の生命を守るために、そしてわが国の将来を担う新しい生命を守るために、救急医療提供体制、周産期医療提供体制の整備を強力に推進すること。周産期医療については、周産期医療対策整備事業の見直しを行い、総合的周産期・成育医療提供体制確保事業へと拡大すること
3. 周産期医療、救急医療等、過酷な勤務条件の医療現場を適正に評価し、改善の方向に導くための諸施策を緊急に実施すること
 - 突発の対策として、病院における時間外の分娩、帝王切開、母体搬送、救急対応に対して、担当した医師（産婦人科医、小児科医、麻酔科医、救急医、脳外科医等）個人に、症例ごとに手当を支給すること
4. 医療体制の整備のために以下の事項について長期的視野に立った検討を行うこと
 - 医師の絶対数不足の問題、産婦人科、小児科、麻酔科、救急等の診療科間偏在の問題の抜本的解決
 - 国民の生命を守る救急医療を担う医療機関の規模と適正配置
 - 医師の過酷な勤務実態を解決するための方策—勤務医の当直翌日の勤務緩和促進策

添付文書

- 平成 19 年 9 月 7 日付日本産科婦人科学会舛添要一厚生労働大臣宛陳情書
- 平成 20 年 10 月 30 日付産婦人科勤務医・在院時間調査 第 2 回中間集計結果報告と解説



社団法人 日本産科婦人科学会

〒113-0033 東京都文京区本郷2丁目3番9号 ツインビュー御茶の水3階

TEL : 03-5842-5452 FAX : 03-5842-5470 E-mail : nissanfu@jsog.or.jp

補足説明

① 周産期医療と救急医療の連携強化：

(ア) 母体の救命救急医療は、周産期医療と救命救急医療の中間的な位置にあります。適切な体制整備には周産期医療と救命救急医療の両者の連携体制が必要不可欠です。現行の都道府県の周産期医療システムや総合・地域周産期母子医療センターは、厚生労働省の周産期医療整備対策事業に基づいて整備が進んできており、大きな成果をあげていますが、母体救急に関する取り組みは十分行われているとは言いがたい状態です。

(イ) 周産期医療体制、救急医療体制にはそれぞれ各地域の特殊性があります。いずれの分野も現場の献身的な努力でかろうじて体制を維持している状況にあります。両者の連携を強化し情報交換を迅速に行うことが必要であることは言うまでもありませんが、それが現場の負担をさらに増加させるものであれば、せっかくの新施策も、良い結果をもたらさない可能性があります。母児の救命救急に対応する体制を短期的に充実させるためには、地域ごとに現場の実情を十分に理解した上で、最適の施策を立案実施する必要があります。私ども日本産科婦人科学会では本年度の専業として、日本救急医学会のご賛同を得て、両学会で、「地域母体救命救急体制整備のための基本的枠組みの構築」に関する合同作業部会を設置し、各地域での検討が円滑に行われ、母児の安全のさらなる確保が迅速に進むように、この問題について短期間で必要な調査を実施しつつ、集中的に検討を行うこととしております。

(ウ) 現場を担当する医療者は今後、積極的にこの問題の解決に取り組んでまいります。政府、都道府県には、是非、私どもの活動をご支援、ご協力いただきますよう、要望いたします。

② 救急医療提供体制、周産期医療提供体制の整備の推進：

(ア) 国民の生命を守る救急医療、周産期医療は政策的な整備が必要不可欠な分野です。現在病院経営は極限に近い状況にあり、救急患者受入のために病床を安定的に確保することの困難さに現場は非常に苦しんでいます。救急患者の受入を促進するために、救急医療への積極的関与が病院経営に益するよう診療報酬等による誘導が必要と考えられます。

(イ) 周産期医療における入口と出口の問題：NICU 病床は著しく不足しており、多くの大学病院や周産期センターで常時満床の状態が続いています。それが早産児・病児の出生が予測される母体救急症例の受入先決定困難に直結している実情があります。また NICU で治療を受けたお子さんの中で後遺障害のために自宅退院ができない方がおられます。このようなお子さんは重症心身障害児施設

等で治療やケアをうけることが望ましいわけですが、その施設が絶対的に足りないために入所できず、NICU での超長期間の入院を余儀なくされています。その結果、NICU の病床不足はさらに悪化することになります。母体救急への受入体制整備においては、これらの問題も同時に改善していく必要があります。

(ウ) 周産期医療対策整備事業の見直し：周産期医療対策整備事業には、母体救急の問題、NICU 不足の問題以外にも、都道府県の境界をこえた広域搬送の問題、MFICU の算定条件および期間の問題等の懸案があります。また、この事業が開始された平成 8 年には想定されていなかった、産婦人科医の減少と一般の分娩施設の減少による、産科一次医療の確保のための総合的施策が必要な状況となっています。重症心身障害児施設整備の問題も含め、周産期・成育医療提供体制を総合的に整備していく必要があると考えられます。

- ③ 過酷な勤務条件の医療現場の改善：日本産科婦人科学会では平成 19 年 9 月 7 日に厚生労働大臣に提出した陳情書の中で、産婦人科医師不足問題への対策として、1) (産婦人科勤務医の) 勤務内容を適正に評価し、過重な労働に対して相応の処遇を行うこと 2) 医師の勤務条件の改善を各病院が積極的に行うことを促進する施策をとることを要望しております。添付文書にもありますように、極めて長時間病院に在院し医療に従事している現場の医師の働きを正当に評価し、処遇していただくことが、現場の活力を維持するために必要不可欠と考えております。言うまでもないことですが、それは現場で救急医療に携わる全ての診療科の医師においても同様であると考えられます。

平成20年10月31日

厚生労働大臣
舛添 要一 殿

周産期救急医療体制特に母体救命救急体制の整備に関する緊急提言

社団法人 日本産科婦人科学会
理事長 吉村泰典



周産期救急医療体制特に母体救命救急体制の現状が大きな社会問題となっていることに鑑み、この問題に関する専門家団体として、以下の点について緊急にご検討をお願いいたします。

1. 周産期医療と救急医療の連携強化を、国、都道府県、医療機関の各レベルで推進すること
2. 国民の生命を守るために、そしてわが国の将来を担う新しい生命を守るために、救急医療提供体制、周産期医療提供体制の整備を強力に推進すること。周産期医療については、周産期医療対策整備事業の見直しを行い、総合的周産期・成育医療提供体制確保事業へと拡大すること
3. 周産期医療、救急医療等、過酷な勤務条件の医療現場を適正に評価し、改善の方向に導くための諸施策を緊急に実施すること
 - ▶ 喫緊の対策として、病院における時間外の分娩、帝王切開、母体搬送、救急対応に対して、担当した医師（産婦人科医、小児科医、麻酔科医、救急医、脳外科医等）個人に、症例ごとに手当を支給すること
4. 医療体制の整備のために以下の事項について長期的視野に立った検討を行うこと
 - ▶ 医師の絶対数不足の問題、産婦人科、小児科、麻酔科、救急等の診療科間偏在の問題の抜本的解決
 - ▶ 国民の生命を守る救急医療を担う医療機関の規模と適正配置
 - ▶ 医師の過酷な勤務実態を解決するための方策—勤務医の当直翌日の勤務緩和促進策

添付文書

- ▶ 平成19年9月7日付日本産科婦人科学会舛添要一厚生労働大臣宛陳情書
- ▶ 平成20年10月30日付産婦人科勤務医・在院時間調査 第2回中間集計結果報告と解説



社団法人 日本産科婦人科学会

〒113-0033 東京都文京区本郷2丁目3番9号 ツインビュー御茶の水3階
TEL : 03-5842-5452 FAX : 03-5842-5470 E-mail : nissanfu@jsog.or.jp

① 周産期医療と救急医療の連携強化：

- (ア) 母体の救命救急医療は、周産期医療と救命救急医療の中間的な位置にあります。適切な体制整備には周産期医療と救命救急医療の両者の連携体制が必要不可欠です。現行の都道府県の周産期医療システムや総合・地域周産期母子医療センターは、厚生労働省の周産期医療整備対策事業に基づいて整備が進んできており、大きな成果をあげていますが、母体救急に関する取り組みは十分行われているとは言いがたい状態です。
- (イ) 周産期医療体制、救急医療体制にはそれぞれ各地域の特殊性があります。いずれの分野も現場の献身的な努力でかろうじて体制を維持している状況にあります。両者の連携を強化し情報交換を迅速に行うことが必要であることは言うまでもありませんが、それが現場の負担をさらに増加させるものであれば、せっかくの新施策も、良い結果をもたらさない可能性があります。母児の救命救急に対応する体制を短期的に充実させるためには、地域ごとに現場の実情を十分に理解した上で、最適の施策を立案実施する必要があります。私ども日本産科婦人科学会では本年度の事業として、日本救急医学会のご賛同を得て、両学会で、「地域母体救命救急体制整備のための基本的枠組みの構築」に関する合同作業部会を設置し、各地域での検討が円滑に行われ、母児の安全のさらなる確保が迅速に進むように、この問題について短期間で必要な調査を実施しつつ、集中的に検討を行うこととしております。
- (ウ) 現場を担当する医療者は今後、積極的にこの問題の解決に取り組んでまいります。政府、都道府県には、是非、私どもの活動をご支援、ご協力いただきますよう、要望いたします。

② 救急医療提供体制、周産期医療提供体制の整備の推進：

- (ア) 国民の生命を守る救急医療、周産期医療は政策的な整備が必要不可欠な分野です。現在病院経営は極端に厳しい状況にあり、救急患者受入のために病床を安定的に確保することの困難さに現場は非常に苦しんでいます。救急患者の受入を促進するために、救急医療への積極的関与が病院経営に益するよう診療報酬等による誘導が必要と考えられます。
- (イ) 周産期医療における入口と出口の問題：NICU 病床は著しく不足しており、多くの大学病院や周産期センターで常時満床の状態が続いています。それが早産児・病児の出生が予測される母体救急症例の受入先決定困難に直結している実情があります。また NICU で治療を受けたお子さんの中で後遺障害のために自宅退院ができない方がおられます。このようなお子さんは重症心身障害児施設

等で治療やケアをうけることが望ましいわけですが、その施設が絶対的に足りないために入所できず、NICU での超長期間の入院を余儀なくされています。その結果、NICU の病床不足はさらに悪化することになります。母体救急への受入体制整備においては、これらの問題も同時に改善していく必要があります。

(ウ) 周産期医療対策整備事業の見直し：周産期医療対策整備事業には、母体救急の問題、NICU 不足の問題以外にも、都道府県の境界をこえた広域搬送の問題、MFICU の算定条件および期間の問題等の懸案があります。また、この事業が開始された平成 8 年には想定されていなかった、産婦人科医の減少と一般の分娩施設の減少による、産科一次医療の確保のための総合的施策が必要な状況となっています。重症心身障害児施設整備の問題も含め、周産期・成育医療提供体制を総合的に整備していく必要があると考えられます。

- ③ 過酷な勤務条件の医療現場の改善：日本産科婦人科学会では平成 19 年 9 月 7 日に厚生労働大臣に提出した陳情書の中で、産婦人科医師不足問題への対策として、1) (産婦人科勤務医の) 勤務内容を適正に評価し、過重な労働に対して相応の処遇を行うこと 2) 医師の勤務条件の改善を各病院が積極的に行うことを促進する施策をとることを要望しております。添付文書にもありますように、極めて長時間病院に在院し医療に従事している現場の医師の働きを正當に評価し、処遇していただくことが、現場の活力を維持するために必要不可欠と考えております。言うまでもないことですが、それは現場で救急医療に携わる全ての診療科の医師においても同様であると考えられます。

陳 情 書

平成 19 年 9 月 7 日

厚生労働大臣
舛添 要一 殿

社団法人 日本産科婦人科学会
理事長 吉村 泰典

社団法人 日本産婦人科医会
会 長 寺尾 俊彦

わが国の産科・周産期医療体制が危機的状況にあることは既にご存知の通りですが、この状況を一刻も早く改善に向かわせるため、日本産科婦人科学会は、平成 19 年 7 月 9 日付で前厚生労働大臣に「産科医療提供体制の危機的状況を打開するための緊急対策に関する陳情書」を提出し、早急な対応を要望したところであります。一方、政府からは同年 8 月 30 日付で厚生労働省・総務省・文部科学省より「地域医療に関する関係省庁連絡会議」の資料が公表され、「緊急医師確保対策」の具体的な取組みが示されました。その内容を踏まえ、本会は、わが国の産科医療を担う専門家団体として、以下の更なる追加提言を行うと共に、政府の今後の施策に反映して頂くことを強く要望する次第であります。

- 産科救急医療体制の整備について：
 - 産科救急医療体制における一次医療機関の重要性を見直し、その役割を明確にした上で、すべての産婦人科医療機関がその機能を発揮できる体制の整備を行うこと

- 産婦人科医師不足問題への対策について：
 - ◇ 新規の産婦人科医師の確保と育成を促進するのみでなく、現在産婦人科医師である者が意欲を持って現勤務を継続できる環境を整備すること

 - 勤務内容を適正に評価し、過重な労働に対して相応の処遇を行うこと
 - 医師の勤務条件の改善を各病院が積極的に行うことを促進する施策をとること
 - 産科補償制度を成立させ、産科医師を不必要な心身の負担から解放し、患者との信頼関係を確保しつつ正しい医療が行える環境を醸成すること

補 足 説 明

- 産科救急医療体制の整備について：
 - 産科救急医療体制における一次医療機関の重要性を見直し、その役割を明確にした上で、すべての産婦人科医療機関がその機能を発揮できる体制の整備を行うこと
 - ◇ 現行の周産期医療対策事業は、産科一次医療機関が多数存在していた10年以上前に構想されており、一次医療機関が機能していることを前提として、主として高次周産期救急疾患への体制整備を目的として策定されている。このため、各地域における二次三次周産期救急に関する整備については深く検討され、対策が盛られているが、産婦人科一次救急や、未受診妊婦への対応については全く検討されていない。産科一次二次医療機関の急速な減少と診療能力の低下が認められる地域が増加している現時点においては、新たに一次医療機関を含む総合的な対策が必要となっている。
 - ◇ 周産期医療対策事業の見直しについては、既に本学会から要望を提出しているが、それに加えて、一次医療体制の充実のための体制整備が緊急に必要と考えられる。
 - ◇ 新たに策定される必要がある総合的な対策においては、未受診妊婦を含む産婦人科一次救急症例への対応が、各地域において明確に規定される必要がある。
- 産婦人科医師不足問題への対策について：医師の絶対数が不足・減少傾向を示している診療領域において、医療提供体制を確保するためには、医療の中心的な役割を果たす現場の医師がその能力を最大限に発揮すること、そしてその状況が持続可能な体制を整備することが必要不可欠である。わが国の産科医療の現状を考慮すれば、今、分娩の現場にいる医師がその場に積極的にとどまって、その能力を十分に発揮することが、最重要の緊急課題であり、そのための実効性のある諸施策を実行しつつ、同時に、新規専攻者の増加をはかり、中長期的に安定的な医療提供が可能な医療リソースを確保するための施策を行う必要がある。
 - 勤務内容を適正に評価し、過重な労働に対して相応の処遇を行うこと
 - ◇ 産婦人科においては、地域医療を担う病院が担当する必要がある診療の量は、医師の多寡によらず、その地域の住民数や分娩数によって決まる。すなわち、「医師不足が深刻な病院」においては、医師不足自体の解消が短期的に困難であるとすれば、そこで「現に勤務している医師」に過重となっている勤務内容を適正に評価し、それに応じた処遇を行うことこそが、医師の継続的就労を促し、緊急的対策として必要不可欠である。

- ◇ それなしには医師は早晚、現場を離れていく。新人の養成も極めて重要だが、現に勤務している知識と技術と経験を有する医師を失うことのダメージは極めて大きいし、そのダメージを解消するには長い時間がかかる。

➤ 医師の勤務条件の改善を各病院が積極的に行うことを促進する施策をとること

- ◇ 院内保育、病児保育、24時間保育等、24時間体制で勤務する医療従事者を支援する体制を整備することは病院管理者の責任であることを明確にすること。希望する医師の子女に関しては100%受け入れ可能な体制が整備される必要がある。またそのような体制整備が、研修施設等の施設要件とされるべきである。積極的に導入している病院には優遇措置をとる等の対策により、勤務条件の改善を各病院が積極的に推進するよう指導するべきである。
- ◇ 「当直後の継続的勤務等の過酷な勤務体制を維持している病院」や「出産育児休業を取得する女性医師の代替要員の雇用を許可しない病院」に対して、勤務条件の緩和を各病院が積極的に推進するよう、行政上の指導が行われるべきである。また逆に、そのような努力を実際に行っている病院に対しては、診療報酬上の優遇措置を含め、その努力を評価することが重要である。
- ◇ 交代勤務制を実現するためには、医療機関の集約化を積極的に推進する必要がある。
 - 交代勤務制導入支援のための補助事業等の拡充が示されているが、交代制の導入を検討可能な施設は多くの医師のいるごくわずかな病院に過ぎない。今医療崩壊に陥っているのは、そのようないわゆる「勝ち組」病院ではなく、医師の絶対数が少ないため交代制の導入などは検討すらできない施設なのであって、このような施策は医師全体としての勤務条件の改善にはつながるかもしれないが、医療提供体制の確保には全く有効でないと考えられる。「勝ち組」病院へのさらなる医師集中を招く可能性すら存在する。
 - 交代勤務制の実現には、まず先行的、かつ政策的な集約化が行われなければならない。
- ◇ 不足している医師が必要不可欠な業務に専念できる体制を整備すること
 - 医療秘書業務にかかる経費が診療報酬にきちんと反映されること。
 - 医師自身が行う必要のある管理業務を適切に評価し、それを業務として正当に評価すること。

➤ 産科補償制度を成立させ、産科医師を不必要な心身の負担から解放し、患者との信頼関係を確保しつつ正しい医療が行える環境を醸成すること

- ◇ 産科医療において紛争事例、訴訟事例が他の診療分野と比較して多いのは、多くの先進国が共通に抱えている問題であり、産科という診療分野における偶発事象が、頻度こそ高くないものの結果が重篤で、予測困難な状況で不可避的に発生するという特性をもっていることによる。このため産科を専攻す

る医師が減少していることも各国に共通の問題であり、既に無過失補償制度が導入されている国もある。従って、無過失補償制度を産科で先行して整備されることには必然性があると考えられる。今回の導入によってその有効性が確認されることにより、他の診療分野への拡大も視野に入れることが可能になる。

- ◇ 無過失補償制度の考え方は、本来、過失の有無を問うことなく、医療関連有害事象に遭遇した患者を救済し、それとは別に過失の有無や責任の所在を検討し、再発を予防する対策を検討する、というものである。現在検討されているのは、成熟児の原因不明の脳性麻痺を対象としているが、無過失補償制度では、過失の有無に関わらずに対象とされるべきであること、対象疾患が今後拡大されていく可能性があることを考慮して制度設計がなされるべきである。
- ◇ 無過失補償制度は、原因究明機構や裁判外紛争処理機構等の医療関連有害事象対策と連携することによって、その有効性が格段に増すと考えられる。それらの制度整備を同時に迅速に実施することが必要である。

平成 19 年 9 月 7 日

厚生労働大臣

舛添 要一 殿

社団法人 日本産科婦人科学会

理事長 吉村 泰典

産婦人科医療提供体制検討委員会

委員長 海野 信也

政府・与党の緊急医師確保対策への意見

緊急医師確保対策の要旨は下記の通りとなっています。ここで挙げられている対策は医療全体の危機への対策となっていると考えられ、この対策が実施される場合には診療科の特殊性により、よりきめ細かい対策が検討される必要があります。産婦人科専門医を養成する立場にある日本産科婦人科学会として、産婦人科の特殊性と現状を考察した上で、各項に対して意見を述べさせていただきます。特に対策案のうち、2, 3, 5 の項目については、産婦人科にとって重要性が高いと考えられますので、実効性のある具体策を強く要望いたします。

政府・与党の緊急医師確保対策 要旨

1. 医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築
 - 医師不足地域に対し、都道府県からの求めに応じ、国レベルで緊急臨時的な医師の派遣を行う体制を整備する。上記の実施に伴い、規制緩和等の所要の措置を講じる。
2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等
 - 病院勤務医の過重な労働を解消するため、交代勤務制など医師の働きやすい勤務環境の整備、医師、看護師等の業務分担の見直し、助産師や医療補助者等の活用を図る。また、特に勤務が過重で、深刻な医師不足の現状にある地域医療を支える病院への支援を充実する。さらに、一次救急を含めて地域医療を担う総合医の在り方について検討する。
3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備
 - 出産や育児による医師等の離職を防止し、復職を促すため、院内保育所の整備など女性の働きやすい職場環境の整備を図るとともに、女性医師の復職のための研修等を実施する病院等への支援や女性医師バンクの体制を充実する。
4. 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等
 - 大学病院を含む医師臨床研修病院の臨床研修制度の在り方や定員の見直し等を行うことにより、都市部の病院への研修医の集中の是正に取り組む。また、臨床研修後の専門医に向けた研修の在り方についても、地域医療への従事や医師派遣の仕組みと関連付けて検討する。
5. 医療リスクに対する支援体制の整備
 - 産科補償制度の早期実現や、診療行為に係る死因究明制度(医療事故調査会)の構築など、医療リスクに対する支援体制を整備する。
6. 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進
 - 地域や特定の診療科で医師が不足している現状に対応し、奨学金を活用して都道府県が定める地域や診療科に確実に医師が配置できるための医師養成数の緊急臨時的な増加を行う。さらに、地域の医療に従事する医師数の増加を図るため、医学部における地域枠の拡充を図るとともに、医師養成総数が少ない県においては、医師の養成数を増加させる。また、臨床医を養成する医育機関の在り方についても検討する。

本会の意見

1、医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築

- 産婦人科医の緊急臨時的確保が求められる状況と想定すると、地域の産科医療を担ってきた医療機関が、産婦人科専門医が不在となることによって分娩取扱を縮小ないし中止しなければならない場合(そのような事例は既に多発しているが)が考えられる。その場合、派遣される医師は、管理的能力を求められるばかりでなく、実際に24時間体制の分娩の現場で診療にあたる必要がある。
- 検討されるべき課題：
 - 国立病院等の派遣元となる産婦人科がその施設の診療の規模に相当する産婦人科専門医を現に雇用しているかどうかという問題
 - 「定年直後の医師」にそのような過酷な状況での勤務を現実的に要請可能かという問題
 - ◇ どの程度の条件を提示できるかという問題：
 - 即戦力となる「定年直後の医師」は他の医療機関からも引っ張りだこになっている現状を理解する必要がある。
 - 地方病院においては既に、相当な好条件を提示しても全く希望者がいない、という現状で、どのように派遣する医師のプールを作るのか
- この対策は、産婦人科医の不足への対応としては、根本的な解決策とはならないと考えられる。
- むしろ、専門的技能を有する医師が、必要とされる医療現場で最大限にその能力を発揮するためには、公務員である医師の兼業禁止規定を見直すことの方が、即効性があると考えられる。

2、病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等

- 産婦人科という診療科は多数の病院に分散して少ない医師で診療を行っているため、交代勤務制を実現するためには、まず相当な集約化を実現しなければならない。現時点では、産婦人科では全く非現実的である。しかし、その方向で病院の体制の整備が今後ねばり強く行われることを強く要望する。
- 医師の業務内容を見直し、激増している医療以外の管理業務や事務的な業務負担を軽減することは、きわめて重要であり即効性がある。しかし、このような業務負担の軽減のために必要なのは看護師・助産師ではなく、医療秘書のような職種の人材である。医療秘書業務にかかる経費が診療報酬にきちんと反映されることを要望する。
- 医療行為があくまでも医師の責任において行われる以上、医師自身が行う必要のある管理業務が存在し、医療安全対策上もその重要性が増大していることも確かである。従って、そのような業務負担を正當に評価するという対応も必要である。
- 医師の分娩業務対応の緩和をはかる目的で院内助産等を導入したとしても、異常分娩対応を24時間体制で行う、ということは全く変わりがない。従って、これも集約化を実現した後でなければ、過重労働解消にはつながらない。また、産科医療において重要な役割を果たす現場の助産師が絶対的に不足している現状を、十分に認識した上で、具体策を検討する必要がある。

- 医師不足が深刻な病院で、最も負担がかかっているのは不足した状態で勤務を続けている医師自身である。そして、医師不足のために診療規模の縮小が不可避的に起こり、病院経営自体が危機に瀕することになっているのが地方の病院の実態である。
- 産婦人科においては、地域医療を担う病院が担当する必要がある診療の量は、医師の多寡によらず、その地域の住民数や分娩数によって決まる。すなわち、「医師不足が深刻な病院」においては、医師不足自体の解消が困難であるとすれば、そこで「現に勤務している医師」に過重となっている勤務内容を適正に評価し、それに応じた処遇を行うことこそが、医師の継続的就労を促し、緊急的対策として必要であり、また効果が期待できると考えられる。
- 多くの病院では、過酷な勤務が続き、しかもそれに対する正当な評価がなされていない。それが第一線の医師が臨床現場から離脱する最大の原因である。そして同僚が一人でも退職すると、現場の状況はさらに過酷なものとなり、退職の連鎖を引き起こすことになる。それが、多発している地域基幹病院からの産婦人科の撤退の実態である。早急に抜本的な改革がなされないと、新規専攻者を育成する現場の指導医不足により、産婦人科臨床医の養成そのものが不可能になってしまう。

3、女性医師等の働きやすい職場環境の整備

- 院内保育、病児保育、24時間保育等、24時間体制で勤務する医療従事者を支援する体制を整備することは病院管理者の責任であることが明確にされ、希望する医師の子女に関しては100%受け入れ可能な体制が整備される必要がある。またそのような体制整備が、研修施設等の施設要件とされるべきである。積極的に導入している病院には優遇措置をとる等の対策により、勤務条件の改善を各病院が積極的に推進するよう指導するべきである。
- 「当直後の継続的勤務等の過酷な勤務体制を維持している病院」や「出産育児休業を取得する女性医師の代替要員の雇用を許可しない病院」に対しては強い行政指導を行う等の対策により、勤務条件の緩和を各病院が積極的に推進するよう指導するべきであると考えられる。また逆に、そのような努力を実際に行っている病院に対しては、診療報酬上の優遇措置を含め、その努力を評価することが重要である。

4、研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等

- 初期臨床研修医の大都市部への集中という現象の一因は、この制度が、研修医定員の妥当性についての客観的な検証を欠いた状態で施行されたこと、研修内容について研修医自身が知り得ない時点で、志望病院をきめなければならないマッチングシステムが導入されたことにある。
- 今の地方病院の医師不足は「研修医不足」ではないという点、むしろ各病院で専門医および後期研修医が不足していることが喫緊の問題となっていることを考える必要がある。単純に、大都市病院の研修医定員を絞るだけでは、地方病院の危機は解消しない。むしろ、各地域に存在する専門医研修を実際におこなうことが可能な施設に、研修医が配置される必要がある。地方病院には、そのような地域の基幹教育研修施設で研修した専門医が適切に配置されていくよう指導していく必要がある。
- 従って「定員の見直し」は、各地域および各医療機関における専門領域の教育研修機能の現状を適切に評価した上でなされる必要がある。

5、医療リスクに対する支援体制の整備

- 産科医療において紛争事例、訴訟事例が他の診療分野と比較して多いのは、多くの先進国が共通に抱えている問題であり、産科という診療分野における偶発事象が、頻度こそ高くないものの結果が重篤で、予測困難な状況で不可避免的に発生するという特性をもっていることによる。このため産科を専攻する医師が減少していることも各国に共通の問題であり、既に無過失補償制度が導入されている国もある。従って、無過失補償制度を産科で先行して整備されることには必然性があると考えられる。今回の導入によってその有効性が確認されることにより、他の診療分野への拡大も視野に入れることが可能になる。
- 無過失補償制度の考え方は、本来、過失の有無を問うことなく、医療関連有害事象に遭遇した患者を救済し、それとは別に過失の有無や責任の所在を検討し、再発を予防する対策を検討する、というものである。現在検討されているのは、成熟児の原因不明の脳性麻痺を対象としているが、無過失補償制度では、過失の有無に関わらずに対象とされるべきであること、対象疾患が今後拡大されていく可能性があることを考慮して制度設計がなされるべきである。
- 無過失補償制度は、原因究明機構や裁判外紛争処理機構等の医療関連有害事象対策と連携することによって、その有効性が格段に増すと考えられる。それらの制度整備を同時に迅速に実施することが必要である。

6、医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進

- 「診療科枠」「地域枠」を設けることによって、中期的にはその診療科・地域に勤務する医師は増加することが期待できる。しかし、その医師が義務年限を超えて仕事を継続するかどうかは、今問題となっている診療科間、地域間の勤務条件の格差や適切な評価がなされないこと等が解決することが前提となる。
- 他の対策についても言えることだが、緊急臨時的な増加策が、その地域・診療科にとって継続的な効果をもつためには、緊急対策をとっている間に抜本的な解決策が同時にすすめられなければならないことは明らかである。今回の対策にはその点での検討が十分に含まれているとは言い難いと考えられる。

平成 20 年 10 月 30 日

産婦人科勤務医・在院時間調査 第 2 回中間集計結果 報告と解説

日本産科婦人科学会
産婦人科医療提供体制検討委員会
委員長 海野信也

この調査の目的と概要：

- 1) 産婦人科医の勤務条件が過酷であることは、既に周知の事実となっています。平成 20 年度診療報酬改定では、ハイリスク分娩管理加算の大幅改定などを通じて、勤務医の勤務環境の改善を行うこととしており、それ以外にも多くの施策が実施されつつあります。今後、それらの施策の有効性を評価し検証するためには、勤務医の勤務実態を客観的に示す指標を必要となると考えられます。しかし、現状ではどのような指標が適切か、明確になっていません。このため、診療科間や施設間の比較、なんらかの施策を実施したことによる効果等を客観的に検証することが難しい状態にあります。
- 2) 一般には、このような指標としては労働時間がもっとも重要と考えられます。しかし、医師の場合、管理的な業務、研究、研修に当てられた時間や待機時間等、患者さんの診療時間だけが労働時間ではないと考えられること等のために、労働時間の定義や評価に関して多くの議論があり、コンセンサスが得られていません。このため、労働時間そのものを調査しても、データが同一の基準で収集されていることを確認するのが難しく、結果の信頼性について疑問の余地が生じる可能性があります。そこで今回の調査では、客観的に記録し、評価可能と考えられる「在院時間」および「オンコール時間」の実態を、各医師について 1 ヶ月間調査することにしました。
- 3) 具体的な調査項目は、各病院の規定された勤務開始・終了時刻、医師の年齢、性別、産婦人科医として経験年数、自発的に提供された開示可能な個人情報、1 ヶ月間の病院への出勤時刻と退勤時刻（複数施設で勤務している場合は、非常勤施設での出退勤時刻）、あらかじめ決められているオンコールの開始・終了時刻としました。調査票に記入し、結果を e-mail、FAX または郵送で回収する方法をとりました。日本産科婦人科学会卒後研修指導施設 750 施設の産婦人科責任者に郵送で依頼状を送るとともに、個人参加者を学会ホームページ上で募集しました。
- 4) このような調査を全国的に実施することは、学会にとって初めての試みです。今回の調査は、今後の勤務条件の適正化を評価する上での基本情報を収集するための方法論を確立することが第一の目的です。そして実際に収集された情報自体が今後の検討の基本情報となることを期待して実施いたしました。
- 5) 調査結果の公表に際しては、個別施設、個人が特定できないように厳重に配慮することを前提として、データの提供を求めました。このため個別施設・個人に関するお問い合わせには一切、対応できませんので、ご了承をお願いいたします。

調査の進行状況：

- 1) 調査に協力を申し出てくださった施設・会員は多数に上り、調査結果が続々と送付されてきています。
- 2) データ入力・一次解析を順次進めています。2008年10月29日の時点で、2008年9月9日受領分までの、一般病院勤務医221名、大学病院勤務医76名のデータの入力が終了しています。10月29日までにさらに常勤医187名分のデータを受領しています。諸事情により前回の中間集計より入力ペースが落ちていますが、順次入力、解析を進めてまいります。データの入力と確認、施設への必要事項の問い合わせ等はこれまでのところ、すべて海野が行っております。今後は、適宜、研究協力者の応援を得ることとしています。
- 3) 今回の第2回中間集計では、一般病院の常勤医と大学病院勤務医のデータを別々にまとめました。
- 4) 一般病院については、当直体制をとっている病院と当直はおかずオンコール体制をとっている病院とでは、勤務実態が大きく異なるため、両者をまとめた集計と別々にした集計を行いました。当直体制の病院では、在院時間が長くなるが、その病院のオンコールは緊急手術等の緊急事態にのみ対応するオンコールであるのに対し、当直のない病院のオンコールは、普通の分娩でも緊急登院の必要があるためです。後者では勤務時間とオンコール時間の和が実際の on duty 時間とも考えられるため、その集計も行いました。
- 5) 大学病院の勤務医については、大多数が他の施設で非常勤医として週1回程度の外勤を行っています。常勤医の少ない一般病院では、大学からの非常勤医によってかろうじて診療体制を維持しているところがしばしば見受けられます。当直を週に数回外勤医に依存しているのはめずらしくありません。大学病院勤務医はそのような形で、きわめて少額の大学の給与を補うとともに、地域の分娩施設を支えているという構造になっているのです。大学病院勤務医の生活を理解するためには、このような外勤の実態を含めて分析する必要があります。そこで、今回の集計では、それぞれの医師の大学病院での在院時間と当直回数と外勤先施設の在院時間と当直回数、そして両者の和を検討することにしました。

中間集計の方法：

- 「在院時間」：出退勤時刻から在院時間を計算し、積算しました。それには、勤務時間、更衣等の準備時間、休憩時間、宿直時間、時間外の診療時間等がすべて含まれます。
- 「オンコール時間」：勤務時間外に必要が生じた際に対応する時間帯を各職場であらかじめ定めている場合に、記載を求めました。病院産婦人科は基本的に24時間体制で運営されています。当直体制をとっていない施設では、入院患者さんの急変、分娩の進行、救急の外来患者さんへの対応等の必要が生じた場合に備えて、必要時に呼び出されるオンコール体制をとっているのが普通です。また、当直体制をとっている病院でも、緊急手術等は一人ではできないので、応援の医師を呼び出す必要が生じます。その場合、あらかじめオンコール体制をとる場合と、とらない場合（そういう場合は誰でも呼び出される可能性がある）があります。オンコールではない晩でも、受け持ち患者さんの急変や緊急事態で呼び出されることはもちろんありますが、それはあらかじめ業務として定められたものではないので、この集計には含まれていません。また、今回の中間集計では、オンコールの時に呼び出されたのか、そうでないときの時間外在院なのかは区別していません。また、オンコール時間帯でどのくらい呼び出されているか等の解析は今回の中間解析では行っていません。
- 「勤務時間」：今回の調査では勤務時間に昼休み等の休憩時間を含めています。
- 「時間外在院時間」：在院時間と勤務時間の差として求めました。
- 「当直回数」：これまでの集計では、夜間交代勤務制をとっている病院は1カ所のみでした。当直回数は、あらかじめ定められて夜間に当直した場合のみをカウントしました。重症患者さんの管理等のために臨時で泊まり込んだ場合は含んでいません。
- 「休日日直回数」：あらかじめ定められて休日の日勤帯に在院した場合をカウントしました。患者さんの状態をチェックする等のために休日に出勤する医師は多いのですが、それは在院時間には含めていますが、日直には含めていません。
- 「勤務時間+オンコール時間」：当直をおかないオンコール体制では、オンコール時に呼び出される可能性が高くなります。このような「On duty の時間」の一つの指標として計算してみました。
- 「全在院時間」：大学病院勤務医の実態を理解するためには、非常勤施設での勤務を考慮しなければなりません。非常勤施設の出退勤時間が明らかになった大学病院勤務医について、大学病院と非常勤施設の在院時間の総和を計算しました。同様に、双方における当直回数、休日日直回数を計算しました。

一般病院全体						当直体制の病院						当直体制をとっていない病院							
	年齢	月間 在院時間	月間オ ンコール 時間	月間勤 務時間 数	月間時 間外在 院時間	年齢	月間 在院時間	月間オ ンコール 時間	月間勤 務時間 数	月間時 間外在 院時間	当直 回数	休日 直回数	年齢	月間 在院時間	月間オ ンコール 時間	月間勤 務時間 数	月間時 間外在 院時間	月間勤 務時間 +オ ンコール 時間	
全体	平均	42	292	140	177	115	41	301	118	175	126	4.2	1.3	46	259	183	182	77	350
	標準偏差	11	57	103	18	52	11	57	80	17	51	2.5	1.0	11	41	130	17	32	140
	N	221	221	138	221	221	172	172	94	172	172	172	172	49	49	45	49	49	49
	最大値		428	515	210	236		428	515	210	236	12	5		373	508	198	183	706
25-29歳	平均	28	327	140	175	151	28	332	116	174	158	5.4	1.4	28	275	230	187	88	359
	標準偏差	1	51	79	18	43	1	50	63	18	39	1.6	0.8	1	26	77	9	19	126
	N	41	41	14	41	41	37	37	11	37	37	37	37	4	4	3	4	4	4
	最大値		428	275	198	236		428	234	198	236	10	3		310	275	195	115	462
30-34歳	平均	32	294	109	179	115	32	303	107	180	124	4.5	1.5	32	249	117	179	70	271
	標準偏差	1	56	67	17	51	1	53	67	15	51	2.3	1.0	1	48	74	28	27	106
	N	37	37	20	37	37	31	31	16	31	31	31	31	6	6	4	6	6	5
	最大値		386	320	209	201		386	320	209	201	9	4		299	184	197	112	371
35-39歳	平均	37	286	127	174	111	37	296	125	173	121	4.1	1.1	38	246	132	178	68	310
	標準偏差	1	56	70	17	47	1	55	70	17	42	2.2	0.8	1	43	75	18	43	66
	N	30	30	20	30	30	24	24	14	24	24	24	24	6	6	6	6	6	6
	最大値		406	243	193	217		406	243	193	217	8	2		313	236	193	120	381
40-44歳	平均	43	310	139	178	132	43	314	103	174	140	4.6	1.4	41	295	232	192	103	423
	標準偏差	2	57	105	18	56	1	64	53	18	61	3.6	1.3	1	3	153	5	4	149
	N	23	23	18	23	23	18	18	13	18	18	18	18	5	5	5	5	5	5
	最大値		402	503	205	233		402	209	205	233	12	4		299	503	197	107	688
45-49歳	平均	47	291	153	178	112	47	291	133	176	114	3.7	1.2	46	291	235	189	102	424
	標準偏差	1	56	118	16	51	1	60	90	16	54	2.6	0.8	2	42	190	8	38	195
	N	24	24	20	24	24	20	20	16	20	20	20	20	4	4	4	4	4	4
	最大値		389	508	201	200		389	295	201	200	9	3		329	508	198	142	706
50-54歳	平均	52	274	221	181	93	51	289	121	178	111	3.9	1.5	52	249	284	185	63	469
	標準偏差	1	44	154	11	43	1	49	89	13	45	2.5	1.5	1	19	157	7	16	156
	N	21	21	13	21	21	13	13	5	13	13	13	13	8	8	8	8	8	8
	最大値		370	504	201	186		370	269	201	186	8	5		283	504	193	94	696
55歳以上	平均	58	262	128	174	88	58	269	121	173	97	2.5	1.0	59	249	138	177	71	298
	標準偏差	3	51	103	22	44	3	53	112	22	46	2.2	1.1	3	48	93	21	35	109
	N	45	45	33	45	45	29	29	19	29	29	29	29	16	16	14	16	16	16
	最大値		373	515	210	183		328	515	210	183	7	4		373	283	195	183	474

大学病院勤務医

	年齢	月間 在院時間	月間オ ンコール 時間	月間勤 務時間 数	月間時 間外在 院時間	大学病 院当直 回数	大学病 院休日 直回数	非常勤 施設で の在院 時間数	非常勤 施設で の当直 回数	非常勤 施設で の日直 回数	全在院 時間	全当直 回数	全休日 直回数		
全体	平均	38	281	32	155	127	4.4	1.3	60	3.1	0.6	341	5.8	1.4	
	標準偏差	8	62	99	21	59	2.1	0.9	51	2.9	1.1	76	4.1	1.3	
	N	76	76	68	73	73	64	59	76	54	53	76	76	76	
	最大値		60	412	557	196	245	9	5	186	9	4	505	15	5
25-29歳	平均	28	352	0	168	189	6.2	1.9	55	2.8	0.6	407	8.2	2.4	
	標準偏差	1	39	0	17	39	1.9	0.8	50	2.1	1.4	39	3.2	1.1	
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	8	8	11	11	11	
	最大値		399	0	196	223	9	4	145	5	4	463	14	5	
30-34歳	平均	32	278	5	149	129	5.3	1.2	71	3.5	0.7	349	7.6	1.6	
	標準偏差	1	47	13	18	51	1.8	1.1	49	2.9	1.1	75	3.6	1.3	
	N	20	20	16	18	18	19	18	20	15	15	20	20	20	
	最大値		385	48	187	245	9	5	173	9	4	505	15	5	
35-39歳	平均	36	276	7	161	119	3.9	1.0	73	3.8	0.9	349	6.7	1.7	
	標準偏差	1	39	26	22	48	1.3	0.7	64	3.6	1.4	78	4.6	1.5	
	N	18	18	17	17	17	17	17	18	14	14	18	18	18	
	最大値		359	109	196	212	5	2	186	9	4	463	14	5	
40-44歳	平均	43	266	143	147	119	3.1	1.3	79	3.5	0.1	345	6.3	1.1	
	標準偏差	2	80	213	21	65	1.8	0.8	47	2.6	0.4	50	2.1	0.8	
	N	8	8	6	8	8	7	6	8	8	7	8	8	8	
	最大値		398	557	175	223	5	2	150	7	1	433	10	2	
45-49歳	平均	48	251	60	154	96	1.7	1.3	31	1.7	0.2	282	1.6	0.4	
	標準偏差	2	59	147	21	47	1.0	0.5	36	2.3	0.4	47	2.0	0.6	
	N	14	14	14	14	14	7	4	14	6	6	14	14	14	
	最大値		350	557	196	180	3	2	115	5	1	350	6	2	
50歳以上	平均	55	260	63	144	116	3.3	0.7	32	0.0	0.0	292	2.0	0.4	
	標準偏差	5	106	65	13	94	2.9	1.2	11	0.0	0.0	112	2.7	0.9	
	N	5	5	4	5	5	3	3	5	3	3	5	5	5	
	最大値		60	412	141	167	245	4	5	2	49	0	0	461	5

中間集計の結果：

- 今回の中間集計では、病院産婦人科医の在院時間が一般病院でも大学病院でも非常に長いことが示され、いわゆる「過酷な勤務」の実態の一端が数値として示された。
- 一般病院勤務医全体と大学病院勤務医の本務場所での在院時間に有意の差は認められなかったが、一般病院勤務医全体の在院時間と大学病院勤務医の非常勤施設を含む全在院時間では有意に大学病院勤務医の全在院時間の方が長かった。一般病院の中では在院時間は当直体制の病院の方が、当直のないオンコール体制の病院より有意に在院時間が長かった。当直体制の病院勤務医の在院時間と大学病院勤務医の全在院時間を比較すると、後者の方が有意に長かった。その一方、当直体制のない病院の「月間勤務時間＋オンコール時間」は大学病院勤務医の全在院時間とほぼ同等であった。
- 年齢別の検討では、20代医師の在院時間が長い傾向がどのカテゴリーでも認められた。
- 今回の調査では明らかな男女差は認められなかった（今回の対象が「常勤医」に限定されていることに留意する必要がある）。
- 今後、さらにデータを集積するとともに、勤務実態の施設間差を解析し、産婦人科勤務医の勤務条件改善のための基礎的な検討を行っていく予定である。