

# 追加意見

(第4回 医療のまちづくり検討委員会)

2020.7.4  
外山千也

# 残された大きな課題は二つ

①病院群という運営体制をどう改善していくのか？

②医師確保と経営の効率化、具体的にどう実現していくのか？  
(本日は医師確保)

**①病院群という運営体制をどう改善していくのか？**

**（行政的視点と住民感情、地域包括ケアの実現の三つ巴）**

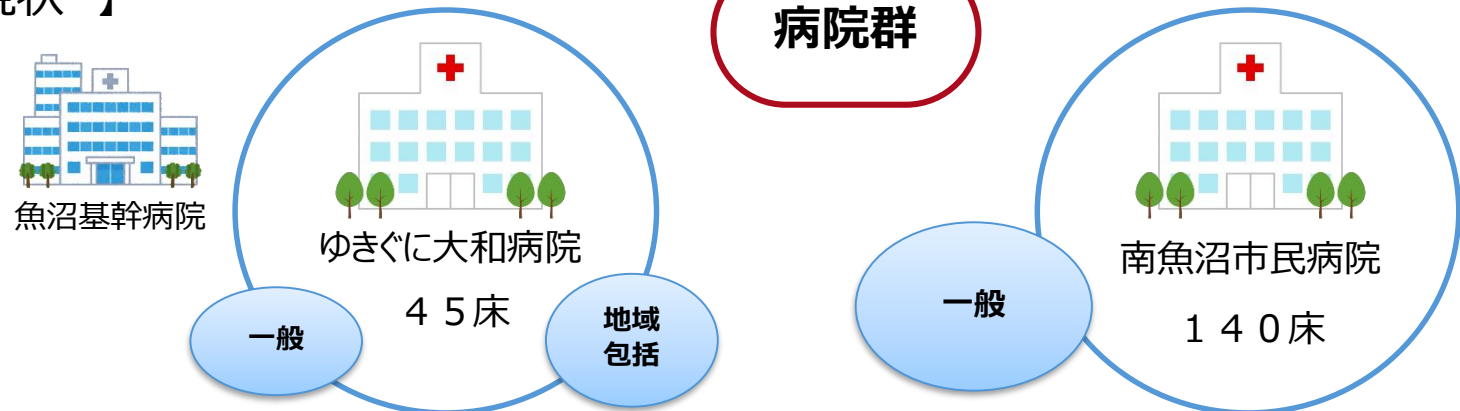
**①新ゆきぐに大和病院の建設は、財政面、  
医師確保面から現実的でない。**

**②今ある医療資源をフルに活用して、南魚  
沼市全体として南魚沼市らしい「地域包括  
ケア」の実現を目指してはどうか？**

**③病院群と言う発想を変えて、ゆきぐに大  
和病院、南魚沼市民病院を全体として「一  
つの病院」として、機能も「職員の心も」  
一体となってオールミナミウオヌマとして  
新たな南魚沼市の医療を実現してはどうか？  
（医療のまちづくりのベース）**

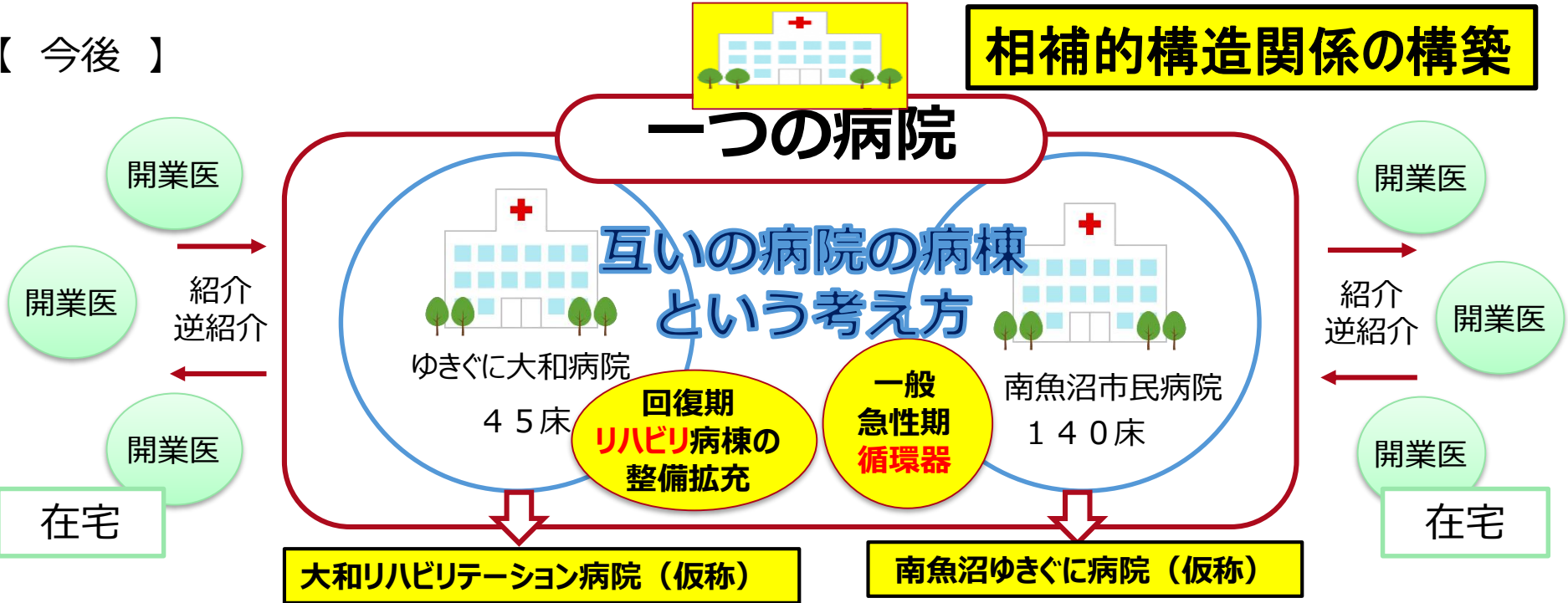
# 南魚沼市としての地域包括ケアの実現（現実的施策）

## 【 現状 】



同じような機能をお互いが地区別に担っている状況

## 【 今後 】



## ② 医師確保政策の提案

(南魚沼市で一体どういう  
政策が考えられるのか)

# 【前提】

- ①平成16年（2004年）の臨床研修制度以来、卒業医師は臨床研修施設を自由に選択できるようになり、6割が直接市中病院を選択。医局には、研修後、就職先は自分の希望で赴任することが前提での入局。
- ②そもそも大学は労働者派遣事業所ではない。

# 【前提】

③平成30年（2018年）専門医制度が新たにスタートし、殆どすべての医師がその専門医養成システムに入って専攻医期間を過ごすことになって、ますます、医局からの所謂派遣人事は難しくなっている。



## 【現行】

1) 臨床研修基幹施設（さいたま医療センター）の連携施設となつて、初期研修医を1か月ローテーションで受け入れる(○)

→活気があって良いが、指導医の評価、指導が大変

2) さいたま医療センターから専攻医の1～2列（2か月交替）で受け入れる(○)

→戦力にはなり得るが、専攻医プログラムの特別連携施設。穴を慈恵医大からの派遣で埋めても4～6月は1列に減。

3) 非常勤医師の多数登用(×)

→止むを得ず実施しているが、高コスト、

**では、一体どうしたら  
良いのか？**

**一本釣りでは限界・・・**

# 南魚沼市の利点

- ①黒岩先生の時代から自治医科大学と連携が深い。
- ②東京から近く、市民病院まで1時間50分で来れる。
- ③指導医の資格を有する（した）医師が複数いる。  
（外科は既に専攻医のプログラムを形成）
- ④東京などでは、専攻医の定数抑制を実施しているが、新潟県では定数制限はないことに着目。
- ⑤最下位の医師少数県の中で最下位の圏域戦っている（日本で一番困難で難しい地域）。
- ⑥「コロナ禍で、「密」でない、地方の中小都市の魅力がアップしてきている。

# 具体的なアクションの提案

- ① 寄附講座の設置（林市長の政策）  
自治医科大学南魚沼市地域医療学講座（仮称）  
（循環器、総合診療の特命教授）  
既に7月1日付で、岡崎幸生先生が着任  
（人生意気に感ず！）  
（心臓血管外科医、佐賀大学医学部准教授などを歴任）  
また、特命助教（総合診療）の応募もある。  
更に来春から心カテの実施の期待。
- ② 専攻医研修施設（内科、総合診療）への参画  
種を蒔いてから刈り取るまで1年半はかかる。  
・ 外科は成功している（南雲さんに要確認）。
- ③ 自治医科大学卒医、地域枠医師の県からの派遣  
（山崎委員）
- ④ その他、業者への依頼。一本釣り・・・。

# 一般社団法人日本専門医機構

## 内科プログラム申請

### 要件

**専門研修基幹施設の認定基準（整備基準23 抜粋）**

専門研修基幹施設は以下の条件を満たし、過去の専門医養成機能の実績を勘案して、日本専門医機構内科領域研修委員会が決定する。

- **原則、初期臨床研修制度の基幹型研修指定病院であること。**
- **指導医が 3 名以上在籍していること。**
- **総合内科専門医もしくは認定内科指導医（2025年度までの移行措置）**
- **プログラムに所属する全専攻医に JMECC 受講の機会を与え、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。**

- **カリキュラムに示す内科領域 13 分野のうち 7 分野以上で定常的に専門研修が可能な症例数を診療していること。**
  - **総合内科Ⅰ（一般）、総合内科Ⅱ（高齢者）、総合内科Ⅲ（腫瘍）、消化器、循環器、内分泌、代謝、腎臓、呼吸器、血液、神経、アレルギー、膠原病および類縁疾患、感染症、救急**
- **70 疾患群のうち 35 以上の疾患群について研修できること。**
- **専門研修に必要な剖検を適切に行っていること。**
- **日本内科学会講演会あるいは同地方会に年間で計 3 演題以上の学会発表をしていること。**

## **申請時期**

**2020年度参考 次年度も概ね同時期と思われる**

**2020/2/28申請→2020/4/13 プログラム書類一式申請**

# 連携施設要件

## 専攻医の環境

- **臨床研修指定病院**であることが望ましい。（但し必須ではない）
  - 指導医が 1 名以上在籍していること（施設の研修委員会）。
  - **CPC** を定期的に行い、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えていることが望ましい。開催が困難な場合には、基幹施設で行う CPC、もしくは日本内科学会が企画する CPC の受講を専攻医に義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。
  - カリキュラムに示す内科領域 13 分野のうちいずれかの分野で定常的に専門研修が可能な症例数を診療していること。
  - 日本内科学会講演会あるいは同地方会に年間で計 1 演題以上の学会発表をしていること
- **これに満たさなくても、特別連携施設としての登録が可能（3年間のうち1年間まで）**

## 【解決策】

### (前提)

- ・ 基幹施設の要件が厳しい
- ・ 幅広い領域の症例を集める必要があり、場合によっては他院での研修が必要

特別連携施設になって、東京の内科専攻医の人気施設のプログラム施設との連携を提案し、3年間のうち1年間は南魚沼となるよう、連携施設として入らせてもらう。

ただし、人気施設とのタイアップは、臨床研修基幹施設として独自のプログラムの一部に東京の人気施設を組み入れるパターンが多く、よほど人気施設との関連が強くないと難しい。



# 総合診療プログラム申請

## 要件

次に示す総合診療専門研修Ⅰ、あるいは総合診療専門研修Ⅱの施設基準を満たしていること

- **総合診療専門研修Ⅰ**：診療所または地域の中小病院（規模は以下の要件を満たせば病床数では規定しない）で、外来診療（学童期以下の小児、後期高齢者の診療を受け入れていること）、訪問診療（在宅療養支援診療所・病院またはこれに準じる施設）および地域包括ケアの研修が可能な施設。**総合診療専門研修特任指導医**を、その部署で同時に研修する専攻医3名あたり 1名以上置くこと。

- **総合診療専門研修 II : 総合診療部門（総合診療科・総合内科等）を有する病院（規模は以下の要件を満たせば病床数などで規定しない）で、一般病床を有し救急医療を提供し、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）と臓器別でない外来診療（救急も含む初診を数多く経験し、複数の健康問題をもつ患者への包括的ケアを経験等）の研修が可能な施設。総合診療専門研修特任指導医を、その部署で同時に研修する専攻医 3 名あたり 1 名以上置くこと。**

## ローテーション方法

総合診療Ⅰ（中小病院・診療所） 6～12ヶ月

総合診療Ⅱ（病院総合診療） 6～12ヶ月

内科 12ヶ月

小児科・救急 各3ヶ月

## 申請時期

2020年度参考 次年度も概ね同時期と思われる

新規プログラム申請：2020年5月1日（金）～

2020年5月18日（月）正午

- ・ 色々な施設をローテーションする必要があるがゆきぐに大和病院や城内診療所も組入れ可能
- ・ **一方、そもそもなり手が少ない（内科の1/10）**

## 指導にも手間

- ・ レクチャー等の指導を求めることが多い
- ・ プログラムで設定されている作業が多く煩雑

**まず、リーダー**  
**次に兄貴(最も重要)**  
**そして、研修システムを生か**  
**した若手の誘導**  
**(大切にし全国に発信)**

**【この際、既存の研修、人材養成ネットワークシステムがあると現実的な対応が可能になる。】**

# ビッグな兄貴

市民病院に心臓カテーテル室  
はあった！

来春から、市民病院でも心カ  
テーテル検査が可能か？  
(更なる医師の増員の期待)

**システムは、つくって種を  
植えて、その成果を刈り取  
るまでには1年半はかかる。**

**今からスタートすべき。**

**現実には、全国との人材獲得競争  
であると意識するべき。**