

第1回下関市地域医療の確保に関する外部有識者検討会 議事録

日 時：平成30年6月10日(日) 14時00分～16時00分

場 所：海峡メッセ下関10階国際会議場

出席者：伊関会長、足立委員、木下委員、藤原委員、矢野委員（会長を除き五十音順）

欠席者：吉村委員

【事務局】

開会のことば

【三木副市長 挨拶】

市長挨拶の代読。→退席

【事務局】

それでは、さっそく検討会に移ります。

まず保健部長の福本が委員の紹介をいたします。

【福本部長 委員の紹介】

下関市保健部長の福本でございます。

配布資料の「委員名簿」をご覧ください。

本日、委員6名のうち、吉村委員を除く5名の委員に参加いただいております。名簿順にご紹介いたします。

医療崩壊地域の再生に関する有識者として、足立智和委員。足立委員は、丹波新聞の編集部記者であり、地域の母親たちの活動が小児科を救った兵庫県の「県立柏原病院の小児科を守る会」の支援者であります。昨年度開催した地域医療シンポジウムにシンポジストとして参加いただきました。

続いて、公的病院等の経営に関する有識者として、城西(じょうさい)大学経営学部教授 伊関友伸委員。総務省「地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会」の構成員であり、数多くの国や地方自治体の委員を務めておられます。また、昨年度開催したトップセミナーや地域医療シンポジウムにおいて下関市でご講演いただきました。また、伊関委員には、当検討会の会長をお願いいたしております。

続いて、下関市の医療に関する有識者として、下関市医師会会長の木下毅委員です。木下委員は、下関市医療対策協議会（下関医療圏地域医療構想調整会議）の会長でもあり、下関市の地域医療の確保にご尽力いただいております。

続いて、医療機関の再編に関する有識者として、兵庫県立尼崎総合医療センター名誉院長の藤原久義委員。兵庫県参与(ひょうご人生100年時代プロジェクト推進担当)、岐阜大学の名誉教授でもいらっしゃいます。藤原委員は、兵庫県立尼崎病院と県立塚口病院の統合を主導されたご経歴をお持ちです。

続いて、同じく医療機関の再編に関する有識者として、国立病院機構長崎医療セン

ター名誉院長の矢野右人委員。全国病院事業管理者協議会の名誉会長でもいらっしゃいます。矢野委員は、長崎県職員として長崎県の県立病院や離島医療圏組合病院の再編にご尽力されたご経歴をお持ちです。

最後に、医療人材の育成に関する有識者として、宮崎大学医学部地域医療・総合診療医学講座教授の吉村学委員。宮崎県において地域で医療者を育てる先駆的な取組をしておられます。なお、吉村委員につきましては、本日はご欠席です。

以上、それぞれの委員の皆様の検討会委員への選任理由と簡単なプロフィールをご紹介します。

【事務局】

それでは、次第に沿って、議題に移ります。

ここからは、検討会会長である伊関先生に進行をお願いいたします。

【伊関会長】

こんにちは。城西大学の伊関と申します。これから下関市地域医療の確保に関する外部有識者検討会を開催したいと思います。非常に多くの傍聴者の方にお集まりいただき、ありがとうございます。簡単に確認させていただきたいのですが、後から事務局から説明があると思いますが、なぜこの検討会をやるのかということ。私が一応確認したところ、下関の地域における医療のあり方について、山口県で地域医療構想、これは地域医療の確保に関する法律を踏まえて、各県で地域医療構想を作りなさいと義務付けられ、その際に医療圏レベルで調整会議を作りなさい。下関で調整会議が行われ、昨年6月30日付で中間報告（資料1-2）が出来ました。下関医療圏は下関市と一致しますが、そこでは500床以上の基幹病院を、もう少し体制を立て直した方がいいのではないかと、医師200人の病院を目指す、今はそれぞれ100人足りない状況です。ある程度の大きさの病院を複数作った方がいいのではないかと提言がありました。1年経っても話が大きいので進まない面もある。そういうなかで、市として計画を、これは資料3にあります。下関市地域医療確保計画を作ることによって、県の医療計画や地域医療構想調整会議での議論の範囲内で、少しでも先に進めていく、具現化を図ろうというものです。それに対しての意見を提示するものとして、外部有識者検討会をこのように開催したと私は理解しております。

今回お集まりいただいた委員の方々は、全国の病院再編や地域医療再生について非常に力を発揮された先生方です。これは、外部から全国的な意見を反映させることによって、下関の医療をより良くしていこうということです。難しい課題ではありますが、議論をしていければと思っています。私は元埼玉県職員で、地域医療の現場を歩いている学者で、47都道府県全てに行きました。病院の再編統合については、一番関わった件数が多い学者と思っています。病院の再編は、それぞれの病院の職員の生活も含めて影響しますし、利用者の住民の皆さんにも影響が出るものですし、そういう中で、総論賛成、各論はなかなか進まないことも多いです。こういう会議で重要なことは情報をもれなく出すということです。良いことも悪いことも含めて、また再編

統合も重要なテーマになってくるとは思いますが、悪いことも含めてきちんと意見を提示することが大事と考えています。

あと、今日は傍聴の方も多く参加いただいておりますが、議事録も非常に大事と思います。今日来られていない方も含めて、きちんと情報を提示していく、さらには勉強していただくことも必要かなと思います。住民、議会、行政、または医療関係者の方々も、全国の最新の情報や事例を学ぶことが必要ではないかと思います。ちょうど下関市議会の議員の皆さんも本日は多く参加されていますが、先日の6月8日に早稲田マニフェスト研究所が発表された議会改革度ランキングがあり、全国97位（1,318議会回答）という非常に高い評価を受けている市議会です。市でも計画を作りますが、それが含まれた予算を審議するのが議会でありますので、そういうところにもきちんと情報提供することが重要と考えております。そういうことも踏まえて、何回かの会議を重ね、一定の議論を進めていきたいと思っております。

長くなりましたが、まず、会議の意義に関して整理をさせていただきました。

それでは、議題に沿って事務局から議題1から3まで説明をお願いします。

【事務局（福本部長）】

保健部長の福本です。議題1 検討会の主旨について、議題2 検討会の進め方について、議題3 基本計画の骨子案について、順に説明いたします。資料は検討会設置要綱、スケジュール案と資料1-1～資料3までになります。

まず、議題1「検討会の主旨」を説明するに当たり、当検討会の設置までの経緯を踏まえて説明いたします。当検討会の設置目的ですが、設置要綱第1条に「下関医療圏における持続可能な医療提供体制を実現するにあたり、基礎自治体として取組むべき事項について専門的な意見及び提言を得るため」とあるとおり、これを目的として設置するものです。いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、地域における医療提供体制の将来のあるべき姿を示し、地域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進するため、平成28年7月、山口県が「山口県地域医療構想」を策定しました。本日の資料1-1は下関医療圏についての抜粋版となります。

地域医療構想及び医療計画の推進については、実施主体は医療法に基づき都道府県となっておりますが、下関市が山口県から業務を受託して、平成28年8月から「下関医療圏地域医療構想調整会議」を設置し、当検討会の委員でもあります、下関市医師会会長の木下委員が調整会議の会長として中心となって地域医療構想の実現に向けた協議を進めているところです。平成28年度に開催された調整会議のうち、高度急性期・急性期機能についての協議結果を資料1-2のとおり「中間報告」としてとりまとめました。この資料1-2には中間報告とその解説を付けております。内容につきましては、またご確認いただければと思います。

その後、平成29年8月4日の厚生労働省医政局の通知により、公的医療機関等2025プランが提出されることとなりました。これは、公立病院以外の公的医療機関等、国立病院機構や労働者健康安全機構が開設する医療機関、特定機能病院、地域医

療支援病院については、地域医療構想を踏まえたうえでの期待される役割が不明確である」ことから、「公的医療機関等2025プラン」を策定し県へ提出するとともに、調整会議でこれらのプランを確認し、構想と整合的でない場合には方針修正が必要であることとなっていたところです。下関医療圏においては済生会豊浦病院を含む5病院から「公的医療機関等2025プラン」の提出がありましたが、今後の方針・具体的な計画や調整会議の中間報告に対する意向がはっきり示されていない病院がございました。この点、調整会議の中間報告において「段階的に再編を進めること」とされた病院の開設者本部に対して、確認したところ、「下関市として地域医療に関するグランドビジョンが無いと検討することは難しいのではないか」というご意見を頂いたところです。加えて、調整会議の特に医療を受ける側の委員や市議会から、高度急性期・急性期医療機関の再編だけではなく、ひろく今後の下関医療圏における地域医療の在り方、必要な取り組みについて総合的な展望を市民に対して示していくことが必要であるとのご要望もいただいております。ですので、病院の再編だけでなく、地域の医療のあり方全体のビジョンを示すことが、今後様々な取り組みをしていく中で重要であるとのご意見であったと理解しております。

そうしたことを踏まえて、持続可能な医療提供体制の実現に当たり、基礎自治体として取り組むべき事項である下関市における「地域医療確保の基本計画」の策定、調整会議の中間報告に出てくる「基幹病院」の実現などについて、専門的な意見や提言を受けようとするため、このたび本市に当検討会を設置したところでございます。具体的には、市として策定する「地域医療の確保に関する基本計画」、この基本計画は、基幹病院の話だけでなく、基幹病院以外の病院やかかりつけ医についてもその役割を明らかにし、本市の将来の医療提供体制の全体像やその実現のために市として取り組むべき事項を示すものですが、この基本計画を有識者のご意見をいただきつつ、策定していこうとするものです。これが「検討会の設置の主旨」になります。

資料1-3は、検討会を開催するに当たり、「下関市の現況」をまとめたものです。内容についてはまた後ほど内容をご確認いただければと思います。

つづいて、議題2の「検討会の進め方」についてです。資料2をご覧ください。市が基本計画を策定するにあたり、検討会は4回程度の開催を予定しております。検討会の開催スケジュール案については資料2に示したとおりです。当検討会と調整会議との整合性を図っていくことが重要と考えております。検討会設置要綱第2条に、「この検討会は、医療計画及び調整会議の議論を踏まえて」と規定され、資料2に記載がありますように、検討会ごとに調整会議を開催して検討会の内容を報告・協議し、そこで出た意見を検討会に反映させ、それを受けてまた検討会で議論するという段取りを考えております。それによって、県の医療計画及び調整会議でまとめた意見との整合性をきちんと確保していく仕組みとなっております。

つづいて、議題3の「基本計画の骨子案」についてです。資料3をご覧ください。下関医療圏における持続可能な医療提供体制を実現するにあたり、基本計画では、「3下関医療圏の特徴や課題」を洗い出し、「4下関医療圏が目指す医療提供体制」を整理し、「5基礎自治体として取り組むべき事項」を示すこととしております。なお、6にある

「基幹病院」については、取り組みの要素の一つであると考えております。何より重要なところは4の将来の医療提供体制のグランドデザインを描くというところが、この計画、この検討会の大きいところになるとご理解いただければと思います。資料3の骨子案は、事務局がたたき台として作成したものになります。

長くなりましたが、議題1～3までについてご説明させていただきました。

【伊関会長】

説明ありがとうございます。今説明のありました議題1から3について、ご質問はありますか。なければ、私から質問させてください。

資料1～3の下関市の現況についてですが、重要な資料で、後で木下委員から地域医療構想を踏まえた下関の医療についてご報告があり、かなり重なる点もありますが、この資料1～3について、ポイントを絞って説明していただけないでしょうか。これをただ見てくださいますでは、傍聴の方に対して不親切ではないかと思えますし、下関の医療も上手くやっているとされますが、現場の医療者の努力で支えられている点があるので、データで見るとかなり厳しい状況にあると思えます。なので、ポイントを掻い摘んで説明をお願いします。

【事務局（福本部長）】

それでは、資料1-3の3～6ページをご覧ください。人口推計をご覧くださいとわかるように、下関医療圏は全国に先駆けて高齢化が進展しております。よく言われるのは、全国平均の10年先を行っているという状況になります。また、医師の年齢ですが、資料の9～14ページになります。山口県から新卒の医師が流出して、若手医師が減少している状況です。13ページの平成30年度の専攻医採用数ですが、山口県は全体で46名、全国は8,409名です。これを中国地方4県と福岡県と比較させていただき、人口10万人あたりの採用数は山口県3.3人、鳥取県7.6人、島根県5.3人、岡山県11.2人、広島県5.2人となっております。現在下関の旧市内4病院の医師数は、済生会下関総合病院が78名で一番多く、下関市立市民病院が66名、関門医療センターが51名、下関医療センターが45名と少なくなっております。以上が現状となります。

【伊関会長】

確認いただきたいのは、3ページの人口ピラミッドを見ていただくと、65歳から69歳、いわゆる団塊の世代と言われる層がものすごく多く、これらの方が75歳以上の後期高齢者になる2025年問題と言われております。あともう少しで本格的な高齢者の増加が始まり、こちらの特徴としては若い世代が比較的少ないのが現実で、少子化と高齢化が同時進行しているのがポイントになります。4ページを見れば、中核市の中でも非常に高齢化率が高くなっています。医師数については、9ページの下関のグラフですが、山口県の34歳以下の若い医師の割合が非常に減ってきている。全国は106で増えているのに、下関市は減少傾向です。なかなか若い医師が勤務して

くれない県、地域になっているのが現実です。11ページの上のグラフですが、30～39歳の医師、いわゆる働き盛りの油の乗った医師が非常に少ない、全国的に見れば、30～39歳の層は3割近くを占めていますが、下関は17%台で全国と比べると半分くらいになっていて、非常に厳しくなっています。13ページをご覧ください。専攻医とは、医師免許を取った後の2年間は初期研修と言いますが、その後の3年目からは専門医を取ろうという、3年から5年、7年くらいが一番勉強しないといけない時期の医師ですが、この時期の医師が多いとそのまま残って地域で医療をしてくれますが、この数が人口当たりで見ると山口県は非常に少ない。鳥取や島根は採用数が少ないですが、人口が山口県の方が多いため、非常に少なくなっている。3年目以降で他県に流出してしまっている。これは上の表を見ると分かりますが、山口大学医学部医学科の卒業生の就職先ですが、山口県に残っているのは37%で、九州地方や近畿地方、関東地方に流出したりしている。若い人たちが出て行っているため、専門医が増えない。今は人口当たりの医師数がいてギリギリで回っていますが、この5年、10年先に高齢者が増えて、医療需要も増えていく中で、山口県さらには下関の医療が本当に安定していけるのかが非常に問題だという現状になります。

それでは続いて、今日は第1回の検討会なので、委員同士の紹介も兼ねて、各委員から検討会委員就任にあたり、ご自身関わってこられた事例や先進的な取組等についてご報告いただきたいと思っております。これが本日のメインになります。全国の事例がどのようになっているかについて、我々委員同士も共有していこうと思っておりますし、傍聴の皆様もぜひお聞きいただきたいと思っております。会議時間もありますので、お一人あたり20分程度を目処に、ただ貴重なものなので場合によっては25分までお話いただくかもしれません。適宜私が調整させていただきますのでご了承下さい。なお、私は過去に三度、下関市でお話ししておりますので、今回は報告せず、2回目以降、状況に応じて一度は話させていただこうと考えています。まず、下関市の医療の状況について、下関市医師会長であり、また下関医療圏の調整会議の会長でもある木下委員からお願いします。

【木下委員】

それじゃあ、最初にお話しします。今、下関の医師会長をしていますけど、山口県の病院協会の会長もしていますので、県の医療審議会等々に出て県の動向も一応把握しているというのと、13年前から7年間は今の日本慢性期医療協会の会長をしましたので、その時、小泉政権時代で突然介護療養型医療施設を廃止する。その時、病院側の代表として取り組んだというか虐められたというかそういう状況でした。それで、介護療養型医療施設の廃止が今回の診療報酬の改訂で介護医療院を作るということで解決する方向に向かっている。これもまだ後6年後ですから、結局、介護療養型医療施設を辞めると決めてから18年かかったということで、地域医療構想の2025年という目標があるのですが、今の状況から言うと本当にできるのかなという意識を持っているところです。

下関市の地域医療構想について、報道によると病床数を減らすのが目的だと言われ

ていますが、先ほど説明があったように下関市で持続可能な効率的な医療を提供する体制を作ることが地域医療構想の目的で、何も病床を減らすということは一言も言っていないと厚労省は言っていますが、実際はそういうところがあるかもしれませんね。

これは、先ほど説明のあった下関市の人口、27年までですけど、この傾向がどんどん続くっていうので、一番上の緑のところ、これが65歳。だんだん増えてきているということで、これが数年するとだいたいこのくらいの数字で増加が止まるっていうんですけど、次の赤いところが15歳～64歳という、いわゆる労働人口。これがどんどん減ってきている。この傾向がどんどん続きますので、下関にとっては、高齢者の増加より働く人が居なくなるということが大きな問題になる。その下が15歳未満ですけど、これもどんどん減ってきているので、ブルーのところは次の何年か経つと赤のところは毎年移っていくんですけど、将来的に働き手が増えるという可能性はとっても少ないという地域です。

次、これグラフで示すとこんな状況ですね。一番上が労働人口、その次が高齢者、一番下のブルーが若年者で15歳未満、将来この地域を担っていく人の数。この傾向は、これからも続いていくというのが人口動態調査からはっきりしていますので、これは日本で一番信用していい統計と言われていていますので、ほぼ20年間はこの状況が変わることがないという状況です。

次、医療従事者の数ですけど、人口10万人あたりだと下関は結構いるんですね。

次、今度34歳以下の医師で見ると少ない、先ほど説明があった若手医師が少ないということです。

次、医師数の推移ということで、一番上の緑が下関で、青いのが全国、赤が山口県ですけど、平成20年頃はまあまあなんですけど、だんだん減ってきているということで、山口県全体に比べると多少いいんですけど、全国的に見るとどんどん減ってきているという状況です。

次、医師の年齢層ですけど、緑が下関で若年者が少ない、このまま新しく供給がないと、高齢者はだんだん亡くなったり、引退していくんで、あのまま右の方に行くと医師数も減ってくることになると思います。

次、これが28年、2年前ですね。同じ傾向です。

次、病院に勤務する医師数で全国的にどんどん増えているんですけど、下関、山口県はほぼ横ばい。これは数だけになります。

次、これ地域医療構想の必要病床数と昨年の7月の病床機能報告の数字をまとめたものですけど、高度急性期が一番下の②引く①のところですけど、245多い、急性期471多い、回復期165少ない、慢性期717多いというようなことで、必要病床数①のところは合わせたらどうだということですけど、それに比べて現状からいうとこういう結果になっているということで、高度急性期・急性期のところをどうにかしろということで、先ほどの人口の動態、それから医師数、若年者の医師というところを見て、現在の病床数でも維持するのが難しいというような状況です。回復期はまあまあ充足されているということで、慢性期は、今後の介護医療院の動向等々で今取

り立ててどうこう言わなくてもある程度自然に収束していくのかなというような感じ
です。

次、これ地域医療構想の調整会議が今までこれだけ行われているというものです。

次、これは下関医療圏の地域医療構想の調整会議には、高度急性期・急性期専門部
会、回復期・慢性期専門部会があってそれぞれ討議が行われています。

次、高度急性期・急性期機能というのを何をやればいいのかということ、高
度急性期・急性期専門部会、地域医療構想調整会議でまとめられたのがこういう結果
となっております。医療従事者の確保、専門医の養成。医師だけでなく看護師の確保
も必要だろうということ。プライマリーケア、将来にわたって経営ができること等々、
災害時やパンデミックにも対応できる病院が必要だろうとなっております。

次、その結果、高度急性期・急性期に特化した500床以上の病院を作るべきでは
ないかということで、最初は1つという話だったんですけど、現在のところは、調整
会議の結論としては2つ、今4つあるんですけど2つ。この2つの基幹病院には、専
門医の研修が可能な環境が整うべきということで、先ほど言われたように専門医の数
が人口10万人あたりでとても少ないということで、それを確保するため、魅力ある
病院づくりが必要だろうということで、先ほどの報告でも済生会でも100人以下と
いうことなので、500床以上の病院で200名の医師が居るという体制を、ちょっ
とかなり望みは高いのですが、200名以上いるとさっきの機能が維持できるという
ことということで、今のところ総論はまとまっています。

それで、4病院ともに経営母体が違うので、各論になると自分のところの病院は無
くさないというようなこともあって、なかなか難しいですけど、現状でいくと4つと
も無くなるんじゃないかという危惧もあるところなので、ここをまとめていくのが調
整会議の役割、あるいは市議会の役割ではないかと思っています。

それで、魅力ある病院づくりだけだと人は来ないので、魅力ある街づくりという、
それと子どもの教育。教育環境が良くないと若いお医者さんだけではなくて他の人も
教育という非常に興味持たれている。それと街の魅力がないと人は来ないんですね。
それと先ほどの説明にもあったように、山口大学がどうもいまいちパツとしないとい
うことで、関係者の方居られたでしたか失礼な言い方かもしれませんが、大学の魅力、
この地区では九大が一人勝ちとのことで、先ほど伺ったら、長崎でも福岡に流れて行
って困るという話があったので、魅力ある病院、魅力ある地域、それから教育環境を
というのを揃えていかないと地域医療構想もうまくまとまらないのではないかなとい
う風に思っています。以上でございます。ありがとうございました。

【伊関会長】

どうもありがとうございました。下関の医療について現状を含めて分かりやすくご
説明いただきました。やはり、今ご指摘のように病院だけ作ってもしょうがないん
ですよね。いい街だとか教育、まさに教育環境も充実させるということが凄く重要で、
その辺は市としての力が問われるという、そういう時代になっているのかなと思いま
す。

一つ、調整会議については、中間報告をまとめてさらに具体的な方向に進まれるのでしょうか。

【木下委員】

中間報告に沿ってまとめていこうという努力は若干して色々市も動いているんですけど、なかなか総論はいいんだけど、それぞれの病院の立場になると、それはなんじゃということになるんで、そこをこれから詰めていくのが一番の難問というか、でもそれをまとめないとそれぞれの病院、今のままでいくと無くなっちゃうんじゃないかという危機感を持ってもらいたいなと僕は思います。

【伊関会長】

どうもありがとうございました。続きまして、矢野先生からお話をお伺いできればと思います。

【矢野委員】

長崎から来ました矢野と申します。私は国立病院育ちでございまして肝炎を中心に研究していたのですが、65歳で国家公務員を辞め、県から病院改革を依頼され地方公務員特別職として赴任しました。当初、病院管理監として地方公営企業法「一部適用」の県立3病院を「全部適用」にすることに1年を要し、全適3病院の病院事業管理者になりました。その後長崎県関連離島9病院をすべて包含し、長崎県関連12病院を一つにまとめて病院企業団を作り企業長になりました。病院企業団とは長崎県と病院所在地、1県5市1町で共同運営する形態です。この規模での長崎県病院企業団は日本で最大となりました。県の参与も併任し、長崎県全体の自治体病院の改革にも取り組んできました。

今日のお話しは、私が経験してきました医療改革の方法とその成果より地方自治体病院はどのように改革すべきか私の考えを述べます。ただし地域医療はその地域の特性が全く異なり日本中に”同一条件”の医療は全くなく、あくまでも参考と位置付けねばなりません。改革は①病院財政改革、②病院の適正配置、③病床数の適正化を3目標としました。

財政改革では第一に人件費の適正化でした。当時国立病院の看護師級別定数と県立病院の級別定数はいわゆる“わたり”の結果で考えられないほどの差がありました。

(スライド1) 級別定数を明確にしなければ“わたり”問題の解決はないと考え、現給保障で級別定数に割り当てをしました。半数の看護師が定年まで昇給なしになる改革です。(スライド2) 計算上は10年以上かけての実質効果となりますが以下に述べる病院。病床改革と合わせて進行したため4年目には実質効果が見られました。

病院の適正配置に関しては例えば県立精神病院を精神科救急病院と位置付けること、医療観察法病棟の新設でこれまでの306床を139床へ減床し、平均在院日数を1/3に短縮し、実質病床減を補いました(スライド3) 一病院を民間病院へ移管し県立3病院は2病院となり県立病院総病床数も半減しました。

その後、県と市町で運営する離島9病院を県立病院と合体し11病院で日本最大の病院企業団を創設しました。

総計累積欠損金が112億円ありましたが改革5年目で解消しました。

更に県参与の立場で長崎県下の公立病院統廃合に努力し、県下25の地方公務員で運営する公立病院を9か所に、4,263病床を1,619病床に削減できました。この間約10年の歳月を必要としました。(スライド4)公設民営化、公設診療所化、民間移譲、合併による廃止がその主な改革先です(スライド5)判定時期が異なるのでスライド4と5の数字に多少差異があります。

改革の考え方としては

①病院設立時期と今回の改革時期では病院が担当する地域の人口が大幅に減少していること

②道路と交通アクセスが著しく進歩したことが大きな要因です。当時は部落に1-2台しかなかった自家用車が各家庭に自家用車があるという現実です。

自治体の病院改革では常に医師、看護師総定員法で縛られていることが問題になりますがこれだけの病院改革を病院事業管理者による統括の下で行い得たことで現有の定員の中で十分充実することができました。

これらの改革から見ると下関市は非常に恵まれている状況といえます。26万都市で理想の医療体系を構築することが可能だと思います。そのためには(スライド6)

①地域医療の理念と使命を明確にすること—地域医療を守る病院か、地域医療を統括する病院かを明確にすること

②ガバナンスの一本化—経営母体の異なる病院間で理想の病院連携は成り立ちません。

③下関市の医療を統括でき、人事権も統括できる医療統括者の設置

が最も必要と思います。全国のモデルになる地域医療体系を構築していただきたいものです。

【伊関会長】

どうもありがとうございます。続きまして、藤原先生お願いいたします。

【藤原委員】

病院統合の経験からということで、兵庫県立尼崎病院500床と県立塚口病院400床、両方合わせると900床ですが、それを170床ダウンサイズして730床の兵庫県立尼崎総合医療センターを2015年7月に開院しました。私は12年前から県立尼崎病院で院長をしております、7年前から4年間は尼崎病院と塚口病院の院長を兼任するというので、この統合に中心的に携わってきました。その経験についてお話しさせていただきたいと思います。

まず、結論から言うと、この下関市にも、500床以上の基幹病院を作らないとこれからはやっていけないのではないかということについては、私は全面的に賛成で、私の経験からもぜひそのようにされた方がいいのではないかと思います。

まず、統合の目的ですが、一般的に経営改善のためと言っていますが、そうではな

くて、社会・患者ニーズに答えるよき医療の提供ということで統合すべきではないかということが基本的なことです。特に医療者は儲けようと思って医者や看護師になった人はほとんどいないわけで、よき医療を患者のために提供したいということを考えていますので、そういう動機に答えるべく医療提供をするということが一番大事だと思います。特に、医療の第一義というのは、行政、司法、警察、水道、電気等と同様の国民一般に公平にいきわたるべき、健康・命を守るためのライフラインであって、そこに利益があるか否かではないということで、私は首尾一貫して主張させていただいていたわけでございます。もちろん、病院を持続的に経営するためには経営黒字化は当然のことで、黒字化しないことには持続しませんので、これについては院長責任であるということでもあります。したがって、職員に対しては、赤字なので赤字解消のために、あるいは経営を改善するために頑張ってくれと言ったことはありません。よき医療をどうしてやっていくかということを書いていました。最終的な経営責任というのは院長ですので、黒字化は院長責任で、赤字になったら責任をとるという覚悟でやってきました。

そのためには、長期的ニーズがどこにあるのか、なにが不足しているのかということ、供給と需要がアンバランスになって、何が不足しているかということを見極める必要があるわけです。尼崎市の県立総合病院での統合ということが問題になった平成19年、私が着任して2年後です。当時の阪神地域、阪神地域はこちらの方はご存じないかもしれませんが、大阪市と神戸市の間の大阪市と神戸市を除く地域を阪神地域と言っているのですが、大体人口175万人、人口密集地帯でこの中に甲子園もあれば宝塚もあり、大阪伊丹空港がある関西の中枢です。

実は当時、救急が崩壊していて、救急隊が4回以上病院に断られる頻度が全国的には3.2パーセントだったのに、この地域は15.6パーセントと全国的に見ても、兵庫県でも一番高かった。事実上、救急が崩壊して救急隊も救急車をどこに回すか分からず、混乱していたという状況でした。また、うちの病院でも、救急科というものがありませんでしたし、麻酔科、産婦人科、循環器科、消化器科などの絶対的な医師不足があって、救急救命センターもなく、ICUやCCUの絶対的な不足もあって、この地区の医療というものが、この地区は都会で交通の便もよいところなのですが、医療が崩壊していた。こういった問題を解決するためには、病院統合しかないだろうということで、県立尼崎病院と県立塚口病院を統合しようということになりました。

それでは、目指す病院、どういう病院にすべきかということが一番大事だと思いますが、公的病院ですから高度急性期病院・高度専門・先端医療、5疾病、5事業は全部やりましょうと。5疾病とは、がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、精神疾患、それから5事業というのは、救急医療、周産期医療、小児医療とへき地医療、災害医療ということが総合的にできる、日本を代表する基幹病院を作ろうと。それから、医療だけではなく、アメニティ、患者サービスともに全国トップの公立総合病院・基幹病院を作りましょうと。このアメニティについて言わせていただくと、日本の多くの病院は、いまだに医療だけをすればいいという水準で、一方、外国の病院は、私も40年前、2年間アメリカに留学していましたが、その当時から雰囲気はすごくいいんです

ね。ゆったりした感じで、緑もあるし。日本の病院は患者がゆったりと、精神的に落ち着けるような、そういう意味でのアメニティが欠けている。そこで、アメニティも患者サービスもともに全国トップの公立総合・基幹病院を作りましょう、教育・研究もやりましょうということです。

それから、救急のことですが、日本を代表する大規模な救命救急センターを設置し、しかもER型救急をやろうと。日本の救急で間違っているのが、入り口が一次・二次・三次つまり軽症、中等症、重症と分かれていることです。日本の救命救急センターは、三次の重症だけを取り、二次救急病院は中等症とか。ところが一番の問題は、救急患者の軽症、中等症、重症を誰が判断するのかということ、おかしなことに患者が判断するか、それとも救急隊が判断することになっています。一方、ER型の欧米ではそういうことはあり得ず、一次も二次も三次も全部とにかく救命救急センターに行くというシステムが50年以上前から、私が留学したときからそうなっていました。そのため救急センターは当然、大型です。医者が救急患者を診断して初めて「あなたは軽症だから帰っていいですよ。」(一次)とか「中等症だからちょっと入院しましょう。」(二次)、「重症だから手術しましょう」と、それから「ICUに入りましょう」(三次)と言えるわけです。つまりこれまでの日本の救急は、入り口と出口を勘違いしているということです。それでER型救急をやりましょうということになりました。それから、精神科患者が身体合併症を持った場合に診てくれる病院がほとんどないということで、私共の病院は、身体合併症に特化した精神科の閉鎖病棟を持ちましょうということでもあります。

尼崎市は人口45万人ですが、阪神南北175万人と大阪西部45万人、併せて220万人を対象とした高度専門・先端医療をやりましょうと。社会的ニーズとしては、25年問題、地域包括ケアシステムや地域医療構想、そういった行政等と連携した地域医療をやりましょうと、マグネットホスピタルをやりましょう、24時間、365日断らないER型救急をやりましょうということです。

それで、3年前に開院したのですが、総予算は310億円(土地は尼崎市が無償で提供)、地上11階、43診療科、730床で、現在、医師数は365名、私が行った当時の12年前は、尼崎と塚口両方合わせて約160名で、現在は倍以上の医師数となっています。このうち研修医は48名、研修医の場合は2学年ありますから、1学年24名、1学年24名の研修医を取っている病院は大学病院を除けばほとんど他にはない、関西ではうちぐらいで、尼崎総合医療センターになってから応募者が多くて、定員の3倍ぐらい応募してきますので、試験をやって3人のうち2人は落ちるという状況です。看護師の数は1,165名で、対ベッドあたりの看護師の数、医者数は、日本でもトップクラスではないかと思えます。

また、年間の稼働率は95パーセント以上で、ウィークデイでは103パーセントぐらい。在院日数は11日。救急車は、統合する前は、両病院合せて6,500~6,600台/年だったのが、2倍に増えて1日31台の救急車、年間11,200台で、全国でも3位、西日本ではトップということです。前に述べた以前は尼崎市で救急隊が4回以上断られる頻度頑が一番高かったのが、現在は1.6%と全国でも低い地域に

なりました。また、手術数は12,000件、入院単価は85,000円で一般の病院より高い。外来が1日当たり1,839人です。

それでは、どういう医療と施設なのかというと、5疾病については、うちはがんセンターなどがありますが、重症系のベッドが非常に多い。NCU8床、CCU・CHCU・CICUは26床、GICU・GHCUは18床、PICU（小児のICU）は8床あります。それから、大規模ER型救命救急センターは54床で、全国でも救命救急センターとして54床持っているところは非常に少ないと思います。また、総合周産期医療センターでは、NICU・GCU・MFICU、MFICUとは母体が病気の妊婦さんが出産するときの特別な部屋で、合せて34床。それから、兵庫県メディカルバースセンター、災害拠点病院、へき地への医師派遣、それから、兵庫県唯一の難病センターを持っているのも私共の病院ですし、重症感染症病棟を持っているものうちだけです。平成21年、SARSと最初に思われた新型インフルエンザの患者さんが出た時も阪神地区のほとんどの患者をうちで診させていただきました。その時に民間病院はどう対応したかということ、SARSの患者は診れない、もし1人でも患者が入るとうちの病院に患者が来なくなり、病院は潰れますと言われて、重症の感染症の患者を診るのは県立病院だというわけです。当然、それがうちの病院の使命ですので、私共の病院は1病棟全部つぶしてSARSと恐怖された患者を診たということがありました。自治体病院こそ最後の砦ということです。

再編・統合の問題点ですが、私の予想以上だったことは、設置場所と交通アクセスの問題です。はじめ尼崎病院に空いている敷地がかなりあったので、そこに塚口病院機能を持ってくるという考えが兵庫県でありました。その構想がマスコミにリークされると塚口病院の近辺の患者さんが、皆、反対しました。そこで設置場所を尼崎病院と塚口病院のほぼ真ん中に適地があったので、そこに変わると、そのとたんに両病院の患者さん、一般市民からの反対がなくなりました。患者さん目線で見ると設置場所をどこにするかということは極めて重要だということを改めて認識した次第です。

また、保健所、医師会や民間病院をはじめとする地域医療関係者との連携・協力が大事で、高度急性期・急性期・回復期・慢性期、介護施設等が一致協力して病院完結型医療から地域完結型医療システムを作る必要があるということです。

それから、設計・建築会社との協同作業で、実は私もほとんど毎日のように、建築現場に行って、建設会社にここをこうしてほしいと言いました。設計ができたからもういいという態度ではうまくいかないと思います。

それから、医師確保と大学医局問題は、これも大事ですが、私は基本的な考え方として、私共の病院は京都大学の関連病院ですが、各診療科のドクターには、大学もつらい立場なので、2本足で立つようにと言っています。つまり、1本の足は大学側に、もう1本は自立と。大学医局と喧嘩しないようにしていただきたいが、医者、特に若手の医師を集めるのは自力で集めていただきたいと。私共の病院は幸い、多くの診療科で、若手の医師を自力で集めれる病院ということでもあります。

それから、両病院職員の意思統一とシステムの統合で、これも大事なことなのですが、細かいことは時間がないので省略します。

それから、看護師確保問題で、私共はICU・CCUが134床もありますから、そうすると膨大な数の看護師が必要になってきます。先ほど1,165名と言いましたが、どうやって看護師を集めたかということはまた時間があればいろいろとお話しさせていただきたいと思います。

次に、経営問題ですが、これは院長の責任と言いましたが、1年目2年目は赤字というのはしょうがない、1年目の7月に開院するということは、6・7月はほとんどベッドを空けていた状況で、それでも職員の人件費は払っているということで、1年目は赤字、金額で言うと27億円ぐらいで、2年目は赤字額6億円で、これは、2年目から減価償却費を24億円毎年払う必要がありましたし、実績不十分で重症系病床の加算が取れない等のためでした。3年目には減価償却費を含めて2億円の黒字となりました。

1年目2年目の赤字の時に、職員に対し赤字の改善、収支の改善に協力してくださいとは言わないで、いい医療をやってくれということをやっていた。やはり、よき医療のための改善、職場環境の改善、特に保育所とか病児保育、駐車場の整備（約617台の駐車場）などの環境整備をやってきました。

何か参考になればと思います。

【伊関委員】

ありがとうございます。お手元に藤原先生の論文があると思いますので、そこに詳しい統合の経緯については整理されていると思いますので、ご覧いただければと思います。

それでは、最後に足立委員お願いいたします。

【足立委員】

皆さん、どうもこんにちは。

えっと、足立智和と申します。

皆さん、お疲れでしょうから、一回伸びておきませんか。グーっつと。

はい、ありがとうございます。

こないだ、来させてもらったんですけど、その時お話を聞いていただいた方、どのぐらいいらっしゃいますか。

あっ、ありがとうございます。

はい、被っている話もありますし、そんな時なかった話も含めて、お話したいと思います。

えっと、今回、その、再編というお話もあるので、その、私たちの地域の再編の話も少し交えながら、この間した話をさせていただきたいと思います。

ちょっと座って失礼しますね。

もう、あの、画面を見てもらったら分かるようにしてありますので、画面見といてください。

はい、足立智和です。

えっと、私は兵庫県のある地域に住んでいるんですけど、足立が日本一集まっている地域でして、みんな、足立、足立、足立、足立、足立、足立でアンパイアも足立という足立の故郷からやってきました。

で、これ、丹波新聞のこの間、4月に書いた一面ですけど、「臨床能力試験全国トップ級」というような記事を書きました。これはなんでかという理由があるんですけど、今日はちょっと詳しく言いません。あの、尼崎病院の先生がいらっしゃいますので。

えっと、これが丹波というところですけど、兵庫県は広くて、医療圏がこんだけあって、一番ちっちゃい医療圏で隣の福知山市というところと引っ付いています。

さきほど、藤原先生が講演されましたけど、阪神南はこれぐらいお客さんがいるんですけど、丹波はこれぐらいで、人口10万あたり100人ぐらい少ないんで、相当少ない地域ですね。この下関よりずっと少ない地域です。

丹波医療圏というのが兵庫県でも一番ちっちゃい医療圏なんですけども。これで人口10万人ぐらいの地域で880平方キロありまして、特にこの話としては、この丹波市というところのお話を中心となっていきます。

2006年ですね。もう干支一回りしましたけど、丹波市民が経験したことという、市内の公的・公立2次病院二つあるんですけど、医師不足に陥って、医療崩壊を経験しました。

2018年現在ですけど、今も酷い後遺症に悩まされております。

丹波市の救急搬送の状況ですけど、この黄色までが市内の收容率です。崩壊前まで90%ぐらいまでは丹波市内の二つの公的病院と一つの黄色、民間病院で止めてたんですけど、これがですねえ、崩壊がこの辺でやってますよね。

この青っていうのが一番の基幹病院なんですけど、50%を超えていたような病院が10%しか救急が取れないというところまで行きまして、この紫の公的病院もほとんど取れてないですよええ、こんだけ取っていたのが。

それで、民間病院が一時頑張ってくれてたんですけども、最近ちょっと青のところが頑張ってきて、盛り返しつつあるんですけど、昨年度見ても、市内收容率59%です。

だから、この崩壊したとき、ぐらいのときから全然救急は戻っていません。

自分ところの医療圏域の患者さんが、どこで入院しているかという完結率ですが、これも丹波地域というのが、これ60%ちょっとぐらいで、兵庫県で一番低いんですね。

で、一般病床ならもっともっと少なくても、57とか8ぐらいしか恐らく、丹波で完結できずに他の医療圏に流出していつています。

これも以前はもっと高かったんです、当然ね。それが全然、こんな所まで落ちていつてしまってるというところです。

これが2008年12月の丹波新聞ですけども。

もう、一面ですが、当時の院長先生が柏原病院がある日、もう診療できなくなる、診療、休診に陥るんじゃないかなという風なことを心配しているということ、医療

圏域の皆さんが集まってる会議で発言されました。

この当時、医師数が18人ぐらいになるというところで、40何人いてはったんですけど、それが18人ぐらいになってしまう、ホンの2年半ぐらいでになってしまうというようなことで、残ってる先生方も、もうその、病院には全然患者さんがいないんですけど、お医者さんがいないんで。だけど、看護師さんはそのまま張り付いているんで、めちゃくちゃ赤字なんですわ。

一年間で、一般会計繰入後、15億円の赤字を2年連続計上するようなこともありました。

ここに残ってやってても、もうどないもならへんというか、誰も助けられへんし、どっかに皆で移った方が良いんちゃうんかということを残った先生方が真剣にお話されているのを、私、そばで聞いていました。

ホンの3年前までは地域の中核病院、基幹病院として期待されてた病院が、たった2年半ぐらいでここまで落ちていってしまいました。

これが県立柏原病院なんですけど、えっと、44人が18人まで減少しまして、今、36人までちょっと戻っているんです。36人プラスして、別枠で研修医が1年目、2年目で18人います。

たった184床しかない病院で、研修医がこんだけいる病院というのも、実は日本でほとんどないと思います。

許可病床303床なんですけど、146まで減って、今は184床です。でも、たった184床なんですわ。

で、単年度15億円の赤字を2年連続ってというのは、先ほどお話ししました。

もう一つですわ、500m先に赤十字病院があるんですけども。柏原赤十字病院というのも、これもたった1年間で同じ年度に、こんだけポンポンポンとなりまして、内科しかないような病院になりました。

2つの病院が瞬く間に、丹波市の大事な病院が潰れていってしまいました。

ここは地域2番手病院で、新臨床研修の影響で医師数がこうなりまして、今はちょっと増えてますが、許可病床もこんなもんです。

で、単年度4億円近い赤字を計上したこともありまして。

えっと、赤十字でやってるものがとっても古くて昭和40年代の建物が今でも一部使われています。

で、今もこの2病院が存続しているのが、なかなか凄いところではあります。

とは言え、昨年秋に赤十字病院の閉院というのが決まりました。123年の歴史に幕です。

これ、今朝撮ってきた写真ですけど、新しい県立の病院が320床で建設中です。来年ぐらいにできるかなというので、病院の横に市が施設を作りまして。それと合わせて、看護学校も作るんですけども。

合わせて、200億円超のプロジェクトです。

さきほどの、尼崎の値段を見ると320床で200億円も掛かるってめっちゃ割高やなと思うんですけど。まあ、そんなことをやっております。

で、医療崩壊の開始が2006年です。

県立病院と赤十字病院の再編検討を始めたのが2011年。

で、開設者の知事がですね、統合協議をなさいという風に2つの、県立病院と赤十字病院に指示したのが2012年。

で、じゃあ実際に統合しましょうと決めたのが2014年。

それから、うじゃうじゃして工事して、開院するのが2019年と。

こんだけの時間が、掛かってしまっています。

今日ですね、まだ2011年時点の前の段階やと思うんですけど、今日からもし、さきほどおっしゃってたような、500床の病院2つ作るという話が、もし仮になったとしてですよ。なったとしちゃって、めっちゃくちゃ時間が掛かると私は思っていますし、そこまで決定するまでに、相当時間が掛かるのではないかと思っています。

この間ですねえ、2005年から2016年の累積赤字額ですねえ、こんなに赤字が出てるんですね。この赤字額、誰が被ったんですかと言ったら、県立だったら県ですよ、赤十字は赤十字ですよ。丹波市はお金、全然出してないんですわ。お金、というかお腹が全然痛まなかったんで、ほったらかしになってたというところも実際あるんじゃないかなと思っています。

こちらは市民病院ありますけど、他の3病院の経営のことってお金出しているんですか、下関市は。私、知らないんですけど。

出してないですよ。その責任って、じゃあ誰が持つんですかねえってところになってくる訳ですよ。

で、開設者の県と赤十字社は2病院の存続を当初目指していたんで、結果的に判断を間違っただけです。

市議会はですねえ、「県立にもう集中せんとどないもならんで」という派と2病院存続派に分かれ対立しまして、市行政は「県と赤十字が存続する」って言っているんで、2病院存続ってのに追随して、2つの病院への支援というのを考えてやってきました。

市民はですね、本音レベルでは「どちらか1つでもいい」、2つとも潰れるのは困るんで、1つでいい。」しっかりした病院を望んでいたんですけども、全市的な、1つの病院統合というような運動には発展しませんでしたし、赤十字病院の地元の住民からは赤十字存続運動を展開されてきて、結局、二兎を追いつけてしまって、こんなことになってしまったというのが丹波の現状です。

「無責任」、「無関心」、「当事者意識の欠如」、「問題先送り」は悲惨な結果をもたらすというのが丹波での教訓だというふうに私は思っています。

で、これ、えっとねえ、2007年です。

この頃に丹波新聞の主催で医療フォーラムをして、伊関先生に講演に来ていただきました。このときに丹波で一番大きな500人入るホールですけども、会場に入りきれないほど人が来たんです。

この時に、もう当事者の病院の先生はですねえ、柏原病院の副院長先生は「もう、再編するしかないで」って現場から発信されてるんですね。

だけど、まったく聞き入れられることはありませんでした。この時やっときゃ、今頃新しい病院が建ってると思うんですけども。

さらにですね、この時、神戸大学がその翌年には、あっ、兵庫県立柏原病院は神戸大学からお医者さん出してもらってるんですけども。大学ね、もうね、「統合しなさい」って、「経営はどっちがやるかは考えたらええやんか。まず、統合しましょうというのだけ決めたら」と提案したんですけども、それも一顧だにされることはありませんでした。

で、先ほどの結果です。

医師も、住民も、統合を望んだけれど、「検討して欲しい」、「検討ぐらいはせめてして欲しい」と望んだけれども、県・市動かず。

で、丹波市は追随しただけやったんですけど。

で、追随しながら2病院に支援せんとあかんので、1つは新しく来てくれるお医者さんに、若手医師に研修資金貸与ということで、年間100万円、3年間は進呈しようというようなことを始めたり、あと、大学から人を出してもらうために県と市で年間1,800万円ですね、1,900万円近いんですけど、神戸大学に直接お金を払って、人材を出してもらうという風なプログラム、いろいろ考えてやりました。

これが、実はかなり良い考え方で、大学にとってはめっちゃメリットがあるんですけども、これが効いてるんですね。

あと、もう一つ、柏原赤十字病院にも2病院支援なので、補助しなければならないので、年間1億5,000万円、運営資金を出したり。

あと、民間病院にも実は補助金を出してまして、その公的病院が2病院とも救急取れなくなったんで、市内の民間病院には固定資産税を免除しますよ。市外の民間病院にも補助金出しますよというようなことまでやっています。

あと、もう一つ、県立看護専門学校があったんですけど、それを県が廃止するって決めてしまったので、それを上手いことひっくり返しまして、市に移管させるということに成功しまして、今、市が看護専門学校を運営しています。

結局、ウチの地元・丹波市というのは自分のところでは何も考えられなかったんです。検討できなかつたんです。

それで、県が「2病院の『あり方検討会』作るんで参加するか」と聞いたときに、「はい、はい。喜んで参加します。」と付いていっただけなんですね。それは、さきほど言いましたように、お金を出していない、誰も懐が痛まないから当事者意識がなかったんですね。

一方で、ここから住民運動のお話になりますけども、オジサンたちの政治のややこしい話とか離れた所で、お母さんたちは地道に運動を展開していきました。

これが、「小児科を守る会」というグループなんですけども、これももう干支一回りになろうかとしている勢いなんですね。

このグループが珍しかったのは、「診て欲しい。診て欲しい。」という人がいるんですけど、そうじゃなくて住民の側も医療のかかり方、使い方を考えることによって、医療者を守れないかというようなこととか、あと「先生、大変ですね」と声を掛ける

ような優しさを持った運動をしましょうということで、適切な受診をすることによって、医療者を守れるんですよというような運動を全国的に発信していったということです。

さらに、「小児科を守る会」の代表の丹生さんという方がいらっしゃるんですけども、その方が国民代表で委員を務めた「安心と希望の医療確保ビジョン」というところが、日本の医学部定員、ずっと抑えられているのを「増やそうね」と決めたので、今日の医学部の定員増が続いているところの元にもなっています。

で、舛添さんが丹波に来たりですねえ、野田総理が丹波に来たりですねえ、何かと、その、そういうお母さんたちの運動が注目を浴びてたんです。

で、浴びている一方で何が起きているかということ、そのオジサンたちの無関心、ほったらかしが進んでいたという話です。

で、県立柏原病院ですが、許可病床303床、稼働病床184床、最も減った時が146床。

これ、最も減っている時ですね。

もう外に出てしまっています。

今は一応、全部使っていますけれど、184床以下にはなっていません。

僅か4年半で医師が半減しました。

お医者さんがいないと患者が診れない、患者が診れないと収益が上がらない、収益がないのにスタッフ減らせないので、赤字がめちゃくちゃ増えました。

今度赤字が増えて、スタッフを減らしたら、減らしたで、余計に医師が疲弊してしまいました。

これ、前も言いました「負の4回転ジャンプ」というやつなんですけども。

こういうね、「もはやこれまでか・・・」というところまで追い詰められたんですけども、住民の人ってこうなんです。

「何で診てくれないの？」と不満に思うんですけど、お医者さんだって「診てあげたいけど、診てあげられない」、夜も寝ないで働いていると。働いている人たちがとっても心苦しく感じているんですね。

この病院で本当に診療を続けていいのか。それが患者さんのためになるのかというふうに毎日、自問自答、煩悶しながら働いておられるようなところでした。

こういう構造をですね、解消したのが「守る会」の運動になっていきます。私は2006年から地域紙の記者として、医療崩壊の問題に深く取り組むようになりました。この時に、2006年なので、「本当に崩壊始まったのか？」という感じやったんですけども、この時で9人減ってるんですね。パンク寸前って書きましたけど、この時、もう、あとで考えるとパンクしてたんですね。病院が悲鳴を上げる頃には、もう手遅れですという話です。

お医者さんってギリギリまで頑張りはるので、お医者さんが声を上げたときには手遅れです。声が上がらないうちに、動くしかないと思います。

で、すぐ連載を始めました。「揺らぐ病院」ということで。

これ、新聞記事のスクラップブックに囲ってお医者さんが手書きのメッセージを書

いてはるんですけども、何書いてあるかといったら、こんなこと書いてあるんですね。

「個人のでどうにもならない
死んでもすぐに忘れられる」

って書いてある。

この記事自体が医療崩壊の記事で、小児科医が不足していて、ある病院の小児科の先生が過労で、あるとき病院の屋上に登って、屋上にそびえる煙突に登って、そこから身を投げられて亡くなられたという話なんですね。

その記事に対して、自分だってそうになってしまうかもしれない。

だけど、そんなことすぐに忘れられてしまうよっていうふうなことが綴られていました。

これを見たとき、私は鳥肌が立ちまして、現場の人ってこんなに追い詰められた気持ちでやってるんやというのが分かりまして、私は、私自身が世の中のことを正していったりすることはできないですけど、新聞記者としてこういう問題がここにあるんだということ、広く知らせることができんじゃないかなというふうに思いまして、いろいろ医療のことを記事に書くようになっていきました。

そのときに、その、書いてた小児科の先生が友達に宛てたメールですけど、

「今、朝の5時ですね。このメール時間が。で、疲れたので愚痴を聞いて下さい。午前診察して、午後から外来して、帝王切開の介助に入って、気が付いたら夕方の5時。朝から水一滴も飲まずにやって、25時30分に家に帰ってこれました。晩御飯を食べようとカレーを温めていると電話が鳴って、「お産の子が仮死です。すぐに来てください。」と言って、病院にもう一回帰ります。で、朝4時55分ですね。処置が終わったのが。で、私の一か月の超過勤務時間は110時間から120時間です。」

「みんながね、しんどいやろうけど頑張れよ。丹波残って頑張れよ！という軽々しくいう一言が、私にどのように聞こえていると思いますか？」というメールを友達に宛てずにはいられなかった。

それぐらい精神的に追い詰められていました。これも、本当は110時間、120時間ではなくて、もっと多いんですけど、付けたってお金をもらえないんで、途中から書くのを止めたんで、これぐらいで止まってるってことでした。

その後ですけど、県立柏原病院に小児科の先生3人、目の前の赤十字病院、500mに2人。山を越えた篠山市の兵庫医科大学ささやま医療センターというところに2人。二次医療圏に7人の先生で、小児の入院患者とか、お産の子を診てたんですけど、それがですね、あれよあれよとこういうふうになりまして、まあ、こんなふうに最終的になっていくんですね。

そうになっていく原因というのが、さきほど言いましたけど、赤十字病院が先に弱っていきましたので、赤十字の産科・小児科を県立の方に集約しようやないかという話になりました。500mしか離れてないのにね。

で、医療の最適化を考えたら集約した方が良いでしょう、当然。集約するのは良いんですけども、集約するときの受ける側ですね、医師の体制がまったく取れていないのに、そういう計画が先に出たんですね。再編計画が。

それで、赤十字の方にお医者さんを出していた兵庫医大は産婦人科を引き上げる、他の大学も小児科を引き上げるということで、患者だけが県立病院に集約化されることになっていきました。

で、こうなっていくんですね。

県立病院に集約されるのは良いんですけど、県立病院の小児科の先生、全然増えてませんし、もっと大学が人を送ってくれるとってた約束があったんですけども、ぜんぜん人が増えない中で、小児科の患者だけが増えてくるというふうなことが起こります。

で、こうなって、2人しかいない小児科医の先生の1人の先生が、あるとき県立柏原病院の院長になると。

そうすると、残った小児科の先生は負担増に耐えられないんで、「私、辞めます。」と。自分、今診てるので精一杯やのに、ここにまた赤十字の患者さんが載ってくるんでしょ。そんなん到底無理ですよってことで、もう無理です。辞めます。というふうなことを仰りました。

この先生も、別に院長になりたくてなったわけではないんですけど、前任の院長先生が県立病院の医師不足が酷く、ひどい速度で進んで行くし、収益的にももの凄く悪くなるんで、もう病院に居れなくなってしまって、任期途中で辞められてしまったんですね。後釜というか、頼まれて仕方なく引き受けられて、こんなことになってしまいました。

で、小児科潰れる。

小児科がなくなったら、産婦人科も引き上げますよということで、産婦人科も潰れますということで、小児科も産科もあつという間に丹波から無くなるろうとしていました。

で、その段階で、私は読者の方に呼び掛けて、あと知人とかを呼んで、座談会をしました。

今、こんな状況になってますけど、みなさんどう思ってますか。

そうして、みんな集めて話聞いたんですけども、「なんでこんなことになってんの」とかね、ふうふうふうふう文句ばっか言ってるんですね。「私ら、困るやん。もう1人子供産もうと思ってたのに。どこで子供診てもらったいいんや。」と言ってるんですけども。

いや、明日、明後日に小児科、産科なくなるかもしれないのに、今この段階になっても、まだ文句ばっか言ってるんやったら、この地域の小児科、産科に未来はないから、ああ、無くなってしまおうな。と正直その時思っていました。

でも、たまたま、来てたお母さん、こんなこと言ったんですね。

「喘息発作の子供を持っていて、連れて、夜に柏原病院に救急受診しました。夜8時に行くと、30人ぐらい待っていて、午前2時に小児科の先生が「待たせて、ごめんね」と言って、気良く診てくれまして、午前4時に入院ができました。朝の4時ですね。で、朝7時くらいにフッと目を覚ますと、枕元に「処置して置きましたよ」と先生がメモしてくれていて、見てるとその日の朝から、9時から外来にその先生が立っ

てると。」

そのお母さん、そこで初めて気づいたんですね。「お医者さんって、夜寝ないで仕事してる」ってことを。

で、そのお母さんがこう言ったんですね。

「うちの子供のこと考えたら小児科がなくなるのはホンマに困る。でも、あの小児科の先生の姿を見取ったら、私はあの先生に「辞めんといて」とはよう言わん。」と。

それを聞いた周りのお母さん達が、

「えっ、それってあの先生だけ？」、

「ううん。」

「小児科だけ？」

「ううん。」

「柏原病院だけ？」

「ううん。日本中、そうなんやで。」って言ったら、

「ええ、知らなかったあ。」ですよ。

「看護師さん、交代やから、お医者さんかって交代で働いてるんとかちゃうの。」って言うから、

「いやいや、お医者さん、交代するほど人いないけど、入院患者さん、ずっといるから誰かがずっと診てるんやで。」っていう話をするので、

「それは、アカン。」と、「それは、もう、その先生じゃなくても辞めてしまうで」っていうことで、話があって、もう一方で、

「この、困ってるお母さんが目の前にいるので、この子供さんとお母さんをなんとか助けたい。自分たちもね。気持ち分かるんで。両方がなんとか上手くいく方法があるんちゃうか。」

ということで活動が始めていって、小児科を守る会ができていきました。

で、自分たちも知らなかったのですが、周りの人にもまず知ってもらおうと。

「自分たちの、まあ、言ったら、かかり方にも問題があったんちゃうんか。」というあたりの、気づきまして、こういうことをいろいろ訴えていくわけですね。

「自分たちも考えて、受診しましょう。」

でも、できることと言ったら署名ぐらいしかないとって思っ、まずはみなさんで、手軽に、好きなときに行って、自分の都合いいように病院使うのではなくて、適切な受診をして、お医者さんに気に入ってもらって、「ここ環境いいな」というふうに言ってもらって、「柏原病院で勤務してもいい。」「行ってもいいよ。」というみたいな地域を目指そうねというようなことを書いて、署名を集めたんです。

また、何万筆もすぐ集まりまして、県庁に持っていったんですけども、県の職員は県立柏原病院がどこにあるのかも、もう一つよく分かってなかったぐらいのことで、署名出したんですけど、ぜんぜんダメだったんですよ。

で、これで終わったと思ったんですけども、こっからがお母さん達が署名用紙に書いた「コンビニ受診を控えよう」というのを実現する方向に、運動が変わっていきました。

で、スローガンがこれです。

「こどもを守ろう

お医者さんを守ろう」

2007年当時、こんなこと言ってる人、いなかったんです。

お医者さんというのは、世界的に強者であって、「困ってるのは私たち患者なんやから、医者は患者を助けて当然なんや」という時代に、こんなこと言いだして運動し始めました。

こんなこと言って、書いて、「この3つを実行しようね。」ということをしました。「感謝の気持ちを伝えよう」というんで、寄せ書きを持ってって、小児科に持ってったり。

あと、「私たちだけじゃないやろう、感謝したいのは」というのは思ったんで、ポストを外来に置かせてもらって、壁にペタペタ貼ったりですね、あとは柏原病院だけじゃなくて、各地にこの運動が広がっていったんで、講演に呼ばれるようになったので、いろんなところで、この「ありがとうポスト」を持って行ってね、講演した会場の聴衆のみなさんに書いてもらって、それを持って帰ってきて、全国に「ありがとう。」「先生、ありがとう。」というメッセージを輸出するような作業もして、活動を続けています。

そうこうしてましたら、神戸大学の小児科の教授がですね、「君ら、ええことやってる。日本中の小児科の医師が困ってるの、この問題で困ってるんや。」ということで、「よし、君たち、ちょっと応援してあげよう。」ということで、小児科のお医者さんを応援で、少し出して下さるようになりました。

そうなってくると、お母さんたちも嬉しくなって、もっと啓発頑張らんとアカンということで、ステッカー作って、車に貼ったりですね。

あとは、「コンビニ受診を控えよう。」と言われたって、そもそも目安が分かりませんということで、冊子を作ったりしました。

これは、もう、ホンマ、何万部というところか、何万部どころか、10何万部ぐらいの勢いで、各自治体からの注文とかを受けて、作っています。

コンビニ受診は減ったんかといことですが、減りました。今日は言う時間がないんで、言いませんけど。圧倒的に減りましたし、こういうことはですね、時間外受診の入院率が高くなりました。

さらに、深夜に患者さんがあまり来ません。

もう、早めに来るんで。

ほんで、夜中にくる患者さんというのは、重症患者さんの割合が高い。

まず、入院するぐらいの感じになってるので。

病院の小児科の先生とかは、そういう重症の患者さんを診たいと思ってはるんで、「おお、良かった。良かった。ちゃんと夜のうちに来て、良かった。明日の朝まで、引っ張ってたら、アカンかったねえ。」というようなことで、夜に重症が来てくれる、軽症は困るんですけど、重症が来てくれると、「良かった。良かった。役に立てた。」というふうに思われるとおっしゃっていました。

こういう考え方ですよね。こういう考え方をみんなで、丹波では共有しています。で、その、お母さんたちだけじゃなくて、みんなでもっと盛り立てようということ、いろいろな人たちが触発されて、こういう、プロの方たちですよね。専門職の人たちも動き始めまして、毎月、地域医療の講演会とか、講座ですね。講座を開いたり、各自治会で出前講座を開いたり、医療崩壊とかを考える映画を作ったり、丹波の黒豆をですねえ、作ってみたり、みんなです。お医者さん呼んで、作ってみたり。

あとは、病院が医学生とか研修医とかをリクルートしたいんで、夏にイベントなんかをやるんですね。その時の飲み会を手伝って、「流しそうめんをやってくれ」というので、流しそうめんしてます。

そうこうすると、そのときに院長先生の慰労もしてですね、いい笑顔してますでしょ、やっぱりねえ。

こういうこともしたりしています。

あと、おばちゃんたちも頑張ってくれて、毎週木曜「差し入れ定期便」ということで、病院のドクターに軽食を作って、届けてくれています。8年続けて、400回になりました。

あと、地元の自治会が、丹波というのは住民の人が、「医師教育に協力的や。」ということが広く知られるようになりまして、大学の方から「研修に連れて行きたい。」というふうに言われて、何十人もよう来はるんですね。

そのときに自治会とかが協力して、健康面談とかをするんですけど、そういうのも、兵庫県、いろんな地域があるんですけど、まず丹波に連れてきたいと思われるようになりました。

この子達が将来、丹波でまた勤務してくれると思います。

で、医師が最近、柏原病院は集まってきてまして、2008年18人まで減ったのが、2018年37人まで増えました。研修医を除いてね。

内科が、やっぱり院長先生が総合内科の素晴らしい先生で教育熱心なので、内科の先生が3人から14人に増えてますし、研修医も1人もいなかったのです、2008年崩壊当時。

それが、18人まで増えています。

劇的にドクター数は回復してきてはいるんですね。

それは、一つは養育放棄気味だった大学が親心を取り戻して、「もう一回派遣したろう」と思ってくれたのが大きい。

それには、お金がかかっています。

年間1億8,000万円掛かっていますが、それが一つ大きい。

それと、兵庫県が県の養成医師の育成拠点に県立柏原病院を選んでくれました。

さらに、さきほどの院長先生の方針で、教育を充実させて、柏原病院が単独で地域医療の教育センターというのを持っています。そこに、専属の特命教授を神戸大学から出してもらって、そこを中心に専門医教育をするので、どんどんどんどん、若い子が集まってくるようになりました。

でも、ですね。

そうやって、お願いに、例えば市長が行くとかしたって、何にもないところやったら、どこも困ってるんで、お願いに来られるんですね。

だけど、丹波はこういうこと、自分らいろいろやっていますよということで、交渉するときの爪の引っ掛け先が出来たんですね。

それを住民がやって、県や大学を振り向かす切っ掛けを作ってくれました。そういった大きな風を吹かしてくれたのが、「守る会」とそれと附随する住民運動です。

さきほど言いましたように、医師数は回復をしてくれています。

今年の春も、こんなに職員さんが大勢来てくれました。

で、県立柏原病院の入院患者数の推移なんですけども、この頃が崩壊前とかですね。

で、崩壊し尽くした頃、18人ぐらいですね。

で、ちょっと増えて来てはいるんです。

平均在院日数が短くなっているんですけど、それを勘案しても患者数は回復していません。

医師数は84%ぐらい回復してくれていると。

結局、どういうことかということ、2病院とも潰れている間に、他の医療圏に患者が流出してしまっていて、それがぜんぜん戻って来てないんですね。

なので、頑張っているんですけど、まだもう一つ、こう、乗り切れてないというところがあります。

やっぱり、昨年度、すごく経営が良くてもマイナス4億円。

さきほど、尼崎総合医療センターはプラス。

2、3年で勝っていますよね。

病院作って、24億円の借金返しながらプラスでしょう。

こっち、一般会計繰入後でも、まだ3億とか、7億とか毎年赤字が続いている状態なんです。

で、経験的に思うのは、潰れると再建が大変なので、潰れない、潰さないようにするしかないというふうに思います。

で、そのために、それぞれの立場でどうすべきかというのを考えて、考えていくってことが大切じゃないかなと思っています。

パズルなんで、みんながそれぞれピースを持っていると思います。僕らも1ピース持っていますし、医療者も持っています。もちろん、行政も持っています。

みんなでパズルを持ち寄って、この地域の医療の最適化について考えられる機会となれば、よいなと思っています。

以上で終わります。

【伊関委員】

どうもありがとうございました。それでは席に戻りましょう。

せっかくのお話でしたので、あまり時間については言いませんでしたが、皆さん時間を守っていただき、また非常にいい内容でした。ただ、4時になってしまいました。

資料についてはお手元にありませんが、住民の皆さまも資料を読みたい方もいらっしゃるでしょうから、印刷資料については、別途出せる部分については出してもらって、市のホームページにアップしていただきますようお願いいたします。

最後の足立委員のお話が典型ですが、おそらく地域医療構想調整会議の中間報告で基幹病院を作ることが注目を浴びやすいですが、その前に高度急性期の医療や住民や地域の医療のあり方、木下委員が先ほど言われました、総合力としての下関の医師を集める力が必要。その点を議論する上で、今回の計画作りは非常に重要だと思います。次回以降、もう少し肉付けして議論をしていきたいと思いますが、他の委員からご意見ありますか。

私から次回の課題として、再編の話が重要だと思うので、良いことと悪いことをきちんと整理しておくこと。あまり上手くいかなかった事例も調べてください。私の知っているところでは岩手県の釜石、県立と市立が統合したが、医師数は全然増えなかった。ただ、大学が医師を引き上げて、患者は倍増したという事例。再編には良い事例もあるが、問題のある事例も整理したほうがいいと思う。この計画の骨子になる部分について、さらに肉付けした議事の提案をお願いします。

あと、事務局にお願いしたことですが、今日も参加している方のご意見をお聞きしたかったが、時間もあるし、会議として運営も難しくなるので、3回目以降、公聴会を予定しております。これは一人当たり2、3分自由に発言していただくものです。実際に千葉県松戸市や石川県加賀市でやった事例があります。患者さんだけでなく、病院の従事者も不安になっていることもあるでしょう、反対意見もあるでしょう、また一方で進めるべきという意見もあるでしょう。そういう意見を公の場で発言する機会を設けることは非常に重要と考えており、その会はぜひ開きたいと思っています。

今回ご欠席だった宮崎大学医学部教授の吉村委員、教育が非常に重要というご意見をお持ちですが、ずっと今日のテーマの背景には教育、研修の充実したところに医師が集まるので、そこも議論をして充実していきたい。単に建物を作るのではなく、本日藤原先生も教育についてずっとお話いただくことができるでしょうが、時間の都合でできなかった部分もある。医師の研修については、時間を割いて議論ができればと思っています。

他にご意見がありますでしょうか。それでは、今日の議題としては、これで終わらせていただきます。

【事務局】

検討会会長の伊関先生ありがとうございました。

事務局から2点ほど連絡事項があります。

1点目は、次回の第2回検討会の日程についてです。現在、8月中旬から9月中旬までの間での開催に向けて日程調整をしております。第1回目の本日は日曜開催でしたが、第2回以降は平日開催を予定しております。また、日程及び会場が決まりましたら、改めてご連絡差し上げますのでよろしくお願いたします。なお、傍聴席の皆さまにつきましては、第2回以降も検討会は公開しておりますので傍聴は可能です。

関係機関へのご案内若しくは市のホームページ等にも掲載いたしますので、傍聴を希望される場合は事前申込みをお願いいたします。

2点目は、海峡メッセの駐車場についてです。ご案内の際に本日他のイベントで駐車場の利用はできないとお伝えしておりましたが、もし駐車場に停められた方には、駐車サービス券をご用意しております。まだサービス券をお持ちでない方は、入口付近の職員に声をおかけ下さい。

事務連絡は以上です。

最後に、「外部有識者検討会」の閉会にあたり下関市保健部 福本部長よりご挨拶いたします。

【福本部長 閉会】

藤原委員、矢野委員、足立委員、木下委員、伊関委員、非常に分かりやすい報告をいただきましてありがとうございました。また、多数の方々に傍聴に集まっていただき、ありがとうございます。基礎自治体としてできることは非常に限られますが、多数の関係者のご尽力のもとに、下関の医療は何とかもっている状況です。今後10年、20年、30年先の持続する下関の医療の未来を描いていく。開設者の皆さま、医師の出し元である大学等のご理解をいただきながら、今後の下関の医療の基盤を作っていくと考えております。今後どう取りまとめていくのか事務局として大きな宿題ですが、今やらないといけないことだと、今日のお話を聞いて私も改めて思ったところがございます。皆さまのご意見を頂戴する機会については、ぜひ設けていきたいと思っておりますし、そういう機会に限らず、何かご意見等ございましたら、保健部地域医療課にお寄せいただきましたら、今後、我々で策定していく医療計画の論点や肉付けの中にぜひ取り込んでいきたいと考えておりますので、皆様のお知恵をお借りいただければと思います。

本日は長時間にわたり大変ありがとうございました。

(閉会)