

第4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31年4月24日(水) 14時00分～15時15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、吉村委員（会長を除き五十音順）

【事務局】

開会のことば

【三木本部長（副市長） 挨拶】

本部長挨拶。

【事務局】

資料確認

【伊関会長】

こんにちは、本検討会の会長の伊関です。

会議の進行にご協力よろしく申し上げます。

本日の議題は次第にあるとおり

- 1 下関市地域医療の確保に関する基本計画（案）
 - 2 計画（案）に対するパブリックコメントの意見
- それから、3 意見交換となっています。

先ほど副市長さんのあいさつにありましたとおり、この検討会も今回で第4回になりますが、下関市が5月末に計画を策定するにあたり区切りの回になります。今回は、これまで3回にわたりこの検討会で議論した意見等を参考に、下関市が策定した計画（案）について、また、その計画（案）に対するパブリックコメントの実施結果について、事務局から説明をしていただいた後、皆さんで計画（案）について意見交換していきたいと思えます。

まず、事務局からこのたび策定された計画（案）及びパブリックコメントの実施結果について説明をお願いします。

【九十九部長】

まず、下関市地域医療の確保に関する基本計画（案）について説明いたします。

この4月に保健部長に着任しました九十九と申します。どうぞよろしく願いいたします。

これまで3回にわたり、この検討会においていただいたご意見、ご提言を参考に、下関市

が「下関市地域医療の確保に関する基本計画（案）」を策定しました。本日の配布資料1をご覧ください。こちらは、その抜粋版になります。

計画（案）1ページをご覧ください。

1番目の計画策定の趣旨でございますが、少子高齢化の進展、ライフスタイルの多様化等の社会環境が変化する中、基礎自治体として、将来も持続可能な地域の医療を確保するための医療施策の中心となる基本計画を策定するものです。

2番目の計画の位置づけでございますが、策定にあたっては、第2次下関市総合計画を踏まえ、山口県保健医療計画・山口県地域医療構想等と整合を図っております。

3番目の計画の期間でございますが、策定年度である平成31（2019）年度から、地域医療構想の目標年次に合わせて新元号7（2025）年度までの7年計画とし、社会状況や環境の変化に応じ、必要があると認めるときは、計画を見直すことといたしております。

4番目の計画の策定方法でございますが、計画の策定に当たりましては、この検討会においてご意見・ご提言をいただくほか、市民の意見の計画への反映を目的として、昨年12月に「公聴会（市民の意見を聴く会）」を実施しました。また、先日まで1ヶ月間パブリックコメントを実施しました。

計画（案）の内容及びパブリックコメントの実施結果については、担当課から説明いたします。

【八角課長】

地域医療課の八角と申します。

計画（案）の概要について説明いたします。

資料2に「下関市地域医療確保に関する基本計画（案）の骨子」として概要をお示ししておりますのでそちらをご覧ください。

計画（案）は、第1章から第5章までの、5章構成としております。

第1章は、基本的事項で、先ほどご説明いたしました計画の策定趣旨や計画期間などがございます。

第2章は、下関市の医療の現状と課題でございます。現状として、年齢層別の人口などの人口構造、自然増減や社会増減といった人口動態、主要な死因、保健医療圏と基準病床数、医療機関数や医療従事者数といった医療の提供体制、在宅医療の実施状況、救急搬送を含む救急医療などについて記述しております。また、将来推計人口や将来推計人口をベースに将来の患者数などについて推計を行っております。

そこで示された本市の現状や将来推計から考えられる課題ですが、まず、人口減少・高齢化が進むことが見込まれることに伴う課題がございます。人口減少が進むことに伴うものとして、急性期医療の需要が減少することが考えられます。また、高齢化が進むことに伴うものとして、複数の慢性疾患を有する患者が増えること、通院が困難な患者が増えること、在宅医療の需要が増加すること、高齢者の救急搬送が増加することが考えられます。また、

働き手となる生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者そのものが不足することが考えられます。

続いて、本市を含む山口県全体で医師が高齢化しているということに伴う課題がございます。若手医師が少なく50歳以上の医師に支えられているという現状から、医療提供体制が維持できなくなることが考えられます。

第3章は、計画の基本理念 でございます。本計画の基本理念には、上位計画である第2次下関市総合計画の基本構想に示された、まちづくりの将来像のひとつである「人と人々が支え合う誰もが健やかで笑顔があふれるまち」を掲げております。

第2章で整理した課題を踏まえ、限られた医療資源を効果的に活用し、将来も持続可能な地域の医療を確保するため、医療を提供する側の「安心して暮らせる医療提供体制の構築」と、医療を受ける側の「上手な医療のかかり方の促進」という二本を柱として、必要な施策を展開し、基本理念の実現を目指すものとしております。

第4章は、地域医療を確保するために でございます。下関市の医療の現状から見えてきた今後の課題や国において議論が行われている医師の働き方改革の動向などを踏まえ、将来にわたり地域の医療を確保していくための、施策と取組について、示しております。

施策1 地域医療体制の充実に係る取組として、医療機能の充実、在宅医療の充実、医療・介護の連携強化を掲げております。これは、医療機関の役割分担や連携を進め、過不足がない医療の提供体制とするとともに、患者の状態に応じた、転院や退院が円滑に行われる体制の構築を図ろうとするものでございます。

施策2 救急医療体制の充実に係る取組として、救急医療体制の確保、救急医療と在宅医療等の連携を掲げております。これは、地域に必要な救急医療体制を確保するとともに、今後、増加の見込まれる高齢者の救急搬送について、高齢者の一人暮らしの場合なども考慮しつつ、より一層の円滑化を図ろうとするものでございます。

施策3 医療人材の確保・育成ですが、これは、自らの研鑽の場として、若手医師に選ばれるような医療機関の育成環境の整備や、本市が、働く街として、医療従事者から、本市が選ばれるような環境づくり、また、地域で育つ子供たちが、将来、医療従事者を目指すきっかけ作りなどを行おうとするものでございます。

施策4 市民の理解促進に係る取組として、医療のかかり方の普及・啓発、かかりつけ医の普及・啓発、救急医療の適正利用の普及・啓発を掲げております。これは、医療の役割分担や連携体制について知っていただくとともに、具体的にどのような医療機関がどのような役割を担っているのかについての情報提供を行い、不適切な受診の原因となる、情報の不足や不安の減少を図ろうとするものでございます。

第5章は、主な疾病・主な事業等の山口県保健医療計画における取組でございます。下関市地域医療の確保に関する基本計画は、基礎自治体である市の施策に関する計画ですが、より広域的な計画として、医療法に基づき山口県保健医療計画が策定されております。この計画は、山口県の保健医療政策を総合的に推進するための基本指針となるもので、県内の各市

町は、山口県との協働のもと、保健医療行政の計画的な推進を図っておりますので、この山口県保健医療計画における、主な疾病・主な事業等の取組について、ご紹介しているものです。

基本計画は、以上のような構成となっております。

本計画は、基礎自治体として、将来も持続可能な地域の医療を確保するための、本市の医療の医療施策の方向性を示す基本的な計画になります。本計画の第4章にあるそれぞれの施策における具体的な取組等については、関係機関と連携して今後検討していくことになります。

計画案についての説明は以上になります。続きまして、検討会の進め方、今後のスケジュールについてです。資料3をご覧ください。

本日の第4回外部有識者検討会において、パブリックコメントに寄せられた意見を提示するとともに、計画案について意見交換していただきます。また、5月9日には、地域医療構想調整会議を開催し、本日の検討会でのご意見を報告するとともに、計画案についてご意見をいただくこととなっております。その後、いただいた意見等を参考に、市が5月下旬に成案をまとめ、6月の市議会文教厚生委員会で報告した後、公表というスケジュールを予定しております。

引き続きまして、パブリックコメントの実施結果について説明いたします。資料4をご覧ください。資料4に計画案に対するパブリックコメントに提出された意見をまとめております。

意見募集の期間は、3月18日～4月17日の1ヶ月間で、意見募集状況は、応募者数14名、件数は43件と、多くのご意見をいただきました。件数については、ご意見の要約や分割等により今後変更する場合があります。意見の要旨として、大きく分類すると、第1章 基本的事項について2件、第2章 下関市の医療の現状・課題に関するものが8件、第4章 地域医療を確保するための施策に関するものが17件、第5章 山口県保健医療計画における取組について2件、その他として、Ⅰ医療・介護事業について2件、Ⅱ地域医療構想（病床数削減・病院統廃合）について7件、Ⅲその他5件となっております。

その中で、特徴的なご意見として、6番 臨床研修医の確保や専門医の養成について、11番 病院～終活施設までを含めた総合ビジョンについて、19番 総合診療専門医の養成機関の充実、育成環境の整備は、下関市の将来を見据えた場合に、地域医療の根幹を支える重要な施策と思われます。という意見がありながら、20番 総合診療専門医はもちろんのこと、診療科の偏りなく各診療科の専門医の育成・人材確保が重要というご意見もいただいております。21番 医療・介護従事者の確保において、下関市としての街づくりが重要、23番と24番 医師の育成には時間がかかり、医師の負担軽減を図るための診療看護師や認定看護師の育成について、27番 意思決定支援について、28番 災害の訓練や災害時の対応についてに関するご意見もいただいております。

パブリックコメントに提出されたご意見の対応については、現在、計画案へ反映すること

も含めて、市として検討中です。最終的に計画成案の公表時にパブリックコメントへの意見に対する市の考え方も公表することになります。

以上長くなりましたが、下関市地域医療の確保に関する基本計画（案）及びパブリックコメントに提出された意見について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。

ただいま事務局から計画（案）とパブリックコメントの実施結果の説明がありましたが、意見交換に入る前に、委員の皆さんから確認したい事項があればお願いします。

私のほうから一つ、第3回の後半で少し言いましたが、医師の働き方改革について国で議論されていますが、その労働時間の上限、1860時間というものが正式に決まりました。これが日本の地域医療の現場に、病院の現場にかなり影響してくるのではないかと考えています。

スライドを映します。

もうすでに労働基準法が改正され、働き方改革が始まっています。今までは法律上の労働時間の上限がありませんでしたが、4月から一般の仕事については上限が決められています。これが年720時間。これだと医師は当直や土日の業務があり、対応できない。

これは医師の働き方改革での調査ですが、週80時間以上働いている方が10%いる。年間の就業日数で見れば、300日以上が35%、250～299日が41%、このままだと、いきなり4月から労働基準法の基準を入れると回らなくなるので、5年先、2024年4月を目標に上限を決めるということを検討していました。今の調査だと、1900～2000時間が約1割、2万人くらいいる。これは、一定の基準以下に下げ、これらの人が労働時間を減らしていくということ、5年後に目指しましょうというもの。実際に勤務時間が80時間を超える医師は、大学病院では88%、救命救急センターは82%、救急をやっているところと大学は、長時間労働が当たり前になっている。その中で、基準として1860時間という上限の時間が決まりました。5年先に向けて準備をしなければならない。下関の4つの基幹病院や山口大学医学部の附属病院も、この基準に収めなくてはならないので、かなり真剣に議論しなければ、5年後に大騒ぎになるかもしれない。これを踏まえて、議論していく必要があると考えます。これは意見です。

基本計画（案）について、骨格はこれでいいのですが、細かいところを一つ。計画案の1ページですが、計画の期間を7年として、社会状況や環境の変化に応じ、必要があると認めるときは計画を見直すとありますが、先程話した5年後の医師の働き方改革の基準を考えると、3年か4年先にローリング、見直しを前提して組み入れていた方がいいのではないかなと思う。7年間このままずっと続くとは思えないので。また、病院の再編の話についても、突然進むかもしれないし、進まない場合もあるかもしれないので。あとでお話しますが、この検討会では急な決定をするものではないので、その状況に応じて見直しは必要。ローリン

グで4年先、働き方改革の1年前くらいに見直しを入れておいた方がリアルと感じます。7年間同じテーマではないと思います。

先程の資料のデータは、本日お手元に準備できませんでしたが、働き方改革については、章を起こして、計画に組み込む方がいい。重要なのは、市民の皆さん、医療従事者の皆さんがデータを読んで、それを踏まえて判断することができる計画にする、計画というものはそういうものと思います。

まだ確定しているわけではありませんが、大学病院で外勤、これは非常勤で他の病院に行くことがカウントされるのではないかという議論になっています。そうすると、1860時間を病院で満たすために外勤ができなくなる、あちらこちらで医師が引き揚げられることも起きかねない。大きなところでは、医師の働き方改革自体は国の流れですし、実際過労死している医師はいらっしゃいます。そういう方を見ていると、やはり適正勤務は必要だと思うので、時代の流れに対応することも必要だと思います。そこについて、項目を入れていただくことは必要ではないかと思います。

【九十九部長】

伊関先生、ご意見ありがとうございます。

1点目の計画の期間ですが、7年というものはいわゆる2025年を意識しての期間となっております。今問題となっております医師の働き方改革の議論、あるいは基幹病院の議論がありますが、そういう状況を踏まえて、適宜見直すと書いているわけですが、もう少ししっかり中間で見直すべきというご意見だと受け取りましたので、書きぶりについては検討させていただきたいと思います。

2点目ですが、この計画策定にあたって検討会で有識者の皆さまからご意見をいただくというたてつけになっておりますので、この検討会でいただいた意見を反映させることはできますので、こういう意見をいただいたということで、今回の働き方改革について触れるという方法はあると思います。

【伊関会長】

意見もありますが、データとして、こういう制度が5年先にありますということを計画に盛り込んだ方が、市民の方に見てもらった方がいいと思います。

【九十九部長】

承りました。

【矢野委員】

今の取り上げ方には非常に問題があると思います。

医師の労働時間が1860時間を限定として項目が入りますと、労働時間の意義という

ものがあまり議論されていない。医師にとり一番大事なのは自己研鑽の時間です。みんな自分で研究しないと医師はどうにもならない。新人が博士号を取る、専門医になる、こういう段階を踏んでいかないといけない。それを解析できないものですから、労働時間だけで区切るようになって内容がない。議論は労働基準法第36条に絞られている、本当は労働基準法第9条でものを言わないといけない。その取り上げ方を時間だけにならないよう、労働基準法第9条に書いてあるのは、労働とは働いて賃金をもらう、これが原則です。これを病院に滞在したら全て労働というのが、今の時間議論にありがち。ここをきれいに分けないと、第9条に基づき、管理者の命令の元に仕事をして初めて労働時間が成り立つ。今は登院して帰った、病院に何時間いた、労働時間は何時間と概算されている。これは、管理者が労働時間はここですよ、自己研鑽は自分の勉強時間ですから病院にいても労働時間と認めませんよと明確に区別しないと時間だけの問題になってしまう。これは非常に危険だと思いましたので意見しました。

もう一つ、非常に気にしているのは、医師の上限決め、割り振りです。どこの二次医療圏で例えば婦人科医何人まで、多くいるなら他の地域に分配しますということが、厚生労働省で進められています。これでは医師の養成もあつたものじゃない話になってくる。これが2020年から始めると論議されている。それを差し置いてここに医師養成問題を盛り込むと、何だったのとなるのでよろしくをお願いします。

【九十九部長】

ご意見ありがとうございます。国でも正にいろんな意見が出ているところです。それが偏った意見にならないように、ある程度客観的な記載になるよう、国の議論を注視しながら対応したいと思います。

【伊関会長】

他はよろしいでしょうか。

それでは、議事3の意見交換に移ります。

【足立委員】

先程の働き方改革ですが、全体的に労働時間を減らしていこうという方向であることに間違いのないわけですが。労働時間を減らそうとしたら、大学病院を考えると、医師がやっていることを別の職種に任せる、タスクシフトを進めていくか、もしくは10やっていた人が8しかできないなら、残り2の部分埋めてくれる医師を集めてくるかになる。やはり、集約はこれから進んでくると思います。あと、議論のあるところですが、宿直が労働となるのか、昔のように書類書きや電話取りを想定した宿直でしたが、実際は救急外来が来られて対応していますよね、その部分が労働として認められてくるのではないか。奈良県で産婦人科が待機時間含めて全てが労働時間、全部に対して時間外勤務手当を払いなさいよという最高

裁の判決が出ているので、それが今の先例になってしまっている。その基準で考えると、医師の数は急に増えないので、こちらからこちらに移すくらいしか考えられないと思う。県を越えた医師不足県、医師過剰県の話はちょっと置いて、地域の中で、山口県内で基幹となる場所を決めていくという方向に、放っておいてもなると思うので、その辺りを考えていった方がいいと思う。今でしたら、当直した日もそのまま働けましたが、9時間のインターバル制度が始まってきますし、これまで1人でやってこれたことが出来なくなってくる。恐らくやり手の病院は交替制勤務を始めてくるので、こちらに人が流れてしまうことがあると強く思います。なので、先ほど先生もおっしゃられましたが、そういう視点も加えた方がいいと思います。

【伊関会長】

これは最後にご意見をもう一度確認させていただきたいと思いますが、今回の検討会の趣旨として、基幹病院のあり方に関することというものがあまして、検討会で病院の再編統合についても検討するべきだという意見が出されていまして。それを踏まえて、この検討会で議論したところ、再編統合が必要だという意見もありますし、現状のままでいいという意見もあったと、両論があったという形。最終的に簡単なコメントを出すことを検討しているのですが、両論併記なのか、再編について合意をするべきなのか、もう一度確認させていただきたいと思います。これは委員の方全員に確認させていただきたい。

【木下委員】

両論併記だと、結局何を言っているのか分からなくなるので、一つにまとめて方向性を出さないと、この会をやった価値がないので、一つにまとめて欲しい。

それと、働き方改革で、医師が大変なのでタスクシフティングで他の人へという話もありますが、他の人も減るんですね。全体が減るので、仕事量自体を減らさないと。今の医療保険制度も、介護保険制度もやたらと面倒くさい。説明も書類も医師がしろと書いてある。その辺を簡略化していかないと、そういう制限の中で医師の働き方改革が大変だと言われても、行政も巻き込んでやらないといけないんですが、現場からもうこんな仕事ばかばかしくてやっていられないということで止めていいのではないかと思うので、その辺も含めて検討すべきだと思います。

【矢野委員】

これまでの検討会で、統合再編ありきか無しかについて、2つに分かれた意見で進んでいたわけではないと私は思います。私は大病院を作るのは難しいでしょうという話であった。例えば、下関には市立病院が2つありますが、これだけ競合している済生会や他の病院がある中で、本当に2ついるのか。小さい統合になるかもしれませんが、そこは考えないといけない。分院形式か、自分のところでやるか、システムやガバナンスを一つにまとめてするか、

そういうことを初めの回で申し上げたところです。ぜひ自覚していただきたいことは、市民病院は運営交付金を市から貰って運営ができています。済生会等はほとんど同じことをやっても、運営交付金は全く入ってこない。それを把握した上で、任務がどうか、ガバナンスをきれいにまとめて、機能を決めていかなければならない。市から運営交付金を貰っていても市民病院が大事だという具体論を出していかないといけない。その方向付けをしっかりとやっていかなければならない。そうしないと、ごっちゃにして皆で1足す1が2になりますよということは絶対にならない。1つは運営交付金を貰って、もう片方の3つは貰っていないでは、対等の1対1の統廃合は無理ですよと常に言っているわけです。

【藤原委員】

私は統合の経験がありますので、ぜひ高度急性期病院を一つ、統合して大きい病院を作るべきという意見です。研修医や専門医は、自分たちが勉強できる場所にしか来ない。この計画の資料でも、研修医が来ていないということがありますよね。専攻医についてはほとんど無いということでした。研修医や専攻医が集まるような規模で、それから指導医がたくさんいる病院を作るべきではないか。

それから、先ほど伊関先生や矢野先生が言われていました1860時間について、病院側として判断に困るのは、医師が勉強している時間と実際に診療にタッチしている時間との区別が難しい。国がきちんとしたうえで、診療に関わる時間が1860時間というなら妥当なラインと思っています。

医療は本来公共的なものですので、各診療科の医師の数について、どの地域に行く、行かないという規制はある程度はやむを得ないと思います。

統合に関しては、人口25万人、いずれ20万になると思いますが、そういう街で4病院あるのは問題あると思うので、統合の話で進めていただけたらと思います。ただ、統合は非常に難しい問題だと思います。

【吉村委員】

なかなか統合の問題は難しいと思います。藤原先生がおっしゃったとおり、次の世代の若い医師が集まる仕掛けを作っておかないと、今は働いている先生方がいるから、大学から派遣してもらえらるだろうという幻想が、これから厳しくなってくる可能性がある一方で、初期研修やその次の専攻医が県全体あるいは下関に何人くらいいるかの現状を目の当たりにして、その人たちが育っていく仕組みをきちんと作っていかなければならないと思います。そのときに、優秀な親方がいるところに集まるので、優秀な指導者をしっかりと教育の機能も含めて獲得するには、ある程度規模がないとどنگりの背比べでいくと勿体無い話になってしまう。正にこういう議論をしていただいて、医師の研鑽、あるいはせつかく山口県に来た医学生たちを取りこぼさないような取組を大学と下関から働きかけをして、必ず学生たちが下関で学べるような流れを作らないと、宮崎県でもそうですが、山口大学に来たけど下関に

は行ったことがないという医学生が結構いる。教育にもう少し力を入れる体制を、指導者層をある程度集約することも必要な時期になっているのではないかと、これまでの議論を聞きながら、また山口県の専攻医の数を見ながら早く決断されたいのではないかと思います。

【足立委員】

私も教育的な面から考えたときに、下関の基幹病院がハブになって、県内の周辺に医師を派遣できるような機能を持っている、山口県の中核になるような病院が一つこの下関にあるといいのではないかと思います。大学からの医師派遣が、近未来に恐らく今より厳しくなってくると思います。山口大学も九州大学も。そうなることが予想されますので、以前検討会で私の地元の話をしていただきましたが、潰れ始めて、機能が落ち始めてから色々考えると、悪手しか出てこないというか、悪い方向しか行かなくなってしまうんですね。なので、転ばぬ先の杖ではないですが、元気があるうちにこれから先のことをどうしようというふうに、将来に向かって布石を打つ方が、この先20年、30年先を考えたとき安定したものが築けるのではないかと思います。

【伊関会長】

基幹病院の在り方については、今の意見を簡単にまとめて、座長意見か検討会の意見としてまとめられるか、また何らかの形でペーパーにしたいと考えています。あと、医師の研修の話が出ていましたが、機能の点で研修ということもありましたが、もう少し下関市内の人材養成機能、研修機能について、ソフト面についてご提言いただきたい。特に吉村先生からアドバイス等ありませんか。

【吉村委員】

そうですね、一つは自治体が大学に寄付をして、その代わりに先生を、例えば市立病院に配置して、もちろん診療もしますが、山口大学の学生さんや初期研修医にしっかり教えるという教育の役割を、市として病院の一角でやって欲しい。必ず年に20名から30名は医学生が来て、そこで教える医師、指導者も病院として雇えるし、大学の寄附講座として現地の病院でやるモデルを、三重大学や筑波大学、富山大学など、今までは県単位だったものが、市や町の単位で、年間3千万から4千万くらい払ってやるところが非常に増えてきています。今まではそういう講座は大学の中にあっただのですが、最近では市中病院の中に出店、支店を作って、市の給与体制と同じような体制でやって、しかも教諭もしっかりやり、なおかつ学生が来る流れを確実にする。医学生時代に下関の病院で研修すると、かなりの割合で市内の市中病院を選択する確率が高まるというエビデンス、データがありますので、そこで働いている先生方の姿を見て、ああいう医師になりたいという流れができてくれば、少し時間がかかりますが、医学部の5年生で来れば、およそ5年で確実に専攻医が増えるわけなので、

そういうソフト面を、若干お金はかかりますが、先行投資としてやるのは一つの手法かなと思っ

【矢野委員】

両論ありというところですが、少し漠然としすぎている。再編というと、どういう再編の形がいかを出していかないと、再編ありといえ、例えば小さな豊田中央病院を吸収してもこれは再編です。再編で医師の教育と言われていますが、これは大変なことです。私は下関市だけではなく、県単位でなければいけないと思います。山口大学、県の大学が一つ、それに対応するもの。終戦後のはるか昔ですが、日本中そうあって、旧帝国大学や帝国大学があるところには県立病院はなかった、県立病院は田舎にありました。山口大学がまだ国立大学になる前の話ですが、山口県は防府に県立中央病院を作ったわけです。県単位で作っていたのが、県立中央病院という形である。医大がなかったから代わりに教育しなければいけなかった。ところが今は、どうみても大学が医師を作っているわけです。それに対抗するのを、下関一つで山口大学に対抗する病院を作るのはお金もべらぼうにいますし、指導医を集めるのも至難の業だと思いますので、その辺はもう少し具体論を踏まえた上での提言が必要だと思います。何度も申し上げて恐縮ですが、下関は医師数も裕福で、県庁所在地以上に医師がいて、さらに下関で多いのは開業の診療所の先生ですが、底辺がしっかりまとまっております、山大が停滞しても、山大と九大の両方からの支援の中でできているという状況を把握して、これだけは守らなければいけない。ここに第三の下関市立の育成機関を作るとなると、下関だけで打ち上げるのではなく山口県と九大ともしっかり交渉した上で、ここまでやりますよという協調の中でやらないと、それなら九大は引き揚げましょう、山大に任せましょうということになりかねません。他の統合で、2つの大学が入っていた場合、みんなどちらかが手を引いています。その辺の具体論は、ただ再編ではなく示していただきたいと思

【伊関会長】

他は何かありますか。今のような意見を踏まえまして、座長の意見案を作ろうと思っ

野先生のご意見もありますので、そういうものも踏まえつつ、これからも議論していく。先ほどの1860時間という特例水準については、藤原先生からは大丈夫だろうという意見もありましたが、大病院も厳しい、市中病院は回らないのではないかという意見もありますので、まだ方向は確定していませんからどうなるか分かりませんが、5年後必ず来る話なので、それに向けて対応の準備をしていく、とくに基幹病院である4病院については、自分たちの病院の医療をこれから先維持していくにはどうしていけばいいか、特例水準を踏まえた上で議論しないと、多くの病院で厳しいと聞いていますので、これは必要なのではないかと思います。そういうものも踏まえた形での意見を出したいと思います。原案は作ってきたのですが、今の議論で修正が必要などころがあるので、お出しするレベルではないと思います。

外部有識者検討会として、もしくは会長としての意見を出した上で、市として計画案を作っていただくこととなります。我々は諮問機関ではありませんので、中身について一字一句チェックするわけではありません。

今日の議事についてはこれで終わりになると思いますが、事務局にお返ししてよろしいですか。

【九十九部長】

いろいろご意見いただきましてありがとうございます。本日の議題ですが、計画案を示して、パブリックコメントについて意見をまとめたものをご用意していますが、例えば、パブリックコメントの意見についてご議論いただいてもいいのかなと考えておりますが、そのあたりはいかがでしょうか。

【伊関会長】

それでは、パブリックコメントの意見について、何かございますでしょうか。

これは個人的な意見ですが、病床数については色んな議論があります。医療費を効率化するために病床を削減しろと財務省はかなり言っていますが、病床を無理やり削減するのは無理がありますので、国の診療報酬では重症度、看護必要度を示して、重症の人をできるだけ病院が看なさい、軽症の方は地域に戻っていただくという誘導をしています。病床は無理やり埋められる時代じゃなくなってきましたので、無理な削減ではなく必要な需要に応じた病床の状況で、結果として病床が減る場合はあると思いますが、無理にやることは無いと思います。もう一つ、病床が多いとスタッフを配置しなければならない。ぎりぎりの人数で回すと現場の人が大変になってくる。私がかかわっている病院で、199床の自治体病院ですが、122床に減らし、4病棟を2病棟に減らしました。その分だけ1病棟の配置基準を多くしました。そうすると夜勤の回数が減ったり、一人当たりの負担が軽くなるというメリットがあります。診療報酬では配置が充実してくるので単価が上がってくる。ダウンサイズではなくバージョンアップとしての病床の見直しはあるなと考えています。その病院、病院

で知恵を絞りながら、あるべき病床の数を検討していくことが本来の筋だと思います。それは提示したいと思っていました。委員会の意見としてではなく、個人的な意見ですが、決して病床削減ありきではない。無理な統合をやれば上手くいかない。パブリックコメントでも慎重な意見がありましたが、やはり病院の現場の皆さんが医療を残していくには必要だ、何らかの形で統合が必要だという意見が出れば、それはやるべきだと思いますし、それを無理やりやるのは無理があると思います。ただ、きちんとしたデータを提示して、このままでは厳しいですよということを示していく必要はあると思います。

【矢野委員】

病床数というより患者数がどのくらいあるかが基本です。病床数がいくらあってもここでは病床利用率が8割満たない、病床が余っています。下関市は平均在院日数が全国より2日くらい長い。長くいたら病床数はたくさん要るし、全国平均以下の日数にするなら今の数は要らなくなる。病院の経営者は、どうしても病院の財政を保たなければならないので、空床はあまり置きたくない。そこは加減をしながらやっているのが普通です。でも、下関の場合やりやすいのは、下関から外に出る患者と外から来る患者が非常に少ない。データを見るとビックリするくらい下関は患者の出入りが少ない。そうすると、だいたい病気の分類、患者数は分かってくる。今は平均在院日数が長すぎるのに、病床利用率が8割を切るくらいなら、病床数だけが多い少ないだけでなく、利用率と在院日数を絡めて、目的を出していくことを絶対してください。一律に人口対で病床数が多い少ないではなく、対患者からみていくことだと思います。

【藤原委員】

確認ですが、計画案の全体版は皆さんお持ちですか。

【九十九部長】

計画案の全体版は、市のホームページに公開しておりますが、本日資料としてお配りしておりますのは、抜粋版になります。本日は全体版の配布はしておりません。

【藤原委員】

これを見ていると、病床利用率は下関では85.6%でまだ余裕がありますし、問題なのは、在院日数が全国平均が28.5日なのに、下関は43.7日になっています。これは長すぎます。これを全国平均まで減らせば病床はもっと余りますよね。それから、今は在宅の方にもっていくべきだと、日本の病床数や在院日数は国際的に見ても異常に長すぎる。だから、国も在宅の方にもっていくように思っていますから、病床を減らすのは困るというご意見は実際の現状をあまりご存じないのではないかと思います。

【足立委員】

ベッド数が減ったら困るという話は、働く場所がなくなるかもしれないということが一つあると思いますが、もう一つ患者側でベッド数が減ることの抵抗感がどこから来ているかと考えると、自分や家族に入院が必要になったとき、入院できるところがなかったらどうしようという不安が大きいのではないかと思います。そうそう入院しませんよね。慢性期な病気で必要な方もいらっしゃると思いますが。このパブリックコメントの中にも、15、16番辺りに在宅や包括ケアのこと、地域全体で医療介護を推進しなければと書いてありますが、ひとつ今流行のICT、そういうものを活用してやっている事例を紹介したいのですが、うちの地元で今度統合病院ができるんですが、一方で地域包括ケアを絶対やらなければならないということがあり、医師会さんがリーダーになって、3師会、医師会、歯科医師会、薬剤師会が音頭を取って、医療介護の連携のためのNPO法人を作りました。それで何をするかというと、ICカード、こういう名刺サイズのカードを持っています。各医療機関、薬局、介護施設も含めて、タブレット端末があります。それにかざすとその患者さんの情報が出てくる。そのカードの中には患者さんの投薬情報やケアプラン、診療情報提供情報も入っています。私に関わっている開業医の先生、薬局、介護関係の人、ケアマネの皆が、私の情報を日常的に書き込んでくれて皆で情報共有ができるような仕組みになっています。このカード一枚あれば、もし介護施設で具合が悪くなったとしたら、救急車を呼んだり、医療機関に行ったりしても、情報共有ができるのでスムーズに回っていくという仕組みもあります。家にいると不安なこともたくさんありますが、多職種で情報共有することでとても不安が軽減されます。地域包括ケアにそういう技術が使われるといいと思います。救急車にもタブレットをつんでいますので、かざすとその情報がすぐに病院に飛んじやうので、そうすると高齢者の方も安心すると思いますので、包括ケアで検討されればいいと思います。

【伊関会長】

ICカードは私の地元、埼玉でも「とねっと」というカードが導入されていて、6、7年ずっと続けていて、最初のは使い勝手が悪かったのですが、バージョンアップして、開業医は入力が面倒で嫌われていましたが、今は薬や介護や健康づくりなど、周辺部分が充実して、救急の現場でも使いやすくなり、少しずつ広がりつつあるようです。今だと費用がかかる部分もありますが、ずいぶん利便性がよくなってきたので検討してもいいのかなと思います。

【足立委員】

ネットワーク作るのにめちゃくちゃお金がかかるということで、作ったけどぼしかったところがたくさんありますが、うちのところの病院や開業医が払う利用料は月額1万円、薬局や介護施設は月額2千円でできるという格安、皆さん情報共有がある方が楽になる、医療介護現場の方はサービス向上に繋がるということでぜひ検討してみてください。

【伊関会長】

もう一つ、これは高齢者のイメージがありますが、子どもにも効果的で、アレルギー情報や薬の情報もカードに入っているので、PTAや学校を通じて、ICカードを子どもに持てるようにして、緊急に対応できるようなこともあります。

【藤原委員】

私どもの地区、阪神地区は人口175万人いるんですが、阪神ムコネットという情報共有システムを整備しました。一番有益だったのは、救急でどこの病院でどこの病床がどのくらい空いているかが表示されます。救急対応では、救急隊が現場に到着して、患者を診て、どこに運ぶかということが、4回以上断られるという指標がありますが、阪神地区は今から10年位前までは全国で一番高い地区で14%もありました。しかし今は2%くらいに減って、全国でも一番低い状況になりました。さらに、このシステムでは、救急情報のみならず、患者情報全体が共有できること、自分の病院と開業医との情報が共有できるようになっていて、どちらからでも全て見れるようになっている。全国でもやっているのか分かりませんが。

【伊関会長】

下関ではデータ共有の状況はどうか。少なくともカルテは共有していませんよね。

【八角課長】

情報共有として奇兵隊ネットという仕組みはありますが、大きい病院のカルテを診療所は見ることができるが、双方向で見えるものではないと聞いております。

【伊関会長】

再編ありきの前に、できる連携は積極的にやることも重要だと思います。カルテの共有ができるかどうか分かりませんが、課題もあると思いますが、大きな基幹病院間の情報共有がどの程度できるかは議論のテーマかなと思います。

あと、パブリックコメントを一つ一つチェックするのは難しいですが、看護師の資格の充実、より全体の医療の底上げ、医師の仕事のタスクシフトは一つ有意義だと思います。医療専門職の資格取得、専門性を高めることも重要な課題だと思います。人材育成にお金使わないといけない、人材育成にお金をケチるのは日本の問題点で、医師だけでなく医療人材の育成にお金を使っただけ、優秀な人材が集まるような下関市になっていただければと思います。

他はよろしいでしょうか。意見としてはこの辺で終わりにしたいと思います。

【九十九部長】

検討会会長の伊関先生、ありがとうございました。

本日いただきましたご意見につきましては、事務局でしっかり整理し、また先ほど伊関先生から提案がありました座長からか検討会からかはまだ分かりませんが、提言をいただけるということでしたので、そういった意見を踏まえながら、基本計画に反映できるものは反映させていきたいと思えます。また、今回の計画案に記載しておりますそれぞれの施策についての具体的な取組み等につきましては、関係機関等と連携して、今後検討してまいります。今回、本市が基本計画を策定するにあたっての区切りの回となりますが、この検討会の設置要綱にありますとおり、具体的には要綱第2条の所掌事務に、基幹病院のあり方に関することと、その他地域医療の確保に関して必要と認める事項に関することが計画策定以外にありますので、今後また必要に応じて開催させていただきたいと考えております。委員の皆さまにおかれましては、今後ともどうぞよろしく願いいたします。

【三木本部長 挨拶】

閉会あいさつ

(閉会)