

【第2回病院機能等改編計画策定委員会】

日時：平成30年9月19日（水）18：30～19：50

場所：市立吉田病院 3階 講堂

出席者：委員11名（全員出席）、事務局7名

【事務局より】

●委員会成立の報告

●配布資料確認

1. 委員長挨拶

議長から開会の挨拶

●前回欠席者の紹介

●前回会議の保留事項（IS値）について、事務局より再度報告

- ・関東大震災や東日本大震災を基準としているのではなく、震度6～7の地震に対する評価である。
- ・IS値が0.6以上あれば、倒壊・崩壊の可能性は極めて低いが、吉田病院の中棟0.22は、倒壊・崩壊の可能性が極めて高く、南棟0.33は倒壊・崩壊の可能性がある。

2. 議事

(1) コンサル調査報告

(議長)

それでは、本日の議事に入りたいと思います。コンサルの調査報告を、総合メディカルの方から説明をしていただきます。よろしくお願ひします。

(総合メディカル株)

※以下、配布資料に基づき説明を行った。資料：「第2回 病院機能等改編計画策定委員会」

(議長)

ありがとうございました。

今、総合メディカルの方から資料の説明をしていただき、宇和島圏域の現状とこれからをご理解いただけたのではないかなと思います。委員の皆さんの意見、質問、感想でも結構ですのでお一人ずつお願ひしたいと思ひます。

(●●委員)

質問と言うほどのことでもないですけど、7ページの人口のところは宇和島市の人口とありますが、吉田町の人口は分からないのですか？

(総合メディカル株)

事前打ち合わせでもその話は出たんですが、今回はとりあえず全体を見て欲しいなと思ひましてこの資料にしております。

(●●委員)

ですが、宇和島市の中でも吉田町がどうなっていくのかということも知りたひです。

(総合メディカル株)

かしこまりました。準備いたします。

(●●委員)

大体、今、1万人くらいですよ。合併当時は1万2千人強あったんですけどね。

(議長)

今、●●委員が言われたように昔は多かった、そして65歳以上は40%を超えていた。それが吉田の状況です。

(●●委員)

65歳以上の高齢化率は、市全体で言うと38%です。

(議長)

他にありませんか？

(●●委員)

ちょっと教えて欲しいんですけど、7ページの2015年度の人口81,730と11ページの2015年の人口67,792という、この差はどういうことなんですか？

(総合メディカル株)

6 ページの方は、宇和島市の人口になっています。11 ページは、当院から 10 キロ圏内の人口を推計したも
のになっています。

(●●委員)

11 ページは西予市も含んでいるということですか？10 ページの地図の円の中の人口ということですか？

(総合メディカル株)

そうです。

(●●委員)

宇和島は全体が入っていないけど、西予の一部が入っている吉田病院を中心とした 10 キロ圏内の人口。

(●●委員)

それともう一つ、一戸建てあるいは全国平均というのは意味があるんですか？

(総合メディカル株)

高いのか低いのかというところで…

(●●委員)

都会と田舎を比較するのではなく、一戸建てや単身世帯が昔に比べていくら増えるのかということ調べても
らう方が意味がある。全国平均はあまり意味が無いのではないかと私は思います。都会や一戸建てがどうかとい
うよりも、むしろその地域で人口がどう動いているのかということが大事なのではないか。

(総合メディカル株)

愛媛県も載せましたけど、他の四国の県も載せさせていただいて…

(●●委員)

同じような地域、吉田と似たような地域ではどうなのか比較して欲しい。

(総合メディカル株)

かしこまりました。

(議長)

他にございませんでしょうか？

(●●委員)

初歩的なことなんですけど、この計画は何年頃を目指しているのかははっきり分からないんですが、2050 年と言わ
れても、私はもう生きてはいないので。今この会をするにあたって何年後を目指して協議するのかということと、
どういう構想があるのかということを知りたい。例えば、人口が減っていると言われても、吉田町の救急搬送は
当時 200 件くらいだったのが今では 2 倍以上の 400 件を超えています。宇和島市の消防全体では 2000 件前後だ
ったのが今 5000 件です。人口が減っていても、救急は増えています。ですから、例えば宇和島市立病院に搬送
したくても「脳疾患系は満床だから受け入れできません」と言われる横で、整形外科のギブスを巻いているだけ
の患者がタバコを吸っているような状況を今まで見てきていますので、そういった面で先程説明のあった高度急
性期とか慢性期という病床機能については理解できるんですが、それを今言った救急件数に替えたなら、何年先の
ことを今議論するのかというイメージが浮かばないんですが。

(事務局)

きっちり何年というのは決めていません。ただ 2035 年を目指しています。その理由は、団塊世代の方々が後
期高齢になるのが 2035 年です。そして、医療も介護も 2035 年を目指して診療報酬・介護報酬をどんどん変えて
いる。介護は 3 年ごとに医療は 2 年ごとに改定しておりますので 2035 年を目安にいただければ、この吉田
病院はなくてはならない、自分たちのお子さんお孫さんのためにこの吉田病院が 2035 年に残っている姿をイメ
ージさせていただいて、ご意見を拝聴できたらと思っております。

(●●委員)

2035 年じゃなくて 2025 年では？

(事務局)

2025 年の誤りです。

(●●委員)

平成 37 年度ですよ。

(総合メディカル株)

分析している立場から見ても、当院は耐震の上でも問題となっており、耐震工事をするにしても、償却という
考え方から、設備投資をしたらやっぱり 15 年から 20 年、25 年までは使おうという考え方もあります。5 年先使
えなくなるものに設備投資するのはもったいないということで、今事務局から話があったように、今 2018 年で

すので 2035 年から 40 年までは頑張って欲しいなとは思いますが。

(●●委員)

この年度というのではなく医療需要はどこがピークなのかを見ていく必要があるのかなとは思っております。人口が減ることは間違いない。但し高齢化率は上がる。その高齢化率が上がることによって医療需要はどのようなのか。日本全体で言うと人口は減るんだけど、医療需要は高まって都会では溢れると。それでどうしようかということで考えたのがこの病床数、在宅医療にシフトしていこうという考え方なんですよね。だから、吉田、また宇和島の地域では医療需要がどうなのかということをも一つ考えなければいけないかなと思っていたところで不思議だなと思ったのは、介護需要はどんどんとしばらく上がっていく、だけど医療は、確かに市立宇和島病院でもだんだんと外来も落ちているし、今、入院はちょっと一時的に高くなっていますが、基本的には落ちているんじゃないかと。だから、もし医療需要のピークが今だったら、宇和島の圏域で今支えられる規模は何床なのかを考えればいいし、もし将来ピークが来るのだったら、そのピークに備えてどのくらいの施設、機能を持ったらいいのかを考えるべきじゃないかなと思います。ただそこに合わせて備えても、将来、数年でがたっと落ちるのであれば、それも考慮しながらピークをどう処理するのかを考えるべきかなとは思いますが。

(●●委員)

あの、この大きな資料ありますけど、これで…。

(議長)

●●委員、それは後でまた説明しますので、もうしばらくお待ちください。

(●●委員)

医療需要の推移も大切ですが、今ここをリフォームしようとしているんですよね。旧館は地震に弱いからやめましょう、新館で維持しましょうという話で、新館はあとどれくらい持つんですかね。

(●●委員)

平成 11 年度建設なので、通常考えたら 50~60 年は大規模改修しながら持たせることになります。

(●●委員)

そこまでくらは持たせる計画を立てたらどうかと思いますが、いつ天災が起こるかは知れないですけど、それを考えたら始まらないから、医療需要と建物が持ちこたえる時期まで。

(総合メディカル株)

建物の専門的な話になりますが、鉄筋だと新築で大体 30 年~40 年と言われています。またおかしな話で新築を建てるのと同じ費用を払ってリフォームすればその倍持つという考え方もあります。もう一つ新築を建てるのと同じことではあります。

(●●委員)

国から指示があり、公共施設をどう維持していくかという計画を作ったんですが、それも同じ考え方で、建物は 30 年で大規模な改修をして、改修をした上で 60 年使いたいという考えではあります。

(●●委員)

同じ費用と言うのは、30 年間に使った費用を一度に、新築と同じ費用で？

(総合メディカル株)

いえ、修繕費用のことです。

(●●委員)

修繕費用を積み重ねていつ？

(総合メディカル株)

はい。また、今●●委員もおっしゃられたように、30 年経ったらどこかで大規模改修する必要はあります。

(●●委員)

病院は他の建物と比べて改修費用が非常に高いということですか？

(総合メディカル株)

はい。やはり、X線等特殊な部屋もありますので、多少費用は嵩みます。

(●●委員)

それは国の基準が変わるからですか？それとも建物そのものがダメになるから？

(総合メディカル株)

建物そのものがダメになるということでもないです。

(●●委員)

国の基準の問題？

(総合メディカル株)

いえ、基準でもなく、一般的に、病院でも普通の建物でも同じくらいの年数だったら、同じくらいの費用がかかります。ただ、建築コストが病院は若干高いので余分にお金がかかる。やっぱり配管や特殊な部屋がありますので、そういうところのメンテも必要になるということになります。

(議長)

新館は平成10年～11年の2カ年で新築になり、もうすぐ20年経つという建物です。阪神淡路大震災が平成7年にあった後で、あの時の震度7に耐えるような設計で建物は建てました。ここは地盤がものすごくやわらかかったので、初期のくい打ちよりもっと深いものを使ったため、その分余分に建設費もかかったのを記憶しています。大体10億5千万だったかなと思います。

(●●委員)

旧館のほうは？

(●●委員)

もう50年過ぎてます。

(●●委員)

あの、2025年とか2035年に向けての計画の話をする基本的なことですけど、例えば、この先医師の数とか、看護師、検査技師とか、人員を増やす前提で考えているのか、それとも今の人数のままこの先の計画を立てようとしているのか、根本的なところはどうなっているんですか？

(総合メディカル株)

今のところ調査・分析を進めていく中では、やはり働き手も減っていきますので、働き手が急激に増えるという事は考えづらいなと思っております。

(●●委員)

今、常勤医が2人と、歯科医が1人の3人ですよ。極端なことを言うと、今の状況で、例えば外来の数をどんどん増やしていこう、入院の患者数もどんどん増やしていこう、というのははっきり言って無理だと思います。なので、前回は募集しても来ないというお話もありましたけど、この先なんとしてでも医師をあと3人確保しようとか、無理だったら2人確保しようとか、そういうことを考えながらの計画なのか、もう募集しても集まらないから今の人数のまま話を進めていくのか、という基本的なところが分からないので。

(議長)

そういう基礎的な決まりではなく、その辺を加味しながらこの病院がどうあっていくべきかをこれから考えていくほうが良いかなと思います。

(総合メディカル株)

現時点で、私がお答えするのはあくまで私の個人的な想いなんですけど、そういうことも皆様で、頑張っって医師を誘致しようとか、そうじゃなくて今の地域の現状に合わせてこうしていこうとか、そういうことを協議して欲しいなと思っております。

(議長)

はい。今、いろいろ意見が出ておりますが、3回目・4回目以降の会の中で進めていきたいような問題になっているので、またその時にはご自身のお考えを述べていただけたらと思います。ちょうど私も2025年には75を過ぎる年でございます。団塊の世代には負けますが、負けながらも競争してきた世代なので、我々の年代までは入院患者は増えるかなと思っております。それらも加味しながら吉田病院がどうあるべきかということを考えていただけたらと思っております。

コンサルタントの調査報告と説明に対しての協議はこのくらいにしまして、議事の2番へ移りたいと思います。お手元にA3の用紙があると思いますが、事務局の方から説明をお願いします。

(2) H10年度からH29年度における吉田病院の状況

(事務局)

※以下、配布資料に基づき説明を行った。資料：「H10～29年度 患者数・医師数・看護師数等推移」

(3) 意見交換

(議長)

はい、ありがとうございました。●●委員。

(●●委員)

はい、さっき話したかったことがこのことだったので大丈夫です。

(議長)

今、事務局の方から説明があったんですが、これが吉田病院の過去と現在の状態です。医師数の減、それに対して入院患者も外来患者も減っているということ、そうすると当然収益も悪くなるということでした。この資料を見て感想とか質問があれば、どなたからでも、ございませんか？

(●●委員)

単純にどうして医師の先生が来られなくなったんですか？

(●●委員)

臨床研修医制度が始まり、専門医がいて指導医がいる病院に医師が集まって、都会に集まった。医者を強制的に配置するということが不可能なんです。日本には憲法があり、憲法に反して職業の自由を奪うということができない。

(●●委員)

平成16年に制度が変わり、医師になって最初の2年間の医師は研修のため、大学の医学部から2年間新人の医師がいなくなったわけです。そうすると大学病院は、辞めていく人はいても入る人は2年間いないので医師の数がぐっと減り、こういう一般病院に派遣できなくなった。

(●●委員)

派遣してもらっても極めて少ない。

(議長)

愛大の医学部の方にも医師がいなくなったので、それまで派遣していた医師を引き上げて行ったんです。そして何年か辛抱したら専門的な研修をした医師がまた帰ってきてくれるだろうという期待を持っていたんですが、結果はそうではなかった。専門的に、細かい専門の医師が増えて、地方の病院に来てくれる医師がいなくなったんです。

(●●委員)

政治が悪い。

(●●委員)

理由はそこです。例えば、内科だったら、内科の医師になって何年かしたら専門医の試験を受けることができるんですが、その何年かの間に内科の専門医を持っている医師が何人以上いる施設にいないとダメですよという決まりがあるため、指導をする専門医がいないと、その病院へ行っても専門医の試験すら受けられないという状況になるので、元々医師の少ない病院には更に医師が集まらなくなる。

(●●委員)

資格が取れないんです。昔は専門医については各学会が認定していた。だから内科の専門医は内科学会が認定していたが、今回から日本専門医機構という第三者機関ができた。その理由は各学会が認定している基準に大きな差があるから。専門医を持っている人が専門の知識があるかということ、内視鏡を1回も見っていない人が教授ということもあります。それを防ぐために日本専門医機構という第三者機関ができた。内科の場合は3年間で70疾患200症例以上を指導医のもとで経験する必要がある。大きい病院でなければ、大学であってもそれだけの数の経験ができない、だから宇和島病院は愛媛大学の関連病院になって3ヶ月～4ヶ月医師が派遣されて、受け入れるんです。病院が給料を出し、経験を積んだら引き上げていく。

(●●委員)

本当に、専門医を持っている医師が何人も吉田病院にいないと、大学から派遣してもらえない。

(●●委員)

それは個人の問題ではなく、大学だけでは足りないもので、いろんな病院で経験を積むのはある意味では当然のことなんですが、もう一つはっきり言わせてもらおうと、病院というのは医局の中の一部であるということ。封建制度、徒弟制度とも言いますか、そんな中で日本の医療は成り立っているんです。その辺を理解してもらいたい。本当に地元で、吉田病院をなんとかしたいと思う人を育てないと持たないんです、本当に。

(議長)

他にございませんか？

(●●委員)

これは患者数とか議題とは若干ずれるかもしれませんが、7月に西日本豪雨災害があつて、吉田は1日程孤立しましたが、南海トラフがドンと来たら1ヶ月くらい孤立すると思うんですが、その時に病院でどうなるのかなというところが気になったんですが。今回たかだかこのくらいのことで宇和島・宇和には通行止めで行けない状態になり、今後南海トラフが起こった時に、重症者・軽症者がたくさん出て吉田病院に集まっても医師がいないうような状況になると…

(●●委員)

大震災が起こると南棟と中棟は潰れるんですよ。

(●●委員)

浸水もしますしね。

(●●委員)

3病院の中で一番低いのが吉田病院なんです。

(●●委員)

吉田は全体が低いですからね。そうなった時に、ちょっと…。

(●●委員)

一時的には助けてくれる人が出ます。例えば夕張が潰れた時にそこに医師が行きました。

(●●委員)

それと、今回吉田病院にも来たと思うんですけど、災害時には医療災害対策チーム DMAT という医師を派遣するシステムが国にあるので、要請すれば医師は来てはくれます。

(●●委員)

ただ、交通状況がどうか…

(●●委員)

DMAT もそうですが、多分今言われたような支援は大都市の方に集まるだろうと思います。自衛隊にしても被害の大きい方に行って、多分宇和島圏域には来ないんじゃないかというのが大方の見方です。

(●●委員)

ほとんど高知へ行って、多分宇和島管轄は支援物資が届くのに1ヶ月はかかるかなというのを聞いています。

(●●委員)

そこまでではないだろうと思いますけど、ただこの前の水害でも DMAT は来てくれました。なので、全国規模で災害が起こった時はもちろんいろんなところに行かないといけませんから、吉田に来てくれるかという、今言われたように多分大都市の人が多いところに行くと思いますけど、吉田地区が単体で災害にあった時は来てくれると思います。

(●●委員)

今回、それがすごい良かったと言いますか、宇和島も元気で周りが元気だったのですぐ救援していただいたんですけど、広域の災害になると…

(●●委員)

そうなった時はもう吉田にいる医者でなんとかしないと、広域の時には無理だろうと思いますが、吉田にいる医師と言っても数が限られていますので。

(●●委員)

今回、この資料を見て、ここまで少なかったんだと本当に驚いています。

(●●委員)

外来患者数に比べたら入院患者数はあまり変わりはないかなと思います。

(●●委員)

今後も入院患者数はしばらくは増える。となると 2025 年頃までは医師を増やさないといけない。しかしその後、どんと患者が減った時に医師数がどうなるか。

(●●委員)

先程から言っておりますが、常勤の医師が減った割にはかなり外来も入院も…

(●●委員)

医師に対する患者数は増えています？吉田病院は高齢者が増えているんです？

(●●委員)

…じゃないかと私は思いますけど。

例えば外来患者数ですが常勤の医師が 12 名おられた時と比べたら、今、内科医、外科医、歯科医の合計 3 人ですので、当然患者数は減りますから、それを踏まえて平成 29 年度 3 人で、医師に対しての患者数としては平成 10 年度とあまり変わってはないのかなと思うんですが。

(●●委員)

結局、医師が足りないということ？

(●●委員)

足りないというか、都会では逆に余っています。専門といっても、内科専門じゃなく肝臓の専門ならいます。都会に行ったら C 型肝炎のなんとか型しか診ない医師がいる。C 型肝炎を診るならまだ良い。C 型肝炎の中でも

これしか診ない。それが所謂専門医です。そういう人が世間でもてはやされている。それを国の政策としてどうするかを真剣に考えないと、本当にこれは大問題です。だからある意味で強制力が必要。以前は、医学部の卒業生は、例えば卒業生が100人いるとして、その中で50番までは自分の行きたい病院に行ける、51番以降は国が決めるという話。そういう面では昔は、バランスがうまく取れていた。男と女が大体同じ数で生まれるように。

(●●委員)

吉田は、吉田病院を中心として街中だけに病院・医院が集まっていて、玉津や奥南など街から離れたところの患者は病院に行きたいけど家族は昼間仕事で出かけていて、自分はもう車を運転できなくて、行きたくても病院に行けないという高齢者の方が結構多く、家で我慢しているという。この先どんどん高齢化が進んでいくとそういう人がもっと増えると思います。そうなった時に、例えば吉田病院から送迎バスを出して、外来患者を集めるとか、そういったことは無理なんですか？

(●●委員)

国の方針としては、どちらかと言うと、かかりつけ医に「在宅で診ていただきましょう」ということですので。病床数の削減のところには書いてはいないんですけど、削減しているのは在宅医療分なんです。

(●●委員)

ただ、結局は、医師の数がもし増えなければ、外来と入院で手いっぱい、吉田病院がこれから患者数を増やしたくても訪問診療は難しいわけですよ。そしたら逆に行きたくても行けない患者を連れてきた方が費用的には良いんじゃないかと思うんですが。

(●●委員)

失礼ですが、国の考え方は反対です。医師が玉津に行けば良い。

(●●委員)

はい、もちろんそう思います。訪問診療をするということですよ、開業医はそれで良いと思うんですが、吉田病院のことを言うと…

(●●委員)

国は在宅医療で豊の上で死ぬのが幸せだといかにももっともらしいことを言っていますが、費用がかかるだけです。厚生労働省が医療費の予算として54兆円を計上して、毎年毎年1兆円ずつ増えるとか言っていますが、国民はそれに対してそれはしょうがないんだと誰も何も言わない。

(●●委員)

介護保険を使って訪問診療をすればいいという話になるんですが、そうすると介護保険の審査が年々厳しくなってきたので、今まで要介護だった方が、更新をすると要支援になって、もう訪問リハビリを受けられませんか、今までできていたことが介護保険でできなくなってきたという状況が山のように出てきている。そういう人を、じゃあ訪問でやりなさいと言われても、点数が無いので、要支援になったので、来てもらえませんというのが現実、吉田の問題としてあると思います。

(●●委員)

今からもっと厳しくなると思います。お金が無いから。

(●●委員)

そうですね。そうすると訪問看護・訪問診療・訪問リハビリ、やりたくても審査が厳しくて、ランクが落ちてやってももらえないという高齢者がどんどん吉田は増えていくと思うので、そしたら逆に、さっき言ったように、来たくても来れないような人をバス1台巡回させて診る方が吉田にとってはいいんじゃないかなと思うんですが。

(●●委員)

確かに。ただ国の方針というのは、公立病院ですから、それを加味した中で計画を立ててもらわないとというのがあって、国にそっぽを向かれたら、監査は毎年受けなければならないし。その中でどう対応するかということが、非常に重要なことだと思います。事実、徳洲会が似たようなことをやっている。その方が費用もかからない。それを受け入れる体制がどういう形でできるのか。例えば、最先端の医療といえば、昔は生殖医療、今は再生医療。IPS細胞をやっている山中先生は、最先端の医療であることは間違いないです。しかし、山の中で赤ちゃんから老人までを全部診る。誰も診てくれないんです。誰もしないことをやっているのが最先端の医療ですが、誰もしない山の中で医療をやっているのは最先端ではないと誰も評価しないんです。そこに大きな問題があるだろうと思います。最先端の医療をやっている人は全部コンピューターで保険点数を出さないといけなくて、そこまで要らん投資はしない。だから国の政策は真剣にそこを考えてもらわないと。

(●●委員)

一つ質問よろしいですか。鬼北町には、日吉診療所、三島診療所、愛治診療所とかありますが、実際に成り立

っているんですか？宇和島にも島しょ部に診療所がありますけど、あれは市町の財政で成り立って…

(●●委員)

それはどこも成り立ってはいないんじゃないでしょうか？それは一般会計、税金で補って会計を保っている。

(●●委員)

医師の給料だけでも相当な額では。

(●●委員)

確かに先程言った、行きやすいというのがありますし、医師がたまにおられて成り立つのかなというのが気になったので。ただ●●委員が、中心部に集中して、離れたところに医院が無いと言われていたので、伺いましたけど、●●委員が言われるように宇和島には島しょ部がありますし。

(●●委員)

●●委員には失礼ですが、開業医の先生方は大変なんですよ。というのは、再診料は730円です。投薬が680円です。検査なんかはあまりできないんです。100人診て13万円です。20日働いていくらになりますか。それで看護師雇って、薬品代・光熱水費払っています。その反面、都会の大きな病院だとMRを取ったらそれだけで2万8千円。医療そのものがそういう形になってきているんだということです。

(議長)

だんだんと吉田病院がどうあるべきかという答えにも進んでいくかなと思いますが、また次回そういう話をさせていただきたいと思っております。それでは、一言ずつ各委員さんから感想をお願いします。

(●●委員)

単純にこの資料を見て分からなかったこと、特に医者数が少ないんだなとすごくびっくりしたのといろいろ勉強になりました。

(議長)

また次回にご意見ををお願いします。●●委員、どうですか。

(●●委員)

私もこの会に出席していいのかなと思いつつ、このことやって来ました。自分自身、病院に来ていないからどんな様子なのか分からなかったんですが、こんなにひどい状況なのかなと思いました。

(議長)

病院に来ないのは、それはそれで健康だから良いことだと思います。他に無いですか。

(●●委員)

吉田には市立病院があり個人病院があり、割と医院が多いんじゃないですかね、人口に対して。他のところはどうか？

(●●委員)

吉田病院と開業医が5件ある。1万人に対して5つの開業医というのはどうなんですか、多いのか少ないのか…

(総合メディカル株)

10キロ圏内では宇和島市中心部と比較すると少なくはないです。ただ、5キロ圏内には非常に少ないかなと思います。病院が無いのと、市街地の方にクリニック・診療所が集中しておりますので、さっきの地図の10キロの円の端の辺りには全く医療機関が無い地域が非常に多いので、そういうところから当院に来られるという状況です。

(●●委員)

宇和島市の中でも三間町はどうなんですか？三間町には診療所があったと思いますが。

(議長)

診療所は今無いです。

(●●委員)

吉田は少ないかなと思いますが、吉田が恵まれているのは後継ぎが帰ってきている。宇和島は帰らない。

(●●委員)

宇和島には結構大きい病院がたくさんあるイメージがありますけど。

(●●委員)

元々少ないですけど、後継ぎがいなくて、今からは減っていくと思います。将来本当に不安です。

(●●委員)

吉田は、入院をやめたところが多くて、結局今入院できる吉田の病院は、吉田病院と●●先生のところだけになっていますので、入院するベッドは昔に比べるとガクッと減ったと思います。

(●●委員)

宇和島も同じで、宇和島で今ベッドを持っている開業医は3件くらいしか無い。

(●●委員)

婦人科ですか、それは？

(●●委員)

婦人科を入れたら5件ですね。婦人科は2件あるから。その5件のうち2件は療養型です。

(●●委員)

ベッドが足りないイメージがすごいですね。

(総合メディカル株)

ちなみに、人口10万人当たりの医療機関数でいくと、吉田は6つありますが、平均です。愛媛県の平均となっています。

(●●委員)

宇和島での平均？

(総合メディカル株)

愛媛県の、人口10万人当たりの、医療機関数です。それと二次医療圏の病床数で言ってもちょうど真ん中くらいです。

(●●委員)

全国平均よりは高いんでしょう？

(総合メディカル株)

10万人当たりの医療機関数でいくと、全国でも高いです。愛媛県自体が、全国平均を下回っているところがないです。ちなみに一番少ないのが、大洲の真ん中辺りが一番少なくはありますが、それでも全国平均を越えています。

(●●委員)

一番低いのは高知県じゃないですか？人口に対する医師の数。

(総合メディカル株)

高知県までは確認していないので…。あと、医師数、常勤医の数も、この中では、宇和島は3番目です、いえ4番目です。ちょっと少ない方ではあります。松山、新居浜、今治、宇和島ですね。確かに少なくはありますが、もっと苦しんでいる地域は全国にはたくさんあります。愛媛県の中では平均的なところですよ。

(●●委員)

ということは吉田でも少なくても、宇和島は今から減ってくる。

(●●委員)

可能性はある。

(議長)

はい、どうもありがとうございました。予定された時間になりましたので、次回は吉田病院が必要なのか必要でないのか、必要ないことはないですが、その辺を含めて、どうあるべきかということも話し合っていたらいいと思っています。どうも今日はありがとうございました。

(一同)

ありがとうございました。

【参考】

※「新医師臨床研修制度」(平成16年4月施行)

診療に従事しようとする医師は、2年以上の臨床研修を大学の附属病院または厚生労働省が指定する病院で受けなければならないとされた。(それまでは努力義務であったものが義務化された。)そして研修医本人がどこの病院で研修するか選択できるようになり、多くの研修医が都会の病院へ出ていく結果となった。これにより、大学からの派遣医師を頼りにしていた地方の病院では、2年間は研修医が医師として育つのを待たなくてはならなくなり、また、その2年後に研修を終えた研修医が、期待していたほど元の大学の医局に戻らなかったため、地方の大学ではその地域の関連病院に派遣する程の医師が確保できず、都会と地方における地域間格差が顕著になったと言われている。

※「新専門医制度」(平成30年4月施行)

上記、臨床研修制度は、将来の専門性に関わらず、医師として基本的な診療能力を涵養することを目的として必修化されたが、その後、内科・外科など19の基本診療科から専門領域を選択し、3年間で複数の病院を回りながら知識や技術を現場で学び、専門医としての質の向上を目指す教育制度を「新専門医制度」と言う。それまで各学会が行っていた認定も第三者機関の日本専門医機構が行うことにより、認定基準が統一され専門医の質を担保でき、患者から信頼される診療ができるようになると期待される反面、臨床研修制度で顕著となった地域間格差を更に助長するとも言われている。