

第4回平戸市における医療提供体制のあり方検討委員会 会議録

日 時 令和7年2月21日（金）16時30分～18時35分
場 所 平戸市役所3階大会議室
出席者 委員12名、事務局7名

司会) それでは、皆さま、こんにちは。皆様お揃いでございますので、ただ今から、第4回平戸市における医療提供体制のあり方検討委員会を開会させていただきます。本日の委員会につきましても、対面及びWebでの委員会開催とさせていただきます。また、当委員会については、原則公開という事で、会場に報道機関席及び傍聴席を設けると共に、平戸市公式 YouTube「平戸チャンネル」で配信を行っているところでございます。

本日は委員15名中、現在13名の方が出席いただいております、3分の2以上の出席でございますので、委員会が成立していることをご報告いたします。

それでは、議事に入らせていただきます。

委員会条例第6条第1項の規定によりまして、委員長に議長をお願いいたします。

議長) はい。皆さんこんにちは。この委員会もだんだん佳境に入ってまいりまして、さらに本日は長崎から、県の新田保健福祉部長がお出でになるという事で、今年には2025年、地域医療構想の締め年ということになりますので、貴重なお話が伺えると思います。

それまでに前回の議論を踏まえまして、本日の議題として、25年後の絵姿と今後の公民連携のあり方及び平戸市における医療提供体制の目指すべき方向性のこの2つの議論をしたいということになってございます。

また、先ほど申しましたけれども、議事が終了した後、第2部という事で、県の新田福祉保健部長の講演が用意されてございます。

時間配分としまして、議事の終了までを1時間、県福祉保健部長の公演を1時間予定しておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、まず、前回の委員会で作された主な意見について事務局からご説明をお願いいたします。

事務局) 先に、前回の委員会の資料の差替えということで、お手元に、こちらの資料をお配りしております。前回、青洲会病院さんの第3回資料12ページでござ

いますが、死亡退院等の数字が0ということで表記がございましたが、再度確認させていただきまして、149件ということでございましたので、差替えをお願いします。

まず、第3回委員会が出された主な意見をご紹介します。
資料3ページをお開きください。

八坂委員。

主に新上五島町内の医療再編についてでございます。

12行目、最初の下線部分になります。

基本的には病院を残して欲しいという住民の強い意見があったが、今後のあり方、人口減少、医師の確保、スタッフの確保、診療を維持するという意味では、有川病院と奈良尾病院は無床化で上五島病院と上手く連携し、機能分化を進めないといけないという事を住民に話し、最終的には、病院を無くす事に納得という事ではないけれども、病院や町の方がそこまで言われるのであれば、飲まざるを得ないかなというような状況だった。

病院から診療所にした段階で、有川、奈良尾の医療センターは、電子カルテは上五島病院の電子カルテを使っているんで、完全に情報が一元化されている。そのため、救急患者など、入院が必要な患者はすぐ紹介できる仕組みがあって、連携が上手くいっているんで、医療の形としては良いのではないかと。

奈良尾医療センターや有川医療センターには整形の先生が専門外来に行ったり、小児科の先生が行ったりという、専門外来を行うようになったのも大きなプラスで、そこは住民の評価は高かったと思う。

続きまして、4ページに移ります。

柿添圭嗣委員より質問。

生月の方々の住民感情を考えた時、例えば診療所となる場合に、診療所名を生月医療センターとすると、少し納得していただけるのではないかと。どういった経緯で有川医療センター及び奈良尾医療センターと命名がなされたのか。

八坂委員より回答

地域の中心で、総合的な外来をしながら、健診、リハビリ、透析みたいな地域密着という意味での医療の中心という意味でのセンターという名前はどうかなと考えた。付加価値としては、診療所のネガティブなイメージより、医療をしてくれる中心、センターなんだというイメージがあるので、住民の納得度は高かったのではないかと。

調委員長より質問。

新上五島町の医療再編では、ほぼ数年のうちに有川 50 床、奈良尾 60 床、2 か所の診療所が 19 床ずつ無くなっている。その人たちはどこへ行ったのか。

八坂より回答

再編時の病床使用率は、有川は 50%を切っており、奈良尾も 40%、若松、新魚目も 50%を切っていた。

だから慢性期の方は特別養護老人ホームか老人保健施設に行っていただく病診連携を取りながら再編を進めていった。

なので、病床が不足する状況には当時になっておらず、現在、上五島病院はさらにこの 180 床を 150 床まで減らす計画を進めつつある。

ある意味、うまく介護保険施設と病院、診療所の連携を取りながらの機能分化を進めた。

岩田委員より質問。

新上五島町では、診療所、医療センター等に一旦収容して、転院で救急の上五島病院に行くという事があるのか。それとももう直送で救急告示病院へ行くのか。

八坂委員より回答。

再編後 5 年後くらいから、ほぼ上五島病院に救急搬送を行っている状況。現在も 99%は上五島病院に 24 時間で救急搬送する形になっている。

調委員長より質問。

壱岐病院は福岡大学と協定を締結し、九州大学と久留米大学にも寄付金を支払っているが、実際に何名の医師がどこから来ているのか。

八坂委員より回答。

壱岐病院の医師は 22 名。県の養成医は内科が 6 名で外科が 2 名の 8 名です。

診療科は別として、久留米大学から 3 名、福岡大学から 4 名、九州大学から 1 名の派遣があります。他は公募の先生とか報酬で来られた先生。

石川委員より質問。

2011年に、奈良尾医療センターに名称を変えて、無床の診療所でスタートしているが、この当時の奈良尾の人口は？住民の皆さんのいろんな意見をいただいた中で、やはり診療所じゃなくて病院としてなんとかして存続させていたいただきたい。救急指定を当面は続けていただきたい。

今の状況で、人口の中で、住民の皆さんが果たしてどこまで、そこを納得していただけるか、合意形成が取れるか。

八坂委員より回答。

奈良尾病院の診療の対象人口は、隣接する若松町まで含め、当時4,000人前後。

きちっとした診療する医師の確保をする事になると、最低3名の医師がいて、しかも救急24時間になると、3日に1回24時間医師が働かなくちゃいけない。そういう環境に医師が働けるかという考え方。上五島まで30分で行けるなら、診療所化してもその救急体制は問題はない。

その代わり、健診、生活習慣病をきちんと管理して、脳卒中や心臓病など命に関わる病気をいかに減らしていくかというところを、共に努力をしていくという事を住民には話した。例えば、健診も受けず、糖尿病で、脳卒中、心筋梗塞を起こしやすい人が、そこに病院をつくってくださいというのはナンセンス。

調委員長より質問。

生月病院は、常勤3名で救急体制を組んでいるが、実際どういう状況か。3名でその救急体制を維持するっていうのは、具体的に実際できるのか。

山下委員より回答。6ページをお開きください。

私は、4,000人を切ってきたら、診療所も検討しようと住民にも言ってきたし、周りの職員にも言ってきた。無床にするとすれば、救急の受け入れ先とか、入院が必要な人の受け入れ先とか拠点になるような病院を、平戸全体でどうしようかというところをちゃんと見据えた上でないと無床化はできない。

4,000人になるのは何年か先だが、その頃は病院もメンテナンスにお金がかかるようになっており、決断しないとイケないかなと思う。

柿添圭嗣委員。

最初から救急というワードにすごく話が偏っている。

日常診療が非常に大事。生月とか、今の市民病院を縮小していくに当たっても、医師に高い給料で3人医師を雇って、CTが無い病院よりはCTがある有

床診療所の方が、どれだけ地域住民の早期肺がんの案件とか、肺がんを発見してすぐ医療センターを送る、そういったところにつながると思う。

平戸は民で、結構跡継ぎが帰って来られた病院がある。無理やり、なんかぐっと左を向いてでも右に首を曲げるっていうようなことではなくて、もうちょっと平和裏に持って行ってもらいたいというのが医師会長の立場での意見。

石川委員より質問。

官の役割、この病院に対して、行政の役割っていうのをどういうふうにご考えておられるのか。民の方は、今民間病院も大変頑張っておられて感謝を申し上げるところなのですが、ずっと今の状態で民間病院も存続できるのかどうか。

事務局より回答。

官の役割は、そのために必要な情報を、おそらくは、5年後以降市民病院が、具体的な建替えの話が出た時に、例えば今日みたいな会議をもう1回開いて、その時にしっかりと議論できるような素地を提供すること。

官の役割というのは、まずここで議論していただいて一定の方向性を定めてもらったら、それに基づいて市長に答申をいただき、市長がそれを実行に移す。ここでいただいた答申をベースに整備計画をつくって、生月病院なり市民病院なりの方向性を定めて、建設とか改修とかに入っていく。

前田委員。

上五島と壱岐の例が出されたが、官と民が共存されているという観点から、壱岐の方が、かなり平戸と類似していると思う。

壱岐病院が新たに建て、おそらくその中で、官と民が話し合いをされた、そういったプロセスがあって今の形が徐々につくられてきたと思う。壱岐が取ってこられたこれまでの議論の方法、官と民の役割、その分担のあり方が壱岐の方でどのように議論されているのかという情報があつたら提供して欲しい。

事務局より回答。8ページをお開きください。

官民が併存しているところは似ているが、平戸市と大きく違うところが、壱岐市の場合は、壱岐市全島で1つの医療圏となっており、各病院の管轄エリアがほぼ同じ。従って、自ずから診療科目も被る事も多く、競合関係になった。そういう中で、公立病院はここが強いから、例えば急性期、手術は公立病院でやって、その他については、例えばお産は品川病院でやるとか、外科の一部に

については、光武病院でやるとかという風に、得意分野で棲み分けて、自然に今の形になってきた。

一方、平戸というのはそうではなくて、官民併存するところは同じだが、例えば平戸の北部地域は、民中心に総合的な医療を提供してきた。

一方で、生月地区については、生月病院がその地区全て総合的に医療を提供してきた。中南部は市民病院がそれを提供してきたという状況。だから、一定似ているようで違う。

ただし、それを、人口が減少してきて、ある意味、おそらく25年後と言わず、20年後、15年後にはもうそういう地域、地域でやるという事が、少なくとも市民病院、生月病院は難しくなってくる。北部地域もおそらく難しくなってくる。その時にどうやって公民連携してやっていくかというところを議論するというのが大事だと思っている。

以上でございます。

議長) はい、ご説明ありがとうございました。今説明がありました件で、何か質問はございませんでしょうか。

なお、本日の議題である「25年後の姿と今後の公民連携」及び「平戸市における医療提供体制」については、後から一括して意見を伺いたいと思いますので、資料の説明の後は質問にとどめていただいて、ご意見については、全部説明が終わってからお願いしたいと思います。

ただ今の説明、何かご質問、ご意見ございますか。

特にないようですので、前回の委員会にて説明がありました平戸市医師会会員へのアンケート結果について、事務局から説明をお願いいたします。

事務局) 前回の委員会でお伝えしておりました平戸市医師会会員の皆様等へのアンケート結果についてご報告いたします。

資料9ページをお開きください。

市内15医療機関の対象者29名のうち、市内14医療機関22名の先生方からご回答いただいております、回答率75.9%となっております。

内訳としましては、民間医療機関の先生18名、公的医療機関3名、県北保健所長1名となっております、おおよそ民間医療機関の先生方の回答、意見をまとめたものとなっております。

10ページをお開きください。

まず、各回答の人数を報告します。

「1 平戸市の将来の医療提供体制について」（1）人口が 25 年後には半減する状況に対応するため、全ての病院がこのまま規模縮小していくと、救急医療や外科手術を担う病院が減少したり、必要な診療科が減少したりするなど、市全体として医療水準が現在より低下することは避けられませんが、これについて、一定やむを得ないと考えますか。

やむを得ない 9 人、できるだけ避けるべき 12 人、無回答 1 人、となっております。

続いて、11 ページ。

（2）25 年後でも一定の救急医療や外科手術を担う医療機関が平戸市に必要と考えますか。

必要である 20 人、必要ない 1 人、無回答 1 人。

12 ページをお開きください。

（3）一定の救急医療や外科手術を担う医療機関が必要と考える場合、その医療機関の水準はどの程度が適当だと考えますか。

脳外科や心臓外科以外に対応できる基幹的な病院が必要 9 人、基幹的な病院は必要ない 8 人、その他 4 人、無回答 1 人。

13 ページ。

（4）一定の救急医療や外科手術を担う医療機関について、公民連携は下記のどの形が良いと考えますか。

基幹的な病院を公で新設 1 人、基幹的な病院を民で新設 0 人、役割分担を行ったうえで公民いずれかで新設 9 人、その他 10 人、無回答 2 人。

14 ページ。

（6）基幹的な病院が必要とした場合、その規模、病床数はどの程度が適当と考えますか。

100 床未満 7 人、100 床から 150 床 7 人、150 床から 200 床 1 人、200 床以上 1 人、いない 1 人、分からない、無回答 5 人。

人数については以上でございます。

アンケート調査でいただいた主な意見を、15 ページでご紹介させていただきます。

1 平戸市の将来の医療提供体制について。

（1）市全体として医療水準が現在より低下することについて、一定やむを得ないと考えますか。

医療と教育については、人口減をさらに加速させる要因となるため、水準低下は避けるべき。市の医療水準は、これまでの経過の中で住民が我慢できる程度の水準となっており役割分担の推進を行い、結果としてダウンサイジングすることはやむを得ない。

(2) 25年後でも一定の救急医療や外科手術を担う医療機関が平戸市に必要と考えますか。

二次救急医療機関を市内に確保しないと、三次救急を含めた佐世保県北医療圏の医療は崩壊する。

三次救急までは不要と思うが、ある程度の外科手術をできる病院は必要。

外科手術に関しては様々なレベルの内容があり、例えば急性虫垂炎や鼠径ヘルニア、その他の外傷性疾患など、平戸市内で引き受けるべき診療は必要だと思う。

(3) 一定の救急医療や外科手術を担う医療機関が必要だと考える場合、その医療機関はどの程度が適切だと考えますか。

経過観察のための入院も二次救急に含めるのであれば、基幹的な病院は市民の安心のためにも必要。

外科手術に関しては様々なレベルの内容があり、平戸市内で引き受けるべき診療は必要だと思う。佐世保市の大病院と地域医療との役割分担が外科でも必要とされるべき。

絵に書いたような公立病院を何十億円も税金使って建てて果たしてその病院だけで全ての急患を診られるのか。全ての民間医療機関が学校健診、住民健診や予防接種等をしなくなっても全てカバーできるのか。

(4) 一定の救急医療や外科手術を担う医療機関について、公民連携はどの形が良いと考えますか。

各医療機関で機能分化と役割分担を進めていけば、市全体の医療水準が一定程度低下する事に伴う影響を極小化できると思われる。

現状の各施設間で病床機能をより分担化する事により、市全体を病院と捉えるべき。療養に詳しい病院、内科専門医のいる病院、外科専門医が常に数名いてチーム手術ができる病院、訪問診療医のいる病院等、現在あるものを無視して無理やり建築費が何十億又は百億単位も珍しくない現在において建設するのは税金の無駄遣い。

実現は難しいと思うが、市内すべての医療機関が1つに集約される事が理想。

なるべく大きな病院が平戸北部にあった方が良いが、統合できるのかは民の意向次第。県からの助けを得るために公の成分が入っていた方が良い。

16 ページ。

2 その他の意見。

民を支援していただくのは難しいでしょうか。新設となった場合に、働き手はどこから確保していけば良いのかが疑問となります。医局派遣や派遣サイトからになってしまうと、どうしても意思を継ぐことや使命感の維持が難しいことは言われています。自らの生きる意味と感じて平戸に戻ってきているジュニア世代が多いのは特色とも思われます。根付く医師を奮い立たせる案はないのでしょうか。

平戸市における医療提供体制について、これまでと同じような機能を持つ病院が、田平、北部、中部にそれぞれと地域の診療所、介護保険施設が連携している状況であったが、人口減少に伴い医療の担い手の不足が顕著となるため、役割分担、機能分化を進める必要がある。

病院は役割分担を進め、診療所のかかりつけ医機能を継続していく事が必要と考えます。

そのためには、電子カルテ等情報の共有化を行い、平戸市地域ネットワーク(仮)とし、まず情報の連携を行い地域の診療所に医師を派遣し定期的な医療受診であれば住居地近くで受けられる仕組みができたらと考えます。

現状で、職員を募集しても人が集まらないという状況です。各医療機関が体力削って現状維持を目指すより、1、2か所に集約していく道を模索すること

はできないでしょうか。そのうち、高齢者が従事する病院で超高齢者を看護、介護するという未来がやってきそうです。

これから10年、15年後には、平戸市、松浦市のある北松浦半島及び島嶼部の人口減少は一層顕著となり、しかも高齢者の割合が一層高くなる地域となる。従って、高齢者の多い地域住民を支える医療機関は一層必要である事は言を俟たない。離島医療の医療事業整備に汗を流してきた長崎県行政を、医療過疎地化が懸念される北松浦半島にも関心を向けさせる事が必要と考える。そこで、松浦市民、平戸市民双方の生活を支える医療の拠点を、長崎県医療事業として、田平町の西九州高規格道路取り付け道路近くに150床程度の二次救急病院建設を切に願う。

改めての説明になりますが、平戸市医師会会員及び本委員会委員のうち市内医療機関在籍者等29名にアンケートを依頼し、お忙しい中、22名の先生からご回答いただきました。ありがとうございます。

回答率は75.9%。市内15医療機関のうち14医療機関の先生からご回答いただいております。今後の医療提供体制について関係者皆さんの関心が極めて高いことがわかります。

アンケート調査でご回答いただきました全ての内容につきましては、17ページ以降に記載しておりますので、ご確認をお願いいたします。

以上でございます。

また、濱脇委員から自由意見として、将来の医療提供体制についてご提案がっており、委員長がよろしければ、濱脇委員からご説明をいただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

議長) はい、よろしく申し上げます。

委員) 別刷りのパワーポイントの印刷をした、病院名とベッド数が書いた資料です。前回、前々回と、今後のベッドの流れに関してもう少し見える化をして欲しいというご意見もありましたので、何年後にどうするっていう話よりも、もう少し分かりやすいのは、必ず起こるであろう病院の建替えですね。それを目安に、ベッド数に関しましては、あくまで参考値として見ていただいて、あくまでほんとに参考値です。

1枚目に関しましては、現状のベッド数、平戸愛恵病院も含めて記載させていただいております。あえて包括期と書いていますのは、医師会の方が、今後回復急性期の後半に関しては、包括期という方法という風に聞いておりますので、包括期と記載させていただいています。

現在では、回復期という事だと思います。で、まず、1つのタイミングですけれども、皆さんご存じのように、生月病院の建替えが差し迫っております。それに関しまして、今現在、52床あるベットに関しましては、診療所、診療センターとするっていう事が進んでいるのは、皆さんご存知だと思いますけれども、それに合わせて、52床を無床化するのがあるいは、ある程度、診療所も19床までのベッドの確保は可能ですので、その辺のところはまだ経過を見てみないとわかりませんが、いずれにしても、生月病院の建替え時に、生月病院の診療センター化がまずあります。

その分のカバーをするのが当然、平戸市民病院という事になりますので、生月病院分のベッド数を少し平戸市民病院に上乗せした形で、これは、平戸市民病院がこれでマンパワー的にできないっていう事は、度外視しての数字だにご理解いただければと思います。

生月病院の診療センター化に伴って、平戸市民病院がそれをカバーするために少し内容が変わるってというのが最初のタイミングであります。

合わせて、今現在もそうですけれども、説明のところにありましたように、外科系、特に手術等に関しましては、北部の柿添病院が、1番実績があるところは皆さんもご存知のとおりですので、このタイミングでは、急性期に関しましては、大まかに二次救急という意味合いですけれども、平戸市民と柿添病院に、という風な考えを持っております。

合わせて、どっかのタイミングで、青洲会病院であったりとか、北川病院ももちろん急性期病棟は持っているのですけれども、三次救急で佐世保等に行った患者さんをできるだけ早く返す、また、市内の二次救急病院のバックベッドとして、いわゆる包括期、今で言う回復期のベッドはしっかりと確保する。その流れってというのはどっかのタイミングで行くんだらうという風に思います。

次のタイミングが出てくるのが平戸市民病院そのものの建替えになります。建替えに関しましては、先ほどもいくつかアンケートの中で税金の云々っていう話はありませんでしたが、建替え自体が無駄遣いになるのではなくて、建て替えた後の診療体制がそれに対応するんだと思いますので、税金の無駄遣いに

ならないような体制を新しい病院でしていくのが大切だろうという風に思います。

その際に、先ほどもお話ししましたように、柿添病院とそれから新しい平戸市民病院のツーウェイで行くのか、あるいは1つの器の中でマンパワー的に一緒にするのかっていうのは、これはまだまだこれから議論する話だと思いますので、5年後、10年後、どっかのタイミングですることになると思います。いずれにしても、急性期の病床、病院に関しましては、1つにまとめるにしても2つで行くにしても北部でという風に考えております。

ただ、北部に新しい病院が、平戸市民ができた時に、中南部の今の診療がおろそかになってももちろんいけませんので、サテライトとしてかなり機能を持った診療所、例えば透析もできる、リハビリもできる、少し程度の高い一次診療も十分にできるような機能を持った、高機能を持った診療所を今の平戸市民の位置に残すというのが、自分が一応考えたものです。

最終的に、ちょっと最後のページですけれども、ベッド数は書いていませんが、最終的に北部に、特にアクセスのいいところ、道路事情のいいところに新しい病院を設立する。1か所になるか、2つになるかはともかくとして。

回復期に関しましては、先ほどお話ししましたように、北部の今担っていただっている北川病院、それから柿添病院、それから青洲会病院が、バックベッドとして、佐世保等々からの患者さんの早期バックにも利用していただくということです。

保健所としては、1番考えているのが、慢性期というよりも、在宅医療、介護医療をいかに、結局、直接住民の方の診療をいかに維持していくかっていうのが1番だと思っていますので。最後のスライドのところにも書きましたけれども、新しい市民病院が仮に北部にできたとしても、生月にはその診療所でサテライトとして、それから中南部は現状の平戸市民病院のところが診療機能を維持した形でのサテライトの診療所として、当然、親元は新しい平戸市民病院がそこらいろんなアクセスないし、指示をするってというような体制をとるのが1番いいんじゃないかと。

生月も実際に介護施設とかは、北川病院なり柿添病院なりと、その介護施設等の患者さんの、住民の方のやり取りとかもあるみたいですので、北部は北部で、当然、今の現状の介護施設と病院との機能、結局は住民の管理、健康管理、在宅医療っていうのはこういう、将来的には、診療所もそうですけれども、ある程度の中核病院が担っていかないと継続できないと思いますし、実際にそういう役目を、それぞれが担っていかないといけないと思うので、そういう風

な体制に持っていくのがいいんじゃないかなっていう風な考えで、最初にお話ししましたように、ベッド数に関しましてはあくまで仮の値ですので、考えていただければと思います。

最後にちょっと、今回、愛恵病院を最初メンバーにというか中に入れたのは、ご存じのように、認知症も含めて精神疾患を持った患者が非常に増えている。で、一般診療にかなり影響を及ぼしているって事実があるのと、今後も当然増えていくっていう事。それから逆に、精神科の疾患で入院、通院治療されている患者さんの一般的な、なんらかの病気があって、それが診療する時に行き先がなかなか見つからない。

これは救急隊員からも非常に危惧されているところだと思いますので、ちょっと別の話かもしれませんが、この医療体制を考える時には、やっぱり精神科の病院との連携っていうのは必ずどっかに入れていただきたいと思って、追加で記載させていただきました。

以上です。

議長) はい、ありがとうございます。ただ今、ご説明がありましたアンケートの結果報告、それに加えて、ただ今の説明に対して、ご意見、ご質問などございませんでしょうか。

大変今までの議論を踏まえた上で、分かりやすい形を出していただきました。この通りにですね、すんなり行くかどうか別としましてですね、ぜひ意見をいただければという風に思います。

委員) これまでの議論につきましては、YouTubeあるいは文章で読んでまいりまして色々思うところがございましたけども、今のお考えは大変このありがたい事だなと思っておるところです。

すなわち、病院がほとんど救急だとか、あるいは外科外来、外科の手術等にこう焦点が当てられての協議には、(意見が) 出されておりますけども、やはり我々の役割というのは、それ以外の、例えば健診事業にあってみたり、あるいは特養等のある介護福祉施設の支え、あるいは学校教育機関の学校医を支え、あるいはその小規模の事業所がほとんどですけども、その事業所のこの嘱託医、産業医をしなきゃならない。そういったこともありますので、やはり住民がいる限りは、住民の近くにその機能を持つ診療施設が必要ではないかという風に思って聞かせていただきましたし、そういう意味ではそのお考えをくみ取っていただいているものだと思っております。

それともう 1 つは、先ほどのアンケートの中を書くことになったのですが、やはり第三次の救急体制を持つ佐世保市の 4 つの病院。そこまでに行かなくても、しかしながら、高度救急というか、それよりも不断の救急の対処ができる医療機関がどうしても必要になるだろうと思っております。

そして、それが西九州自動車道とのアクセスがより近いところで、三次救急に必要な時にはそこに送り届けるという、そういう格好が 1 番住民の方々への安心につながる事ではないかと思っておりますのと、もう 1 つは、ここで話をすることではないのかもしれませんが、もし不愉快であればそういったお話されても結構ですけど、松浦市の現状をちょっとだけここで話をさせていただきました、その必要性をお話させています。

松浦市の場合には後継者がほとんどいない施設が多くなりまして、病院が診療所化し、あるいは病院がもう閉院するというところで、やっと JCHO の松浦中央病院がなんとかこう、医師不足の中をこう持ちこたえているっていう状態であります。広い意味での松浦平戸のある北松浦半島にその第二次救急ができる医療機関があれば、将来にとっては良い事ではないかという風に思って、ワーキングの関連（本委員会）を、むしろ結構なことだと思って、その話をさせていただきました。

以上です。

委員) 近未来とちょっと遠い未来で、ベッド数に関して言うと、やっぱり急性期でもその救急をやって、二次救急をやる病床と、回復期、地域包括系をやる病床は必要だと思うのですが、いわゆる慢性期の中で療養というのが、だんだんもう必要なくなってくるんじゃないかなと思うのです。どうしてかという、もうほとんどその後の中身は実際介護にシフトしている訳ですね、療養病床。療養というのは。

高齢者が少なくなっていく段階においては、もう介護施設の方も先々満たせなくなってくる訳ですよ。そうすると、そういうところにやっぱり公がじゃなくて、そのやっているところは介護施設ってほとんど民ですよ。そういうところが圧迫しないためにも、私は、療養病床はもう平戸においては閉じていく方向で良いんじゃないかなと思っていますけどね。

議長) 他に何かご意見、今のお二方の意見も含めて、何かご意見があればと思いますが、いかがでしょうか。

委員) 確かに、色々ご指摘、本当にいい案だと思います。

ただ、その中で、人が減る中でこれだけの急性期という病院を維持できるのかどうか。人の問題っていうのが1番の問題。例えば入院、療養にしても7対1から15対1、30対1。そういう中でどう人を、医者の問題はある程度はその大学との協力とかそういうものでできるとは思うんですけども、やっぱり働き手の問題。看護師、それから看護助手さん含めて、そういうものを確保できるのかどうかっていうのが1番大きな問題になってくると思うのですよね。

だから、療養とかそういう病床機能っていうのはありますけど、1つの病院の機能っていうのは、結局は人の問題であって、そういう人がこう、今人口減少という問題を語っている中で確保できるのか。これが1番大きな問題だと思います。2050年が15,000人というのが実感というのはいけませんけども、そういった急性期病院1つ、そういうものが必要なのかどうかっていうことが、考え直される時期が来るんじゃないかと思います。一応そういうものを考えて、やっぱり人の問題は、人口そのものもそうですし、働き手の問題、これを考えるっていうのが1番大事なことじゃないかと思います。この特に生産年齢人口の減少っていうことですね。これだけの働き手の数を確保できるのかどうか。それによって器も考えていかないといけないんじゃないだろうかとこの事を1つ考慮いただければと考えています。

議長) はい、ありがとうございます。他に何かご意見ありませんでしょうか。

委員) 私どもの病院は、手術とそれから急性期の対応とかいうのを、ずっと80年代(から)やってきている訳です。医師は、それなりにこう訓練を受けた医師が来て、できれば、すぐポツとでもこう対応できる事はあるのですけれども、看護師とか、それにまつわる、その技師とか、そういった人達というのは、育てるのはこう意外と容易な事じゃないのですね。

我々の手術室に入っている看護師も、やっぱりこう若手を育てるためにずっと、それこそ5年、10年かかるぐらいにやらないと、なかなかその対応できる看護師を育てることはできないし。消化管出血とかで内視鏡で対応するにしても、内視鏡ができる看護師とかを募ってないと、なかなか医師がいくら頑張っても、これ治療しようってやっても、なかなか急性期はできないですね。

だから、確かに急性期病院っていうのを公的な形で作るっていうのは机上の上では簡単とは思いますが。じゃ、この平戸に根ざす看護師ですね。若い看護師を連れて来ても、なかなか、ちょっと技術がついてくると、福岡とかに行ったりですね。せっかく看護師が育ってくれたのに、これはちょっといけないなっていう感じになるのです。だから、もう本当に、地元愛の看護師達

じゃないといけない。そういう看護師を急性期に育てないと、なかなか対応ができない、という感じがいたします。

だから、80床の急性期新設をつくるって、今ちょっと変な言い方ですけども、なかなか本当は難しいだろうなって思います。そういうのがあればいいかもしれないけど、難しいだろうなとは思いますが。やっぱりずっとその地区でこういう疾患に対して対応していくっていう、そのチーム医療ができてないと、急性期は対応できないのじゃないかなと思います

議長) ありがとうございます。他に何かご意見ありますか。

委員) 医師会の立場から言いますと、これ1番急性期であるとか、包括、先ほど言われたように、回復期っていう言葉がもうずっと続くのかと思ったら、なくなって、包括ケアとか、包括ケアとか、そういった格好で分かれて新たな分類となってきておりますけれども。

 実際ここに、医師会の立場で言いますと、官民官民とは言いますが、これをする時に非常に肝心なのは、民はやっぱりその経営っていうのが入っているわけですね。各どの病院にしても、クリニックにしても。これがおそらく、今の状況で言うと、10年先例えば15,000人になるとかということよりも、15,000人の内訳で、先ほどからおっしゃるとおり、マンパワーっていうか、働き手の人口はどれだけかっていうと、もう10年先どころか5年先、あるいは今年も、どんどん看護師は減っています。減って新たに入ってくる看護師はいません。どの民間病院の、ていうか、公的病院の看護師も苦勞されているでしょ。だから、絶対無理なのですよね、もう今のまま行ったら。

 ただ、医師の方がむしろ集めやすくて、おじいさんでも結構医師は働きますもんね。ところが、看護師さんは体を動かすことが多いから、なかなかもう定年が来たら辞めますっていう方も多し、それを無理矢理と言う訳にもいきませんので、どの病院も、民間病院、官の病院も含めまして、もう無理だと思うのですよ、今の状況が。やはりある程度統合したりしてやっていかない事には。我々はよく分かっております。

 ただ、慢性期のことおっしゃったけど、実は、つまり、慢性期、評判はすごく悪いっていうかですね、療養の1と2がある時には2、1だった訳ですが、今、療養の1だけになっておりますので、で、ものすごく療養の1っていうのは厳しいのですよね。例えばうちの病院だと、2、3比率っていうのがですね。

この医療区分の2、3っていうのが、80%以上ないと療養病床の看護基準が取れないっていうことで、そこで、ものすごい看護師の負担がかかります。

うちの病院の療養病棟を見ると、急性期の病院が大変なぐらい。実は、呼吸器が繋がっている人が、透析をしながら利用した。今も透析で、精神科から透析が必要になったというのを扱っている人がおりますけど、実は、精神科の病院で、透析をしとった方が、精神科から出るみたいですけども、なんか、その手段がないってことが、ものすごく苦労します。

おそらく、佐世保在住の人が入院していますけども、その分、うちの療養病棟の方は、看護師さんは、もう目一杯です。手一杯で辞めますっていう人も多いですね。急性期の方がまだやれる。だから、こんな状態が何年も続くっていうのはちょっとありえないと思うので、なんとかしなきゃいかん訳ですが。

長くなって申し訳ない。言いたい事はですね、なんか統合していこうという時に肝心なところが抜けているのは、民間の場合はそれぞれの病院がやっぱり、借入金、お金の問題は絶対外して考えられないと思うのですよ。ただ、ここで統一して看護師の雇用なんかも楽にするように官民一体となってやろうやってみても、それぞれの病院の給与体系もあるだろうし、ボーナスもあるだろうし、そんな事を上手くやっていかんと、医師会長の立場としてはどこも潰すことがあってはならない形で上手くやっていかないかんなど。

言いたいところはそこなのですが、経済的な面を医師会の方についてはちょっと考えていかないかんなど。そうやっていただければと思います。

以上です。

議長)

ありがとうございます。本当に、委員が示されたこのたたき台によって、いろんな本音の議論も含めて出たんじゃないのかなという風に思います。

個人的な意見も言わせてもらえば、最後のフェーズのところでの急性期病院で、80床で二次救急と透析をやって訪問診療をやってというのは、本当にこれできるのかな。病院の規模感はいまいち僕はよくわかんないんですけど、できるのかなっていうのがあるのと、平戸新市民病院と書いてあるので、なんか市民病院が新しくなるようなイメージですけれども、個人的には、これが必ずしも行政立病院である必要はないのかなと思っていて、公設民営で民間がやるということでもいいのかなと思いますから、これからその5年先、10年先にこういう事を真剣にこう準備していくにあたって、ちょっと平戸に住んでない者から言わせてもらえば、その時に1番元気な人がやればいいと僕は思っていて、そういう事も含めて、今後の展開っていうのはあると思いますし、今後のこの会議の議論も、今日の委員からのご提案がある中で、どこに一体何

をつくるのかとか、つくらないのかとかですね、何年に1つ1つの生月病院、平戸市民病院の改編の時っていつなんだってという議論も含めてやっていかないといけないのかなと思います。

大変締めめの議論になるか分かりませんが。

今日はもうお時間まいりましたので、第2部に移りたいと思います。

よろしいですか。

事務局) 先進地研修の事で少し話させていただきたいです。

議長) はい、どうぞ。

事務局) では、第3回委員会でご案内しました先進地研修につきまして、日程が決まりましたので、改めてご案内します。

新上五島町では、前回、地域代表の委員からの希望もあった事から、実施日を3月6日木曜日と3月7日金曜日に決定しております。

訪問先としましては、上五島病院、有川医療センター、奈良尾医療センター、新上五島町役場奈良尾支所にて、奈良尾地区の住民の代表の皆さん、五島振興局上五島保健所の方からお話をお伺いする事としております。

改めてお伺いいたします。新上五島町への視察につきまして、希望される方は挙手をお願いいたします。

1名ですね。ありがとうございます。

委員) 私もちょっと考え中です。

事務局) また改めて、後日決まりましたらご連絡いただければと思います。

ありがとうございます。

議長) 今言われてもですね。壱岐の方も、決まっていますか。

事務局) 壱岐市につきましては、3月に新上五島町を予定しておりますので、実施するなら4月かなという事で考えております。壱岐市につきましては、希望される方は委員様おられますでしょうか。一応、ちょっとまだ日程決まってないんですけども、ぜひ行ってみたいという方、挙手をお願いします。

おられますでしょうか。

議長) ご検討いただいて、日程が合えば行こうかなってという人もいるでしょうし。なんか住民の方ばかりなのですけども、実際、医療関係の方も行かれて良いんじゃないのかなと思います。予算1人分と言うことはないですよ。

事務局) 予算はしっかり確保しておりますので、そこは気にせず。

議長) 個人的にはですね、日程が合えば行っても良いかなと僕も思っているのです。1人でも多くの方が、現場を見られて、それぞれの意見を持たれると良いと思いますので、またなんかメールかなんかでもお返事をするような形でもいただければと思います。

委員) すいません。3月6日は公務が入っているんで、行けません。

事務局) ありがとうございます。一応、新上五島町については日程が決まっておりますので、また改めてちょっとご案内差し上げたいと思います。以上でございます。どうもありがとうございます。

議長) それでは、第1部の議論はほぼ終了したということでございますので、運営事務局の方に一旦お借りしたいと思います。よろしいですか。

司会) 調委員長におかれましては、議事進行お疲れ様でございました。委員の皆様には、熱心にご審議いただき、誠にありがとうございます。ここで、講演の準備のためですね、5分間休憩をさせていただきます。第2部を、35分から開会させていただきます。よろしく申し上げます。

(休憩)

長崎県福祉保健部 新田部長講演

司会) それでは、ただ今から長崎県福祉保健部長講演に入らせていただきます。講師は、長崎県福祉保健部長新田惇一様です。新田様は、平成20年に札幌医科大学医学部を卒業後、厚生労働省に入省され、医政局政策医療課臨床研究係長、健康局総務課長補佐、大臣官房厚生科学

課長補佐、老健局老人保健課介護保険データ分析室長などを歴任され、令和5年8月から長崎県の福祉保健部長に就任されておられます。

本日は、新たな地域医療構想についてお話をいただきたく、県議会開会日に拘わりませず、お越しいただいたところです。

それでは、新田部長よろしくお願ひいたします。

新田部長)

すいません、過分なご紹介いただき、誠にありがとうございます。

長崎県福祉保健部長を拝命しております新田でございます。本日、何卒よろしくお願ひいたします。

私もですね、厚生労働省からこちらに赴任させていただきましてもう1年半近くになるところでありますけれども、やっとですね、こちらの平戸市の皆様方とですね、お話をさせていただく機会をいただきまして、大変光栄に思っているところでございます。

非常に今医療を取り巻く環境は厳しいというところで、今週の東洋経済とかも、今売られていますけれども、もう病院がほぼもう6割、8割赤字であるというような状況、これ全国的な傾向でございます。

そして、社会保障制度を取り巻く環境、これはもういよいよ厳しさをどんどん増して行って、今後これが好転することはおそらく厳しいのかな、無いのかなど。

それはですね、結局のところ、基になっている社会保障制度が、やはり高度成長期につくられたものであって、そういったところの状況を基になっているところではありますけれども、今はかなり状況が違うというところで、もう少子高齢化もどんどん進んでいるところではありますし、高額な医療品ですね。今までは心臓の血管外科のデバイスとかが高いとされていましたが、もう本当ここ10年ぐらいで、抗がん剤の生物科学製剤、こちらは本当にこう1回やるともう1,000万、1,500万、そのくらいの金額が普通にかかるような、そんな時代になってきている。

そんな中で、診療報酬改定の際に、岸田総理あたりからは、それこそ賃金でもしっかりやるようにというような話をしつつ、でもこれ以上国民負担は増やせないみたいな。当然です。今でこそゴミみたいなこと言われていて、これ以上国民の保険料を増やせない中でどうやりくりしていくのかというところ。もう厳しいです。

なので、本当に我々がやっていく事と言えば、もう極力、余力というか、こうこう無駄というか、きっちり効率を上げて行って、本当に必要なものにしっかり特化して行って、そうじゃないものっていうのはある程度そぎ落として

いって、本当に必要なことをしっかりやっていく。そこだけ守っていく。そういうようなところをどんどん研ぎ澄ませていかないと厳しいような、そんなような状況になっている。

こちら平戸市の方ですね。後々データも出させていただきますけれども、やはり全国に先駆けて少子高齢化もかなり進んでいますし、人口減少も著しく進んできている。これは日本の数十年先、20年先、30年先、そのあたりをもう今直面しているところであって、さりながら、今そこにある危機をいかに乗り越えていくのかというところ、そちらに関して、国の方も、今医療法改正、通常国会の方で審議されているところでありまして、地域医療構想という取り組みに基づいて、医療機能をしっかりと機能分化して行って、効率（化）をしっかりとやって、機能をしっかりと高めて、そこをしっかりと守っていくと、そんなようなところを、こうこれまでも進めてきていて、それで今回、医療法改正を基にかなりバージョンアップして、また2040年、そういったところに備えていく。そういったようなところを国としては進めるというところをやっているところではあります。

なので、こういったところのお話も進めさせていただきつつ、平戸市は今どういう現状にあるのか、そして今後どういった方向性で進めていくのがよろしいのかといったようなところを少し、私の方から6時ぐらいまで駆け足になっちゃいますが、話題提供させていただいた後に、皆さんでお話させていただく機会をいただければと思うところです。

ということで、着座にて失礼させていただきます。よろしく願いいたします。ちょっと駆け足になってしまいます。

まず、地域医療構想というところなんですけれども、こちらですね、2025年を備えて、2025年っていうのは、結局団塊の世代がしっかりと高齢者になって、それで医療の需要がめっちゃ必要になるといったような年が、今年になってしまいますけれども、そちらに備えて、本当にもう10年前、20年ぐらい前からずっと進めてきたところであって。

結局、今まで医療機関というのはやっぱり色々な機能、そのあたりが見えづらいうところもあったので、やっぱり医療機関が何をやっているかっていうことはちゃんと可視化して行ってやっていこうと。

それこそ大学病院みたいなのは、しっかりと高度な急性期の医療をやるし、急性期の医療とか、あとは慢性期、回復期の医療、そういったところをどんな感じでどういう風にやっているのですかっていうのを病床毎にこう報告をしていただいでですね。それで機能を可視化した上で、その機能についてど

ういう風にやっていくのかみたいなところを進めていくっていうのがざっくり言う、地域のその医療構想というところにはなります。

そういったところを地域医療の構想の調整会議みたいところで、各圏域で、二次医療圏毎にお話をしながら、こう地域の医療の提供体制をみんなで話し合っって構築していくと、そういったようなプロセスになっておまして、で、地域医療、介護ですね。総合確保基金というものが、消費税の財源をこちらに充てさせていただいて、医療と介護に使うお金を国も積み立てて、県も3分の1出してそれでお金を出し合っって、そういったような事業に使っていく。そんなような形で、お金も活用しながら、あと都道府県も、主体的に関わらせていただきながら進めていくと、そういうことで今までやってきたところです。

基本的には、地域医療構想というところで、病床機能報告に基づいてやっていくってところもあるのですけれども、こちらは全国ある程度共通の指標に基づいて計算式などを弾いた上で、この地域はこれぐらいの病床数が大体必要です、それはもう人口とか、あとはもう年齢構成とか、そういうところある程度見えてきますので、そういったところで、それと比較して、やっぱりちょっと多いんじゃないですか、少ないんじゃないですか、そんな話をしながら、じゃあもう少し増やしましょう、減らしましょうみたいな、そんなところをやっていくっていうところも、結構こう地域医療構想を進めていく上では大きいところでありまして。

長崎県になりますけれども、こちら佐世保県北の辺りはですね、やはりざっくり申し上げて、やはり1,000床ぐらい多いです。なので、やっぱりどうしても、人口から考えると、やっぱり病床が多い。そうすると、ホテルと一緒に、結局物件と同じで、結局空いているベッドって全くお金を生み出さないで、それを考えると、お客さん、患者さんがいない中でやっぱり過剰な病床を持っておくっていう事は、それは当然経営にも全然影響してきます。

なぜならば、こう病床ごとにしっかり看護師さんはちゃんと確保しておかなくちゃいけないからです。でも、空床だったらそこからお金を1円も増やさない。それでいて、先ほど柿添医師会長もおっしゃったとおりで、看護師さんも今なかなかこう集める、維持するのも厳しくなってる中で、そういったところをどういう風にしていくのか。

なので、本当に余剰の病床を持っているっていうのは、私、冒頭申し上げたとおり、病院がもう本当に今赤字になってきているというところ。それはもうコロナを超えて、やはり患者さんの戻りが全然無いんですよ。だから、今までいた患者さんが本当に消えてしまっているというところなので、そういったところの現状、傾向を踏まえると、いよいよシビアになってきて、今までは

もう少し、ちょっと空床でもなんとかって世界ではあったんですけども、ほんとに保険料の負担とかも含めて非常に厳しい中で過剰な病床を持っておくってということで、もうそうすると、その時点でもう病院がすぐ傾きかねない。そのような状況に日本全国のほぼ全ての病院が直面していると、そういう状況になります。

なので、そういったところを地域で話し合っ、あなたの病院はここ強みだからこうしてこうね、というような形で少しずつ緩やかにやっていくというのが地域医療構想の枠組み、取り組みということであって、先ほどちょっとそんな話もしていただいていたのかなというところは若干思うところでありませけれども。

基本的に、まず佐世保県北地域、佐世保含めてですね、(病床が)多いです。で、そういうところを踏まえて、それが今までの地域医療構想で、新たな地域医療構想をどうするかって事なんですけれども、基本的にはその2040年頃を目指して、で、やっぱり後期高齢者がどんどん増えてくる。そういった人たちをどういう風に見ていくのかっていうところをより深く強くやっていくというところにはなりますんで。

やっぱり後期の高齢者の人って、例えば90歳のおばあちゃんとかに、おじいちゃんとかに、やっぱり、もちろんその人それぞれではあるんですけども、本当にもう、例えばがんの治療とかも、物凄い全力をあげて、凄い元気な人であればそれはやるかもしれないが、もうあんまり、なんかちょっと認知症も進んでいるような方に果たしてどこまでやっていくのかみたいなどころも含めながら、やっぱりこう90歳とか85歳とかそういった人たちにやっていく医療と、やっぱりその若い人たちによってくるとちょっと違ふと。今ちょっと事例ががんだったのでちょっと語弊があるかもしれないです。ちょっとすいません、例を変えます。

罹って行くそもそも病気が違ってくるのですよね。なので、やっぱりその85歳とか後期高齢者になればなるほど、それこそ尿路感染症とか誤嚥性肺炎とか、あとはそういったような病気がやはり増えてくる。そういった病気って、今までとは違って、それこそがんの手術とかであれば、それこそ凄い医療資源を投入して、お医者さんも沢山いて看護師さんも沢山いてやるものですけども。やっぱり誤嚥性肺炎とかって、お医者さん沢山いらっしゃるんであれですけども、やっぱりこうある程度入院させて点滴をして、それで様子を見てっていうようなところでもあるので、やはり医療のかけ方が違ってくるので、そういったところで、あとはいかに生活の質とか患者さんのそういった、AD

L（日常生活動作）って言うのですけれども、そういった動ける能力とご飯を食べられる能力、そういったところをいかに落とさないでちゃんと普段生活していけるように繋いでいけるのかと。

それは介護の現場も生活の場なので、そういったところと一体的にやはり考えていきましょう。なので、要は、私が例えば言うような、治す医療っていうのは、それこそがんの手術みたいところで根治を狙ってめっちゃめっちゃやる。他方、治す支える医療っていうのは、もう普段そういったような肺炎とかそういったとこ、良くなりやすいものに関してちゃんとそういったところを治して支えて、で、しかもこうリハビリとかとセットで、ちゃんと身体機能が落ちないようにやりながら生活の場を支えていく。そういったようなところ。そういったところをしっかり分けた上でそういったところをしっかりやっいてこうみたいな、そういうようなイメージです。

なので、そのところをやっぴりこうコアコンセプトとしながら、2040年、人口構成もこのような形でやはりこうどんどん変わっていくというところ。これはもう本当、地域ごとによって、もう生産年齢人口とか、あとその人口の減りがもう始まっている地域もあればこれからの地域もあるんですけれども、さりながら生産年齢人口もどんどん下がっていくというところではありますし。医療と介護のニーズもどんどん深まっていくと、そんなところではあります。

やはり後期高齢者が増えると、どうしてもそちらでの救急搬送のニーズとか、あとは在宅医療で普段から支えていく需要とか、そういったところは、全国おしなべると増えていくんですけれども、他方冒頭申し上げた通り、平戸市さんは結構もう先んじてしまっているので、ある程度人口も減少フェーズに入っているんで、その辺りが今後増えるという訳でもない。それをまた最後の方にスライド出しますけれども。なので、全国的な結果はこういったところがあると。で、こういうところ踏まえてやっいていくと。

訪問診療の需要の変化に関しましても、やはりこういった形で少し増えていくんじゃないかという予測は、全国おしなべてはあるというところでありまますし。

結局そういったところなんですけれども、ただ、先ほど申し上げた通り、こう医療と介護をやっぴりある程度一体的に見ていくという視点も必要なんで、やはり慢性期みたいなどころに関する医療に関しては、私もそうですし、一応このグラフからも見られるとおり、やっぴり慢性期の医療病床とか、あとは介護保険の施設とか、あとは在宅医療、訪問医療、こういったようなところの需要をある程度一体的に考えていく必要があるのかなというところではありま

す。なので、ある地域が、例えば介護施設がないけれども、でも在宅医療の先生がいてめっちゃ回っているからその辺はというところもあるでしょうし、そういったところで、やっぱそこで一体的に考えた上で、そこがちゃんと整っているかなという視点でやはり地域を見ていくというところは、今後の地域を見ていく上での視点としては重要なところではあります。

冒頭申し上げたとおり、病院の経営はどんどん、どんどん下がって行って、経営長期がどんどん悪くなっていっています。本当にこれから病院どんどん潰れます。今の状況をこのままにしておくのであれば。なので、そこは、病院が突然無くならないように、少しずつ少しずつ機能とか、あとはやる事とか、あとは経営とか、そういったところを少しずつ集約したり統合したり、色々やりながら、突然無くならないように、いかにソフトランディングをしていくかっていうところはどこでも考えていかなきゃいけない。それはもう日本全国の話だと思います。でも、そういう事をしていかないと突然病院が破綻します。今そういうところで、長崎県でももうポツポツ出てきていますし、おそらく、私思うんですけども、今年ももう何軒かいくかなって、そんな感じはします。そういう状況ですので、待ったなしでしっかりやっていかないといけない、そういったところではあります。

それはでも現実です。といったところもありながら、手術とかそういったところもやはり、私がちょっと先ほど申し上げたとおり、やっぱり罹る疾患が若干変わってくるので、そうなってくると施す治療、診療も変わってくるので、やはり手術とかそういったところも減っていきます。そういったところの推移っていうところを踏まえた上での医療機能をどういう風にしていくのかっていうところをやはり考えていく必要があるというところ。

先ほどもちょっと申し上げたとおり、こう人材確保、どんどん課題になってきます。要は生産年齢人口が減っていく以上、それを支えていくための人材っていうのはどんどん集め辛くなります。

というところも含めて、どうしていくのかということを考えるにあたって、ちょっと病床期の区分もです。今は高度急性期とか、急性期とか慢性期でなっていますけれども、あとは、回復期というカテゴリーで、若干包括的なところも含めてっていうところで、少し見方を変えようっていうような話もあります。これは一応、こんなところでご参考です。

医療機能の考え方も、今色々ちょっと申し上げてきたところ。ところが、ちょっとこういったところで文字（講演資料 18 ページ）になっているというところにはなりません。でもコアコンセプトは先ほどお伝えしたとおりです。なので、

あとはそういったところを、色々な強みとかとっていったところをやっばり色々細かく見ていきながら、ちゃんとどこにどうあるのかってところを見ていくってところをより細かくやっていこうっていうような流れにはなっています。

なので、今回コアコンセプトでお伝えしたいのは、今までと医療もそもそも見える世界が変わってくる。今まではそれこそ急性期とかそういったところをやはり中心に特化してやってきたところ、そこに目が行きがちだったんですけども、そういったところはある程度集約化した上で、広域で見ていくような世界になっていって、それでその分、あとはこう地域で支えていくような医療、そういったところを地域でまんべんなくつくっていく。そんなような形になっていくといったようなイメージになっていくというところ。

人口自体がそもそも減っていくので、基本的には、今までは1つのそういったようなところでこう賄っていたところが、もう人口が少なくなるので維持できなくなります。なので、こちら、2040年に向けて、より広域で考えていく。なので、もう救急とか急性期っていうのは本当にもう二次医療圏ごとにある程度くっつけた上で、そこにこう凄いスペシャルなところがある程度やって、そこで診ていくと。他方、地元での医療っていうのは、それをしっかり在宅とか高齢者救急とかそういったところもよりシフトしながら、重点を置きながらちゃんと守っていくような、そんなような機能分化を進めつつやっていく。そんなようなイメージに変えつつある、変わりつつある。そういったところを進めていくと、そういう方向性で今動いているというところになります。

一応、今お伝えしたのはそういったところではあります。それを踏まえて、今申し上げたようなことが一応文字になっているのがこういったスライド、1枚紙になります。一応これまとめのスライド（講演資料25ページ）になりますけれども、一応コアコンセプトというところを、私今回お伝えさせていただきました。

そういったところを踏まえて、佐世保県北、平戸、こういった風にしていくのかってところを色々な統計を見ながらお話できればと思います。

佐世保県北地域はもうどんどん人口が減っていくというところになります。入院外来、入院は高齢者の救急とかの関係上、ちょっと増えるエリアもあります。でもそれは、佐世保県北で一緒に見ているので、これ一概には言えませんけれども。佐世保県北で全部一緒に見ているんです。それでも外来はもうこれから減ってく一方と、そういう状況です。

患者数とかそういったところも減っていきます。あとは、ちょっと診療科によって、罹る病気とかも若干違うので、それでちょっとまだ増えるところもありますけれども、そういうところも踏まえつつ、でも、今後はもうどんどん減っていくというところがあります。

手術も、先ほど申し上げたとおり、もうすでにピークアウトしているので、もうどんどんこれから減っていきます。

救急の搬送の件数も減ります。

在宅の患者さんっていうのは、やっぱりどうしても、この80歳とか超えていくと、やはり通院することも難しくなってくるので、そうすると在宅に来てもらうって傾向も増えてくるので、そうなってくると、やっぱり在宅医療の需要っていうのは増えるんじゃないかなっていう風には言われているというところであって、在宅医療は、高齢の85歳とかの人口も増えていくので、割合も増えていくので、それでちょっと増えるというところになります。

そういう方達になってくると、やっぱり介護も増えていくというところがあります。なので、やっぱ医療とか介護とか、そういったところを一体的にやっぱり考えてみていくっていう視点っていうのは、より必要になっていくし、重要になっていくというところではあります。

他方、介護の需要が増えるとやっぱり介護保険料とかにも影響していくので、そういったところは、また市としてどういう風に考えていくのかを含めてやっぱりやっていかなきゃなのかなってところがあります。

というところでの佐世保県北オーバービューであります。一応こうやってまとめていますけれども、これは一応ご参考です。

というところで平戸に移ります。平戸市の現状になります。

平戸市はこちら、人口推計っていうのは基本的には大体将来予測を基本裏切らないものなので、このとおりに動いていく可能性が非常に高いです。それでいきますと、もうご存知のとおり、2050年には15,000人になっていく。ずっと下がっていきます。それでいて、もうすでに65歳以上の人口も減っていくフェーズに入っているという状況です。なので、平戸市さんは若干、全国のところよりも少し早めに人口減少、少子高齢化が進んできていて、今はもうずっと減っていくフェーズに入ってきていると、そういう状況です。

医療、介護の需要予測なんですけれども、平戸市でちょっと推計つくってみたんですけれども、2025年で、平戸の介護の方が102ですね。2030年は103ぐらいで、ちょっと増えるかなって感じでした。でも、その後はもうずっと下がる一方です。

医療に関しては、平戸が2025 だともう96 っになっていて、もうあともう
どんどん減ってく一方です。一応こういったような、需要予測っになっていて、
で、あと平戸市の現状というところでの医療施設数とか一応ありますけれど
も。

やはり、病床数はもう西高東低なので、西日本は非常に人口あたりの病床数
めっちゃめっちゃ多いんですけれども。私、出身北海道ですけれども、そちら比べ
たらむしろ多いです。長崎県は多い方ですけれども、それよりも平戸市
はやっぱり多い。そんなような状況というところは、客観的なデータとしては
やはりあります。そういったところを踏まえて、さあどうしていくのかってい
うところですね。

あとは介護施設、先ほど医療と介護の連携っという風にも言いましたけれ
ども、やはり医療の慢性期の病床とか包括とそういったところの病床と、あと
は介護施設、それこそ介護医療院とかも含めて、そういったところとの連携と
か役割分担とかで、やはり慢性期の医療の病床と、それこそご紹介したとおり、
介護保険の政策をつくるのをその国の方でもやっていたので、介護医療院と
かも結構行かせていただきましたけれども、本当に慢性期の医療用の病床と
介護医療院っって、あんまり、やっていることそんなに変わらないというところ
もあってですね。

ただ、介護医療院、介護施設の方は看護師は全然違いますので、そういうと
ころも含めて、やはりこう支出を減らしていくとか、あとは、人も集めるのも
結構厳しい、看護師は特にという話もありますので、やはり介護施設とかそう
いったところへの転換も含めて考えていくっというところも全国的な傾向と
してはあります。

一応そんなところも踏まえつつというところで、地理的なところも見なが
ら、どういう風にどういうやっていくのかっていうところは考えていく必要
もあるでしょうし、あとは、診療科目とか病床数とか色々ありますけれども、
そこ基本的にはやっぱり効率上げていくとか、お医者様の、私もこちら来る途
中に色々の過去議論とかも一応拝見させていただきましたけれども、やはり、
お医者さんっって、例えば誰かも言っていましたけど、3人しかいないと、3日
に1回当直は回ってくるんですけど、そこは沢山いればいるほど、そのお医者
さんの負担も減るし、それでいて、いざという時にわっとう医療資源を投入
することができるので、やはり基本的なセオリー、方向性としては、医療機能
っっていうのは、集約化していく方が効率も上がるし、医療の質も上がっ
っっていうのは、基本的な考え方にはなります。

多分そこは、それぞれ地域の実情もありますし、施す医療も変わってくるので、そちらに関しては、そういったところの事情を踏まえながら、どういうところを模索していくのかっていうところはあると思います。

こちらですね、病床機能報告に基づいて、これ（資料45ページ）は公表されているものをただ表にただけなんですけれども、基本的には、急性期の病床とかは、病床稼働率って9割ないと多分赤字じゃないかなっていう風には言われているところですし、あとは慢性期とかであれば、もう9割の後半ぐらい本当は欲しいといったようなところ。そうしないとなかなか赤字になってしまっていくというところもありますので、やはり、病床機能報告、私が1番最初に申し上げたとおり、地域医療構想は、そもそも病院病床の機能、そういったところを可視化することによって、それを地域の人たちがみんなで見ることによって、自分達のそういったような地域をどういう風につくり上げていくのかっていうのをみんな考えて、それで話し合っやっていくというようなところは、もうそもそもの地域医療構想です。

そういったところをやはり踏まえながら、今回、こういったところの、数値などを私、こう表にして持ってまいりましたので、そういうところも踏まえて、やはり、みんな自分たちの地域をどういう風につくり上げていくのか。

やはり我が国は歴史的な経緯として、民間の医療機関、そういったところが、やはりしっかり医療を担ってきた歴史的な経緯があります。なので、診療報酬も含めて、民間の医療機関をどういう風にやっていくのかっていうところでの世界線にはなっているから、だからこそ、諸外国のように、全部医者が公立で、それで自分たちでくっつけたり、なんかこうやったりとかいう事が全然できないというのが我が国の特徴です。

だからこそ、各民間の医療機関さんの主体的な判断に我々は委ねざるを得ない。これはもう我が国の歴史的な経緯も踏まえた特徴というところではありますので、我々としては、基本的にはこういったようなデータとか数値とか、そういったようなところを色々お示しさせていただきながら、皆さんで考えていくっていう事を、やはり色々サポートさせていただきながら、みんな色々なものをお話し合っつくり上げていくと。そういったところをやっていく。

地域医療調整会議、そういったところで県も入りながら、皆さんで色々お話しさせていただきながら進めていくと、そういうところが基本になりますので、引き続き、そういったところも踏まえながら、平戸の医療提供体制、未来を持続可能な形にやっていければというところではあります。

こちら（講演資料 48 ページ）は現状、課題、客観的なデータに基づくポイントではありますけれども、やはり病床は多いです。人口に比して多い。やはり医療機関も結構分散しているというところも客観的なところからの視点です。

そうなってくると、やっぱりお金が、やはり非常に収益悪化しているんじゃないかっていうところは、この公表データからは推察されるところです。それを踏まえて、またお医者さんも、めっちゃめっちゃ働けるような時代ではなくなってきている。なので、毎日当直しとけみたいなことはもう通用しくなくなります。

それでいて看護師さんは尚更全然集まらないというのは、もう先ほど医師会会長も実感ともにお話したところですし、そんな中で我々がもうできる事と言ったら、あとは、いかに効率的に医療資源を、本当に貴重な医療資源をもうなんとか効率的に配置して、なるべく無駄のない形で、もう本当にこの機能分化、急性期のところでは、急性期の事、そこでしかできない事、しっかりやっていく。そんな形で、本当にその医療資源に見合うような医療とセットでやっていくっていうところを本当に研ぎ澄ませていかないと厳しいというところで、もう人口が 4,000 人とか切り始めると、多分病院の維持がもう難しいような、そんなような世界になっているというところは、もうこれは国が診療報酬つくっていますし、そういう風なところではもうやっぱり明らかですので。そういった現状を踏まえながら、我々としては次善の策を考えながらやっていくということかと思えます。

なので、長崎県といたしましては、平戸市の医療提供体制の、今後の持続的なですね、可能な医療提供体制を構築するために我々としてもできる限りのことはさせていただきたいと思いますので、平戸市役所や平戸市の皆様方と一緒に手を取り合ってタッグを組みながら進めていければと思いますので、引き続きよろしくお願ひいたしたいと思えます。

すいません、時間超過しました、何分よろしくお願ひします。

以上でございます。

司会)

ありがとうございました。新たな地域医療構想、そして佐世保県北医療圏の現状を踏まえたところの、平戸市の現状と言う事で、課題等についてのお話ありがとうございました。

ここで、せっかくの機会でございますので、意見交換、質疑の時間を設けたいと思っております。

質疑あるいは意見等が、あられる方は挙手をお願ひしたいと思えます。

委員)

今日は貴重な話ありがとうございました。

私どもの青洲会っていうのは、福岡の方とここ平戸で色々事業展開させていただくという事ですけども、やっぱりどちらもこう先に新田福祉保健部長が言われたように、やっぱり地域の医療機関の連携っていうのが非常に難しいところがある。電子カルテの情報の共有っていうのも1つですし、また、そういった情報の共有とともに、今色々な地域で進めておられる連携推進法人っていうもののこういう考え方っていうのは、福祉保健部長としてどういう風なお考えをお持ちでしょうか。

新田部長)

ありがとうございます。じゃあ、情報の連携と、連携推進法人の話をちょっと2つさせていただければと思います。

まず、情報の連携ですね。やっぱり医療とか介護とか、そういったところも、やっぱり本来であれば情報はもっと連携すべきだという風なのは厚労省としては当然持っていて、例えば介護施設でご飯ちゃんと食べられていたのに、医療機関でちょっと肺炎で入院して帰ってきたらご飯全く食べられなくなってみたいなの、でも病気が治っちゃったみたいなの。

そういった事例って結構あって。そういったところを、やはりこう介護からすると医療ってものすごくハードルが高すぎて、もうお医者さんに物って全然言えなくて。でも、例えば函館とかそういったような辺りでは、医療施設と介護施設が、一緒のシートで、例えば情報を共有しながら、地域で患者さんをやり取りする時にちゃんとそういったもので共有しながらやっていくっていうような取り組みを進めています。

国も医療DX、介護DXなんかも進めながら、一応、電子的にはそういったようなものを本当は共有できるようなところも今つくろうとはしていますし、カルテとかそういったところに関して、ただ、カルテそのまま共有すると情報量が多すぎて結局それってあんまり使われないので、本当に必要な情報がある程度絞上げた上で、それで、あとは電子カルテの規格がちょっと違いすぎるっていうのもあるんですけども。それで、そういったところのコアとなるようなところの情報をしっかり共有した上で、しかも電子的にやりながら、医療の効率的なやり方、要は各医療機関を跨ぐ毎に、やっぱり本来であれば伝わってればもう少し効率的に無駄なく医療ができるっていうところもやはり本来ではあるのかなってところもある。そういったところをやはり進めていくっていうところは、国としてもこう一応コンセプトがあって、それで進めようとしていますけれども、まだ道半ばというところではあって、もうすぐ標

準的な電子カルテみたいなものも公開されて、皆様も使いやすくなるように進めようとか色々進めていますけれども、今道半ばと。

情報を共有していくっていうのは、例えば、今、私は函館の事例を言いましたけれども、地域で医療機関とか介護施設とかが、やっぱりそういうの必要だよなって思って、それでこのシートと一緒にやっていきたいと思います形で取り組んでいくっていうような、自発的な取り組みを基に、それを推進する人がいて、それでやっていくっていうような取り組みをやっているところもポツポツあるので、そういった形でやっていくっていうところはやはりあり得るのかなと。

それに関して、県の方とかにもお問い合わせいただき、ただ、県が全部やる訳にはいけないので、他方、やっぱり地元でそういった意思があってというのであれば、そちらに関して我々としても情報提供したり、こういったところの事例あたりを紹介したりとか、そういうところはもちろん可能ではありますので、そんな形でやはりこう情報を共有していくっていうところは、おっしゃるとおり、地域の医療と介護の提供体制をやはり効率的に進めていくにあたっては非常に効果的かなとも思うので、そういったところを進めていくっていうところは大事だと思いますし、そういったところをやはり進めていくっていう事に関して、我々もできる限りの事はさせていただければなと思うところです。

連携法人なんですけれども、結構、今ちょっとあちこちですね、こう事例も出てきて、長崎市の方でもちょっと考えたりもしつつではあるんですけれども。

ただ、連携法人も結局いろんなやり方があるって、あとは何をどう連携するかも色々あるので、そこは、まず何をどういう風に共有していけばいいのかというところを、ある程度やった上で、それで法人としてやった方が良いのであればそうするし、例えば診療科とかも、なんか連携法人で、例えば高知だったかな。とりあえず、医師の派遣とかに特化したような連携法人を立ち上げているとか、それは色んな連携法人の色んな協力のやり方があるんですけれども。

まずは何をしたいのか、だから診療科とかを、例えばなるべく、あなたはここ、あなたはここかやりたいとかいうならば、そういうところまずやった上で、それを連携法人をつかって、それでやっていくのもあるのかもしれませんが、そこは、まず、連携法人というのも一応その手段の1つしかないので、まずは何をどう連携したいのかっていうところをまず考えた上で、それを模索していくやり方の1つとして、連携法人があるのかなというところだとは思

います。そういうところも含めて考えていく選択肢の 1 つなのかなという気はします。

ただ、全般的に言えるのは、連携をしていく、こちらに関しては、そもそも厚労省とかも含めてそういったところを進めるようにはしていますし、それこそ連携に対して、診療報酬、介護報酬を結構つけさせていただいているので、長崎ではあんま多くないのですが、結構 1 つの法人が医療とか介護とかを、やっぱり色々な物を、複数種別を持っていて、それで患者さんの病態に応じて、そこを連携しながらやっていく。それって本当は我々が進めようとしているところであって、やっぱり機能分化があって、やっぱ本当にそこに特化したところ、その病態をやるべきところっていうのはやっぱりあるので、そういったところをちゃんとやりながら、そうじゃなくなったらそっちにちゃんと移していくっていうところを本当は地域で全部やっていって、それを自分の法人でやってもいいし、地域で連携してやってくれ、それが地域包括ケアのやはりコンセプトで、そういったところをやっぱりしっかり進めていく。

国もそういったようなところを進めるっていう風に施策をつくっている以上、それをやっていけばやっていだけちゃんと診療報酬、介護報酬も付くようにはなっているところではあります。

それを進めていくにあたって、法人で表示するっていうのもあり得るのかもしれないところではあります。

中村委員) ちょっとだけ、最後、連携推進法人じゃなくて、情報の共有化っていうことで、やはりさっきの地域包括ケアとかそういう連携をする中で、非常に情報のやり取りっていうのが、今紙ベースでかなりの部分やられているので、ここを IT 化するなり、医療の効率化、介護の効率化っていう前に、やっぱり情報の共有化ができないと、1 つの医療機関で電子カルテ 1 つ書いてあるのを、数年おきに、億単位の金がかかってくる。

やっぱりこういうものを、医療の効率化とか言われる前に、この辺を国としてそういう風な IT 化っていうのもっとももっとこう推進していただくと、非常に連携っていうのも、それからその先の医療機関同士の色々な効率化っていうのも進んでくるんじゃないかと思うんですけど。

ちょっとそこ、すいません、県に向かってあれですけど、ご一考いただければ。

新田部長) おっしゃる通りで、本当に我が国って全然情報化が遅れまくっているんで、そこは推進しなくちゃいけないというところもあってですね。

多分、介護の方とかは、まだまだ IT リテラシーが低すぎるので、そういったところをどんどん補助金も沢山を出して、まずソフトを入れてと。ソフトから、一応色々 CSV とか吐き出した上で情報が飛ぶように色々やっていたりもするのですよね。で、あとは、それをちゃんと医療の方でも情報を受け止めて。ただ、医療の方で必要としている情報と介護として必要としている情報は若干違うので。じゃあ、中身のある程度フォーマット共有して、それでシステムに載せてやっていくっていうのを実際実践しているのは函館の辺りです。

それで、医療の方も、要は必要な、例えば単位サマリーだとか、そういったような、共有したら嬉しいなっていうような情報をまずしっかり共有していきましようみたいなところで、医療 DX をかなり進めているところではありますし。

あと、標準の医療カルテみたいなものも今、オープンリソースで出そうみたいな動きもあります。そんな形で、今まで本当に歴史的にはやっぱり、ベンダーログインとかもよく言われていますけれども、やはりこのカルテの業者がバラバラで、そこに標準化を整えてこなかったっていうところがやはりあるので。そういったところでの連携に凄く困っているところはやはりあるんですけども、そういったところも言っている場合ではないので、そういったところを克服していけるような取り組みを、今、医療 DX という名の元に、結構進めているところではあります。

なので、そういったところも、もうすぐです。なんかずっと何年もやっていた、もうそろそろ、多分こう形見えてくるかなっていう頃だと思しますので、そういったところもですね、少しフォローいただきながら。医療政策課の方とかも、何かお困りの事とか、このへんとかなんでもいいので、私も厚労省から来ているので、そういうところも含めて、お気軽にお問い合わせください。別に敷居高くないので。この辺どうなのとかあったら、全然、聞いていただければすぐ情報お伝えいたします。そんな形で進めようとはしていて、で、それで進めつつも、方向性はあって、もう少しのところまで来ているっていうところをお伝えできればと。

委員) ありがとうございます。IT 化というのを是非ともやっていただきたいというのが、私共、かつての在宅医療、医療機関と在宅とつながるようなネットワークをつくってきているのですけども、なかなか IT そのものが問題になってくるっていうところがあって。すいませんけど。

新田部長) 貴重なご意見ありがとうございます。

我々もそういった視点で、例えば国から来る補助金とかもありましたら、すぐに情報を提供させていただければと思います。そんな形で。私も同様の認識で、そこ大事だと思います。そこによってかなり変わってくる世界があります。なので、そこを進めていくっていうことも一緒にやっていければと思います。何卒よろしく願いいたします。

委員) よろしく願いします。

司会) 情報共有化とかですね、連携法人、そして医療 DX についてのお話でございましたけれど、他に何か。

委員) すいません、もう本当、大変参考になる話をありがとうございました。

医師会の立場でなんですけども。今回の会の1つの議事として25年後の姿っていうのがあるんですけども。先生が非常に厳しいというか、我々もいつも水は引かされている、この平戸市の将来の人口動態というか推計ですね。これを先生、今流行りの、第三者評価じゃないけども、ここに平戸の者が集まっているんですけども。

先生からまた、北海道からまた九州まで、ずっと色んなところの地域をご存じの先生の方から見て、25年後の絵姿、この地域はどうなるだろうかなというその三者的な見方、また先ほどの人口動態を詳しく熟知されている先生からちょっとお聞きしたいこととですね。多分これ物凄くデモクラシーというか、右的に考えれば、私、医師会の立場で言うと、民間病院は、進化論に乗っていけないところは淘汰されて、そして人口に合わせた形の風になるし規模になるし。むしろグーッと左側に寄ったような考え方でいうと、本当は逆に、我々としても困っておるところの、どうすりゃいいんだろうかっていう時にですね。

地域医療構想においては、はい、あなたのところはもう何床、こういう風に特化した、今までの保険請求内容から見ても、このこれやりなさい、これやりなさい、これぐらいの病床にしなさいって言われた方が、もう一体どうすればいいんだろうかっていう会員が結構いると思うんですよ。もう人口は減ってくるし、収益は減ってくるし、この先どうしようかっていう人は。

国が、例えば、今あなただけ60床あるんだ、もう30にしないかとかね、あと少し、例えば借金が残ったたら、その分は少しなんとかしていただけるから減らさんか、だとか、理想的に地域を見た場合の展望としてはこれぐらいの、あなたは本当はこれぐらいが良いって言われた方が、ちょっと無責任な感

じはするけど、会員の中にはですね、全然本当に分からないっていう方もおりますので、なんかアドバイスがいただければと思います。

新田部長) ありがとうございます。

結構厳しい話を、私は平戸でも佐世保でも長崎でも、もうあちこちで似たような話をさせていただいています。結構似たような反応で、例えば、県がもう全部やってくれたらいいっていうようなご意見もいただいたりします。私の中でも当然、頭の中にあります。ここ、こうしたい、こうしたらいいっていうのはあります。もちろん。

ただ、我が国の制度上、それを強制することが法的にできないんですよ。他方、アドバイスはもちろんいくらでもさせていただいたりとかは思います。やっぱり、どうしても、私も途中言いましたけど、我が国の歴史上、どうしてもその民間の医療機関に立脚して、民間の医療機関の方がもう先にあったので、そちらに保険医療制度っていうのがくっついてやってきたっていうのが、歴史的な経緯があるので。なので、だからこそ肝心なときに時に強制力も発揮できないんですけれども。だからこそ、資本主義者の手前、民間のところもあるので、そこは最終的には、民間の医療機関をお持ちの、所有されている方のご判断に、最終的に依存しなくちゃいけない。

ただ、そのご判断に資するような様々なデータやお話とかは、もう惜しみなく我々はさせていただきたいという風に思いますし、他の事例だけの情報とかも見てますけれども、やはり、例えば病院の統合とか、そういったようなのって、どうしても建物である以上、寿命が来るんですよ。やっぱり建物建て替えるタイミングっていうのは、凄い、そういう事を進めやすいチャンスっていうのは大体どこもそんな感じじです。どこもっていうか、そういったところも結構多いです。なので、やはり何十年も経って、そろそろ建て替えないとやばいねっていう時に、そこを整理するとか、そこやめるとか、あとはくっつけるとかいうのはありますし。

今、当然、統合とかそういったのに関しても、先ほどちょっと話ありましたが、要は税制も一応ちょっと優遇して、こう何年か伸ばしてちょっとおしなべてみたいな税制優遇措置も一応あります。なので、そんな形で一応そういったところを促すような仕組み、制度っていうのはやはりあります。

資本主義社会の宿命として、どうしてもやっぱり資本家っていうのがやはりリスクを取る以上、お金をめっちゃめっちゃ儲けることもできるし、借金抱えて倒産するリスクもあると。それが資本主義社会ですし、それで民間の医療機関

さんっていうのはそういった厳しい宿命があるというところ。そこ含めてどういう風にしていくのかっていうのはやはりあると思います。

それを含めた上で、やはり 25 年後の平戸の未来を考えると、やはり人口動態統計ってやっぱ嘘つかない。そうすると、大体人口が 15,000 人くらいで、そうなってくると、当然大体この年齢構成もある程度分かっている。そうすると、そこで必要な医療の需要っていうのは大体もう分かっています。

なので、そちらのものが必要だっていうところはもう大体明らかであって、それに自分は乗るか降りるかって、ただそれだけだと思います。誰もいないんだったら、民間の人たちが誰もいなくなったら、そこは公的にやるって話だと思います。公的にやると、そこは公的なネットワークを使って、色々とうそいったようなシーンを含めて、やりやすいってところは若干あるかなっていう風に思います。

なので、そこは、どうしてもプレイヤーさんの意思はやっぱり尊重せざるを得ないってところなんで。他方、客観的に見ていて、第三者的視点からすると、大体、経営の数字なども拝見させていただいていますけれども、なかなか、そろそろもういいんじゃないかなっていう風なところも結構あるかなっていう風には思います。

ただ、最後の最後のエリアは私、できませんと。でもそこは薄々皆さん多分感じていらっしゃるし、多分理事長さんとか、オーナーさんとかは自分とこの数字は見て大体わかっていると私は思っています。ただ、話して回っていると全くわかんない人もるので、そこは一概に言えないんですけど。なので、そういったところも含めての多分経営のご判断だと思います。

ただ、何事もタイミングでたらだら続けていって、どんどん負債が膨らんでいくよりは、今やめてしまうっていうところはやはりあるのかなと思います。なぜならば、これから先、社会保障を取り巻く環境が良くなることはないからです。ただ、全部減びて、自分が総取りっていうのはあります。だから、そういったところの、なんかバトルロイヤルの世界にはなるんですけど。

なので、今まで構築してきたところの、やはりこの世界線がある中で、やっぱり人口が減ってきていて、それでも病院の数変わってなかった。そりゃ当然バトルロイヤルの世界になるので、その中で自分はどうするか、降りるか、それとも全部取りに行くのか、そういう話なのかなっていう風に、そこをみんなと相談しながら、なんとなくやっていくのかなっていう風には思います。

なので、本当に今がターニングポイントかなっていう風には思います。ちょうど今やばくなってきているっていうのが全国的にあって。国がちょうど今、3月31日までに病床返上するんだったら、1床あたり400万で買い取ります

みたいなボーナスステージには来ているので。でも、もう今後そういったところがまたおかわりあるかどうか分からないし、そんなのが出せる余裕がもう国に無くなってくるかもしれないので、そういうところを踏まえて、やっぱりどうしてもこう経営判断しながらやっていくっていうところにはなると思います。

なので、そこは時流を見ながら、どういう風にしていくのか。そちらに関する情報とか話すものは、我々も含めて、いくらでも提供させていただければなとは思っています。

委員) ありがとうございました。

司会) ありがとうございました。まだ、いろんなお話を伺いたいと思うんですが、時間の都合もございますので、新田部長の講演は終了させていただきます。新田部長におかれましては、大変お忙しい中にお越しいただきまして、ご講演いただきまして、誠にありがとうございました。

再度、皆様の拍手を持って、感謝の意を表したいと思えます。

ありがとうございました。以上をもちまして講演を終了させていただきます。

最後にですね、事務局からの連絡ということでございますけれど、本日、協議の中でいただきましたご意見等につきましては、事務局でまとめて、次回以降の委員会の参考にさせていただきたいと思えます。

なお、次回の第5回の委員会でございますけれど、3月の第3金曜日であります3月21日金曜日、今のところ午後2時からということと予定を組んでるところでございます。生月病院の建て替え及び市民病院の再整備の方向性についてご協議いただくようにと予定してるところでございます。

以上を持ちまして、本日の第4回平戸市における医療提供体制のあり方検討委員会の全ての協議、講演を終了させていただきます。

どうもありがとうございました。

※聴き取り出来なかった部分につきましては、一部削除しています。