

## 第2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6年12月20日（金）13時00分～15時00分  
場 所 田平町民センター研修室2  
出席者 委員13名、事務局7名

### 1 議事

司会) それでは皆様、こんにちは。  
定刻となりましたので、ただ今から第2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いたします。  
本日の委員会につきましては、対面、Webでのハイブリッド形式での委員会の開催とさせていただきます。前回同様、当委員会については原則公開とし、会場に報道機関席及び傍聴席を設けるとともに、平戸市公式YouTube平戸チャンネルで配信を行っております。

本日は、委員15名中13名の方がご出席いただき、3分の2以上の出席でありますので、平戸市における医療提供体制のあり方検討委員会条例第6条第2項の規定により、本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。

平戸市における医療提供体制のあり方検討委員会条例第6条第1項の規定により、調委員長に議長をお願いいたします。

議長) はい。それでは、第2回あり方検討委員会を始めたいと思います。  
まず、事務局より、前回のまとめとして、第1回で出された現状と課題、これに対する主な意見等について、事前に送付しておりました資料により説明をお願いいたします。

事務局) まず、資料1「第1回委員会で出された現状課題とこれに対する主な意見」という資料をご覧ください。  
項目ごとに前回のいろんな出た現状課題だけをまとめてあります。

(1)の①、人口減少についてです。

現状課題ですが、人口が今から 25 年後には半減する、生産年齢人口は 3 分の 1、10 年後でも半減してしまう。これは看護師等のなり手が 10 年後に半減するという状況です。市全体では半減となりますけれども、地域的に見ると、市立病院エリアの生月地区で人口は 4 分の 1 に減少し、中南部地区でも 3 分の 1 に減少する、そのような状況です。

これに対する主な意見ですが、市内に看護師等の医療スタッフを確保するために専門学校を作って欲しい。大学等に出ていった人を平戸に引き戻す施策が必要。

また、これに対して、県内の看護学校はほとんど全て定員を割れている、平戸市に専門学校というのはなかなか現実的には厳しいのではないかというご意見が出ております。

次に、②医療スタッフの確保について。

現状課題ですが、人口は 25 年後には半減する。生産年齢人口も 3 分の 1、10 年後でも半減してしまう。これは看護師のなり手が半減するという状況。看護師、メディカルスタッフが不足している。患者数の減少以前にスタッフ不足で病床稼働率を落とさなければいけない状況。

これはもう公立病院も民間の病院も同じような状況です。

これに対する主な意見ですが、医師、看護師や技師等もですが、一人の人間として、しっかり休みを取って、仕事もしっかりやっていくような環境を作るべき。そういう意味では、やはり病院の統廃合を含めた再編成を行うべきではないか。また、若い医師等が働ける環境、共に学び合う質を保つ医療機能を充実させるべきではないかというご意見が出ております。

次に、(2)の医療提供体制の現状と課題ですが、まず、①病院の経営についてですけれども、市立病院は、人口減少により両病院ともに 5 年後には破産しかねないくらいの危機的状況になると。このままではですね。これを防ぐために、人件費削減のため医師や看護師の人数を減らすということになると、数年後には救急告示病院の看板を降ろさざるを得ない状況になる。これは民間病院でも同様だと。医師がいても、看護師不足、スタッフ不足で、または資金ショートで病院が潰れるような状況になってきている。

これに対する主な意見ですが、国が不採算地区にある公的な病院に対して支援していくことは国民に行き届いた医療をするためには必要だと。

公立病院の赤字が補填されるのであれば、民間病院も学校医であるとかワクチン接種、こういった公的な医療行為をやっているのであるから、公的資金で支援していただきたいと思う、こういったご意見が出ております。

次に、②医療提供体制についてです。

現状課題ですが、生月病院は築後 43 年で建替えの検討が待ったなしだと。市民病院も築後 30 年近く経ち、今後の再整備の方向性について検討すべき時期が来ている。

救急医療は実際にやっている医療の 5%であり、いわゆる慢性期の疾患を総合診療的に見ているケースが実際には多くなってきている。

これに対する主な意見ですが、救急告示病院をどこか 1 か所にまとめ、そこに若い医師が来るようにしないといけないのではないかと。

また、先ほどもありましたが、病院数や病床数が非常に多いという、その中で医師不足が顕著で医師が分散している状況だと。医師も一人の人間としてしっかり休みを取って仕事もしっかりやっていくような環境をつくるべき。そういう意味では、やはり病院の統廃合を含めた再編成を行うべきではないかと。若い医師が働ける環境、共に学び合う、質を保つ医療機能を充実させるべきと。

あと、公的な県の支援を得た病院を小さいながらもつくって医療の質を担保していく必要がある。専門性を持った先生たちがこれから平戸を助けてくれないと、今後、平戸市全体の医療を考える上で難しいことになっていく。これからの医療のレベルを保つためには、県からの支援も必要。

こういった意見に対して、市の医療機関全体がうまく人口減少に合わせてスライドして行って、そして状況に合わせていくような形、これを求めていく必要がある。

今あるインフラ、病院とかのインフラ、こういったもので在宅や介護につながるように総合診療を含めたスキームでつくり変えていくか、なんとか今のネットワークでやっていくか、それ以外の方法はないのではないかと。急性期をどうするかよりも、まずは総合診療をどうするかということは今考えるべきではないかと。

次のページですが、ちょっとまた別の観点から。

何らかの形で生月にも医療機関の 1 つは残していただきたい。

将来的に若年層に比べ高齢者比率が増加するが、高齢者の急性期に対応できれば、本当の意味での急性期というのは激減していくので、人口減少に合わせてですね、救急ヘリ搬送だけで良くなるかもしれない。

医療だけでなく、介護とか保健とかの連携を取りながら支えていく。住民健診、事業所健診もずっとやっていかなければいけないと。これは医療機関の責務としてですね。

次に、介護、訪問診療を地区でまとめられるような形をつくる。スタッフが減ったとしても維持するためにどうしたらいいかを考えていく必要があると。

将来的に病院の病床数が減少しても、現在の訪問診療の体制を維持していくにはどうしたらいいかということは今から考えておかないといけないと。

その他として、最後ですけど、バスの便も減り、タクシーを利用できる時間も限られてきており、厳しい交通環境になっている。交通問題の解消を図るべきではないか。

こういった意見が出されております。以上でございます。

議長) 今説明をいただいた件で、何かご意見、ご質問等ありませんでしょうか。よろしかったですか。

事務局) こういった意見を言ったけれども書かれていないのじゃないかというようなことがあったら、書き漏らしがないかっていう、発言された方がおられたら補足をお願いしたい。

議長) 大丈夫ですかね。  
それでは、報告はこれで一応終わりにしまして、本日の議事に入りたいと思います。

議事の(1)、25年後の姿と今後の公民連携のあり方についてということになりますが、お手元に事前に送付した「次回の委員会における意見について(お願い)」という資料はありますでしょうか。

それでは、事務局より資料の説明をお願いいたします。

事務局) 資料の2をご覧ください。資料2について説明をいたします。  
次回の委員会における意見についてということで、お願い文書ですね。

で、1番上に書かれているとおり、中ほどに書いている議論の前提、そのさらに下に書いている5つの論点を意識しながら、今から25年後、人口半減時代の平戸市における医療提供体制、病院のあり方ですね、これについて、このようになってほしいであるとか、このようにあるべきだというようなご意見を、お一人ずつ、4分ないし5分程度でお願いをしたいと思います。

厳密に25年後とかにこだわる必要は特にございませんが、とにかく人口が大きく減少すると、これはもうなかなか変えることができませんので、そういったことを前提にしたご意見であればそれで結構です。

また、場合によっては地域を限定した内容であっても構いません。

ということで、まず議論の前提ですけども、4つほど前提を書かせていただいております。

全ての医療機関が人口減少に合わせて同じようにダウンサイジング、規模縮小していった場合、人口が半減するというような状況では、単純化すると、病床数であったり医師、看護師等の医療スタッフも半減するということになります。

そのような、病院が縮小した状況下では、どの病院も現在行っている救急医療であったり、外科手術、こういったことを担うことが難しくなってきます。それは医療スタッフの確保がですね。今後、より難しくなっていくことを考える、今よりももっと難しくなっていることを考えると、25年後とかという先ではなくて、もっと早い段階、例えば5年後、10年後、そういった段階で訪れる可能性も高いという風に考えられます。

こういった中で、平戸市北部、または田平地区、こういったところは、インターチェンジももうすぐできますので、佐世保まではですね、救急車で30分ないし40分程度で搬送できると、そういう時代が来ると思います。近いうちですね。だから、もうそれでも良い。要は、もう救急医療とか外科手術、これが担えなくなっても仕方ないと、そういう風に考えられる方もおられるかもしれませんが、一方で、平戸市の中南部地区、生月地区の中にはですね、佐世保まで1時間30分から1時間40分程度は最低かかるところがございます。そういったところでは非常に厳しい状況に陥ってしまう。

また、最後ですけども、人口減少が進む中で今よりも高齢者比率が高くなってくるために、複数の慢性疾患を抱えた高齢者急性期、この割合が増加する。数自体は減ってくると思われませんが、割合は若い人たちの割合に比べて増加してく

る。そういう中で、市内での処置が難しい高齢者以外の急性期は逆に大きく減少してくると、そのような状況です。

こういったことを前提としまして、論点として書かせていただいておりますけど、このような人口減少の状況から、25年後には救急医療とか外科手術はもうできないというような状況、これを一定やむを得ないと考えるかどうか。

論点2ですが、そのようにならないために、25年後でも一定の救急医療または外科手術を担う医療機関が平戸市内にも必要ではないかと。

論点の3ですが、一定の医療機関が必要と、そのようなことを考える場合に、じゃあその時の公民連携のあり方をどう考えるか。

そこには、例えばということで、公で新設、民で新設、役割分担のうえ、公民いずれかで新設、新設はせずに、例えば役割を分担してなんとかしのいでいく。そういったことをここでは論点として挙げています。

論点の4ですが、もし建てるとした場合の救急医療について、十分な二次医療に対応できるような基幹病院が必要と考えるか、それとも、軽症患者のみ受け入れて、できるような患者だけ受け入れて、それ以外については、佐世保の医療機関に搬送するトリアージ機能、要は病気だったり怪我だったりの緊急度や重症度に応じた優先度の判断をし、必要な方については、もうできない方については佐世保の三次救急に送ると、そういった機能に特化した1.5次救急的な病院で足りるという風に考えるか。

最後に論点5ですが、将来的にどの程度の規模や内容の病院であれば、医療スタッフを確保できるかっていう観点。

他にもいっぱい観点はありますので、論点はありますけども、こういったところを念頭に置きながら、皆さん方のご意見をいただければと思います。私から説明は以上です。

議長)

それでは、順番に意見を伺うということになりますが、皆さんの話がですね、やりやすいように医療の専門家からの意見は最後の方にしまして、名簿の逆順、まずは地域代表の方からご意見いただければと思います。お一人、4、5分というところでございます。

基本的には意見が全部出たからのディスカッションということですよ。

よろしいですかね。（名簿の）15 番目からになります。ご意見いただけますか。はい、どうぞ。

委員) 前回第1回目の時も非常にこう危機的な状況、生月の環境ですね。特に人口減少が甚だしいということで、果たしてその生月に対して医療機関を今後存続していただけるのか。

そこら辺と、あとは中南部、生月を含めてですね。いわゆる佐世保の三次救急をしている病院までの時間的な感覚がですね。かなり遠い。そういう中で、二次が仮に無くなった場合ですね。果たしてその中間的救急対応ができる、そういう施設がないっていうのは、非常に私たちとしては、不安なところも正直ございます。

1.5 次の救急という、そういう案も出ておりますけど、具体的にはどこまで、どういう形になるのかですね。そこら辺ちょっと今のところあるんですけど。

いずれにしろ、人口減少、これは否めないっていうことは重々理解はいたしておりますけれど。ダウンサイジングがいいのか。あるいは、民と公の連携のあり方の中で1つ2つの二次救急指定病院として存続させるという方向で、ぜひお願いしたい。そういう風に思っております。

議長) それではよろしいですか。

委員) 第1回の回の中で、生産年齢人口減少に比べ、0歳から14歳の子供の数は緩やかに減少していくとのことでした。それは女性が子供を2人以上出産してるからとのこと、人口減少は進んでいますが、1人の女性が出産する子供の数は県内でも多い方であると知りました。

大変喜ばしいことだと思います。今後少しでも多くの子どもが誕生することを願いますが、現在、平戸市には産婦人科がなく、そのことが気になります。

南部地区に住む女性既婚者22人に話を聞いてみました。話を聞いた女性の年齢は、20代が4人、30代が13人、40代以上5人。出産経験は、有りが21人。無しが1人。出産児は1人が2人、2人が5人、3人が9人、4人が5人。

出産児も2人以上出産しているのがわかります。出産場所は、松浦市が2人、佐世保市が16人、佐々町が5人、長崎市が1人、県外が6人。出産場所として佐世保市が16人と多く、南部地区から佐世保市まで1時間半から2時間かけて通院したことになります。

経済的な不安や精神的な不安も大きいと思います。平戸市に希望する施設として、産科が1人、産婦人科が8人、小児科3人、皮膚科3人。希望する施設

は産婦人科が多いのが分かります。国や市から補助金なども出ていると思いますが、私の中では平戸市に産婦人科が必要だと考えています。

専門医の確保や設備などの問題もありますが、医療提供体制のあり方として先生たちはどのような考えをお持ちでしょうか。以上です。

議長) ありがとうございます。それではよろしいですか。

委員) この資料の2で、議論の前提の中にもありますけど、人口が半減したら、要するにダウンサイジングして規模縮小してということで、病院を減らしたり、スタッフを減らしたり、そういう風に見えるのでしょうけれど、人口が減っても、担っている平戸市というのは、面積も変わりませんし、逆に広がるっていうイメージがこう出てくるわけなので。

問題は、佐世保の三次救急に、救急医療とかあるいは外科手術とか、そういうものを任せるというスタンスではなくて、やはり市内で、そういう救急あるいは外科手術、これに対応する病院は当然確保すべきであると、こう思います。ただ、公なのか民なのかって言われると、私もちょっと。公であれ民であれ、やはりそういう平戸市民のための病院を確保すべき、この様に考えております。その中には当然、平戸市民病院であったり、生月病院の継続なり、あるいはこういった形で残していくのか、そういう前向きな考え方も当然必要である、このように考えます。

また経営がどうか、火の車になっているとか、そういう話になっているようですが、それはそれで国とか県とかあるわけですから、やはりそういったものにもお願いをしていくと。

こういう地域医療っていうのは、国全体の問題でもありますし、東京におる者が1番受けているというものではなくて、端々にいる人が、やはり十分受けられるのが医療だと私は常々思っています。なので、やはりこういう、それから三次救急を佐世保に任せるとか1.5次とかそういうのじゃなくて、自前で持つておくと、こういう基本的スタンスは欲しいと思います。で、25年後どうするかってこと書いていますけど、減ったら減ったで仕方ないと思いますが、その時、やっぱり人口が減っても面積は変わらるので、人口に見合うような医療提供体制をとって欲しい。このように思いますし、この前の先生の話の中にもありましたが、市民病院の訪問診療とかですね、こういったものも整っておりますので、こういう先駆的な取り組みを取り入れながら、公と民が連携しながらやっていく分も



入れてですね、平戸市がどうあればいいかという観点で進めて欲しいと思います。以上です。

議長) はい、ありがとうございます。それでは。

委員) もう今、ほとんど住民の気持ちっていうのは言ってくれたと思います。私も、医療って、病院のあり方ってなかなか専門家ではありませんので分かりませんが、住民が何を考えているのか、というところから考えれば、やはりこの論点に出ております、論点2ですね。やはり一定の救急医療や外科手術を担う医療機関。やはり平戸市に1つあって欲しい。少なくともですね。それは十分考えていると思います。

私、先日、18、19日、西九州自動車道の陳情ってことで行ってまいりました。

その折に消防長の方からちょっと資料をいただいたんですけども、救急が大体年間2千件あって、そのうちの200件程度がこれ市外の方に搬送しているって話聞いた時にですね、その1割って多いのか少ないのかちょっと私も分からなかったんですけども、やはりその数がやっぱ少なくなれば、住民っていうのは安心した医療体制が平戸の中で取られているという風に考えるのじゃなかろうかな、という風に思います。

一方で、そういう病院をつくるのが、やっぱ道路を整備してなるべく早く救急搬送できるような形っていうのをやっぱ望んでいると思いますので、医療の面では、やはりそういうなるべく平戸の中で医療、患者さんを救えるような病院っていうのが1つあって、あとは、この地域においても普段かかれる病院であるというような安心を与えていただけるような体制が取ればなっていう風にやはり思います。

それと、私も60歳過ぎて、今まで大して病気もしてこなかったんですけども、だんだんやっぱ先々病気した場合に入院かなとか思います。その時、やはり医療だけでなく、入院した時の環境ですかね。そういうところが少し整ったところに入院したいなというような気持ちもちょっとあるのですね。だから、そういう病院も市内の中にあつたら、やはり住民の皆さんは安心して平戸で治療を受けたいなと思うような形になるのじゃなかろうかなと思いますので、そういうような方向性っていうのができていただけたら幸いかなと思います。よろしく願いいたします。以上でございます。

議長) ありがとうございます。それではよろしいですか。

委員) 消防本部から消防の立場で、消防の現状を含めて説明をさせていただきたいと思えます。まず、本市における救急の搬送体制についての説明でございますが、私たち消防職員は、市民が安全で安心して暮らせるまちづくりをすることを基本理念に、市民の理解そして協力を得ながら、消防力とか救急体制の充実強化、そして火災予防の推進をしております。

その中に救急体制の充実強化がありまして、その中には、医療機関との連携強化や救急救命士の育成、資機材の整備を行い、傷病者の、患者の負担の軽減や救命率の向上を図ることを目的に、24時間365日、1秒も休むことなく、多様化する救急に対応して活動をしているところでございます。

救急車の配置についてでございますが、岩の上町にある本署に2台、救急車がございまして。そして、出張所、中津良、生月、田平、大島にそれぞれ1台、計6台で配置し、昨年度は、第1回の統計にありますとおり、年間1825件の救急対応をしております。

救急の受け入れ状況でございますが、資料1、前回の資料19ページに消防救急搬送状況というのがありますが、令和5年は、先ほどおっしゃったように、全救急搬送件数の80.12%を平戸市の医療機関で受け入れをしていただいております。

このことは、全国的にたらい回しなどの報道がされる中において、他の自治体には誇れる状態にあるのではないかと考えているところでございます。

これを支えている要因としましては、今ある救急告示病院である柿添、市民、生月、青洲会の病院、医療機関と、年6回であります。救急の検証会とか救急懇話会をしております。その存在があります。

検証会では、救急隊が搬送した傷病者について、医療機関の医師による検証を行い、救命士、救急隊の処置や活動、その後の傷病者の予後について検証を行い救急隊の質の向上に努めているところでございます。

この懇話会で、救急隊、医療機関から提出された症例をディスカッションし、知識、情報共有を行いながら、顔が見える関係を築いております。市内の傷病者は市内で守るといふ先生の意思もございまして、皆さんの、メディカルスタッフの志があつてこういった状況になっております。

本当に改めてお礼申し上げたいと思つているところでございます。

しかしながら、人口は、25年後は減少する。医療提供体制は変化することは避けることができません。従来、私たちは、119番通報を受信すれば救急搬送を行うというのが原則でございます。市内の救急は、まずは市内でそれぞれの直近の医療機関で受け入れしていただく体制を維持していただきたいと考えております。非緊急や低緊急を確実に選定する体制を構築し、低救急または非緊急に対する救急搬送以外の社会資源、電話の相談窓口の充実と合わせ、そしてまた電子カルテの共有などの医療機関との情報共有の強化、そして軽症者に対する分にはオンライン診療へつなげる対策、高齢者福祉の充実とか療養環境の整備など、最小の経費でより効果的な医療提供ができるのにはどうすべきか、また地域が生き残っていくにはどうすべきか、人口数値がこの数値に当たる時にはどうするかという議論を深めて、救急の医療の質を維持していただきたいと思っております。以上でございます。

議長) はい、ありがとうございます。

司会) 本日欠席されております委員からは、事前に事務局にご意見が届いておりますので、読み上げさせていただきます。

事務局) 書かれたとおり読み上げさせていただきます。

① 今回の案件に関係なく、行政政策に対する私の思い。

医療分野に限らず、全産業、全業種において官民競合する場合にあっては、大島・度島など地域的、交通アクセスなどのハンディを抱えている場合を除き、民間企業の存続を優先すべきだと思います。

② 生月病院を現状に近い状態で運営を続けることによって、財政圧迫する様なことが生じる様なことがあれば、市民が等しく受けるべく他の行政サービスに支障が出ないとも限らない。

③ 人口減による財政基盤である税収、公共料金収入等の激減は明白であるが、増税・公共料金の値上げ等については、かえって子育て世代、働き世代の人口の多い地域への流出を加速化し、人口減にますます拍車がかかる。増税等については慎重な議論が必要。

上述なことから、早い段階での生月病院の診療所への建替えが妥当だと考えます。以上でございます。

議長) ありがとうございます。それでは、次。

委員)

意見を述べさせていただきます。

佐世保市総合医療センターなどの佐世保市中心部の地域医療支援病院と平戸市北部田平地区の病院の位置関係を考えるならば、現在、平戸市北部にある急性期医療は全て佐世保に任せるべきではないかと思えます。

平戸市民病院は、地域包括ケア病床を11月から増床し、地域医療構想の病床分類は軽症分類急性期に分類されますが、これは、2026年から始まる新しい地域医療構想ではこのような概念がなくなっていくと思えます。地域包括ケア病床への変換によって利益はかなり確保され、令和6年度に想定している赤字幅は相当なものでしたが、若干減少することが明らかになってきました。

こう考えると、平戸市北部田平地区の病院は、急性期を撤退し、地域包括ケア病棟あるいは地域包括医療病床への転換を考えられるのがよいのではないのでしょうか。

平戸市民病院では、このような観点と、来年4月以降の外科医の減少も考えられることから、令和7年4月より全身麻酔の手術から撤退するべきではないかと考えております。人口1万5千人の自治体における必要病床数は、100床当たり12.6で計算しますと約190床であります。これは精神科病床を含むものであります。そのように考えると、25年と言わず、15年後の県北の医療体制を考えると、200床規模の小規模病院が1つあれば十分ではないかと思えます。

この病院には、平戸市在住の40歳以下の医師をはじめとした医療スタッフが高速道路を使って勤務することになると思えます。私はこれまで、田平地区に高度医療は、必要は無いが、ある一定の手術が行える程度の急性期にも対応できる中規模公立病院の設立を主張してまいりましたが、11月30日の(令和6年度長崎包括医療研究大会の際の)、佐世保市総合医療センター副院長先生や、前回の当委員会で県北保健所長のご意見を伺い、県北地域で全身麻酔を伴うような高度医療、急性期は必要無いように思うようになりました。ましてや、15年後、20年後、人口減少した状況で、その需要は限られるものになってまいります。

現時点で、平戸で医療を行っている医師もいつまでも元気ではなく、固定資産同様、経年劣化していきます。いつまでも人材を供給できるようにする体制は必要だと思います。

そのためにも、県や企業団、大学病院、佐世保市総合医療センターとの連携は非常に重要です。繰り返しになりますが、現在の地域医療構想で言われている軽

症急性期、老人急性期に対応できる地域包括ケア病床、あるいは地域包括医療病床を有するケアミックス型の 200 床程度の病院を 1 つ、県北地区にあれば良いのではないかと考えています。この病院は、へき地に散在する診療所に総合医を派遣し、へき地医療を支えます。病院の規模に関しては、佐世保県北医療圏全体での議論が必要になってくると考えられます。

平戸市においては、厳しい言い方になりますが、残りの医療機関は市場の原理に従い、廃業や合併、買収、M&A が行われ、集約されていくことになるのだと思います。以上です。

議長) はい、ありがとうございます。

委員) はい。25 年で人口が減少するというので、私、25 年前に実は赴任したのですが、生月町に、8,800 人でした。その時はもう生月大橋ありました。で、今 4,600 人。25 年後に 4 分の 1 とか、こう書いてあるのですが、そのとおりになるかどうかわかりませんが、人口が減少していく中でもですね、もう最初からですが、地域包括ケアっていうのをやってきたのです。

この地域包括ケアという概念はね、医療資源の乏しいところでなんとかその地域を支えていくために生まれた工夫なのです。医療だけじゃなくて、保健とか、福祉とか、いろんな人たちと協力し合いながら支えていこうという。そういうのはずっとやってきているので、それは今後も人口が減少していてもですね、やっていって、第 1 回目に言ったことですが、人口が減少しても、学校がある限りは学校保健も必要だし、保育園があれば保育園の保健も必要だし、事業所があれば事業所健診も必要だし、在宅の人がおれば往診、訪問看護、訪問リハは必要ですし、それはやってきたし、やらなくちゃいけないし、継続していく必要がある。それが安心安全につながってくるとは思いますけど、サイズはどんどん減っていきますよね。職員数も減っていくかもしれません。人口に合わせて。

問題は救急です。消防長は安心安全のために救急体制はずっと維持できるようにということを言っていますが、それはね、ある程度の人数とスタッフがいないと、やっぱり資源がないとできないことなので、救急を今後はやっぱりきちっとできることを平戸市内で必要だという住民の意見もありますし、やっぱりそこをどうやって担保していくかを今後は考えていかなければいけないんじゃないかなと思います。以上です。

議長) よろしいですか。

委員)

私としてはですね、先ほどから言われている人口減少に伴って、そのダウンサイジングをしていくかについてということに関してですけども、どのくらいのダウンサイジングをせないかんかについてのはちょっと今のところ考えておりません。

もともとですね、この前の地域構想の時にもお話したんですけども、人口が減るから雇う人間も減るし、病院が賄っていけないっていうのは、それは確かに理屈で言うとそういうような感じがしますけども、実際はずっと昔からこう減ってきているけれども、それほど困ったあれではないんですね。

実際に医療をやっていく上で、今医療スタッフが非常に困っているという訳ではないのですね。私は、国家的レベルでですね、今、地域と都市部で医療費を変えようとか、そういう働きが行われていますけれども、この前、国会議員の先生ともちょっと話したりしたんですけども、地域で、へき地で行う場合には、それなりの費用的負担を上げて、医療費を上げたりするべきじゃないかなということ。

それともう1つはですね、地域で急性期と慢性期と一緒にやっている、こうケアミックス的にやっている病院が、本当に10対1とかですね、13対1の看護で必要なかについてということも問われてきていると思います。実際、我々の病院で看護師不足とか言って嘆いているのは、その体制があるからなのですね。10対1で我々の病院見えていますけども、10対1を維持するのが難しいとかどうこうっていうのは、その10対1じゃないと本当に患者さんを診れないかということ、そういうわけでもないのですね。

都市部のどんどん救急を受けて急性期の病院をしているところが、7対1でやっているとの数に比べるとですね。一方で、社会的入院的な感じの方もいらっしゃる中で、10対1を守るのはそれほど難しいことではない。だから、そういう国家レベルでの編成がだんだん、25年後までには完成してくるから、あまりそのスタッフに関して今からこう試算する必要はないのじゃないかなと思っています。

私どもではですね、全麻の手術をやめようとは思っていません。というのは、いくら佐世保が近くなったからと言って、佐世保の病院も実は人口減とスタッフ不足でなかなか手が回らない状況になっているんですね。

だから、平戸から例えば胃の手術とか、大腸の手術とか、また胆嚢の手術とか、そういったのをわざわざ平戸から佐世保の病院に送るなんてことは到底考えら

れない。というのは、何か月も待って、わざわざ平戸の市民が佐世保で手術をせないかんってことは、我々の外科医からすると考えられないです。

実際そういうことは、もし日頃から手術体制とかを整えてないと、じゃあ緊急で胃が穿孔した患者さんが運ばれてきても、それを佐世保にたらい回しのよう  
に回そうと思ってもですね、その人の命がなくなってしまうのですね。

そういったことを、パッションを持って、我々は昔から急性期医療とか慢性期医療も含めて市民のためにやろうということやってますから、ダウンサイジングと質の低下というのは全く違うものだと思います。

ちょっと変わった話ですけども、米国では1万5千人ぐらいのところに500床の病院があっても経営は成り立っていくのですね。それはなんでかという、医療費が全然違うからです。医療スタッフの給与も全然違う。だから、その辺りを国家レベルで考えていかないと、なかなか我々の下々で考えても難しいところがあるんじゃないかなと思います。でも、どうやって維持していくかっていうのはですね、やっぱりある程度のレベルを地域で保ってないと、南部から来られたパーフォレーション（穿孔）の手術を緊急的にできなければですね、それを佐世保に送っている間にはその生命はなくなるものと思わなきゃいけないですね。大腸の手術、胃の手術でもですね、胃がんとか大腸がんは我々の病院で十分できます。そういう手術をですね、わざわざ佐世保で何か月も待ってしていったうちにはですね、どうにもならない。

もう1つちょっと考えていただきたいのは、今、介護医療院をこちらにも増設したら、もっとより急性期をまわすことができるということで、介護医療院の提出をしたら、その以前、5年前かなんかに策定した介護の政策で、まだ今の段階ではその介護医療院を許可するわけにはいかない。平戸市民病院も介護医療院も提出していると思うのですけども、それも提出が許されない。

もっとリアルタイムに政策が動いてもらわないと、今の状況で。さっき、25年後がもっと10年後になるかもしれないと、疑心暗鬼をするばかりじゃなくて、もっと良い方向に政策を変えていけばもっと良くなるのではないかっていう方向で皆さん考えてもらいたいと思います。以上です。

議長) ありがとうございます。それでは。

委員) 今回というのは、その25年後の世界、1万5千人っていう、人口が減るっていう、それに対してどうしていかうかと、医療提供体制をどうしていかうかということなんです。

今色々なところで、色々諸問題っていうのはもう皆さん直接で感じておられるんでしょうけど、これが1万5千人になった時にどんな世界が待っているのかと。私達、自分なんか生きてないかもわかりませんが、明らかに生きてないと思いますけど、その中それに対してどういう風なやり方、おそらく拠点病院っていうのは25万から30万くらいの人口がないと、おそらく高度急性期っていうのはやっていけない仕組みだろうと思います。

それで、今平戸でやるべきっていうのは、やはり今ある医療機関が一緒になって連携して、1つ今のそれまでに今の地域の方々が困らないようにやっていくのか。

もしくは、市民病院の先生が今言われたように、何か1つ、拠点病院と申しますか、トリアージ機能ですね、今は佐世保総合がそういう受け皿になってると思うんですけども、そこまで必要かどうかという、トリアージ機能を持つ医療機関。少なくとも、救急医療に特化したような医療機能を持った病院じゃなくても、診療所でもいいと思うんですけども、そういうものを1つつくって、色々な今1番問題になっている救急対応っていうのをやるか、どちらかだと思うのです。

だから、そのスタッフがどういう構成なのかっていうのは、こういう中で考えていければいいと思うんですけど、そういう意味での拠点っていうのは有り得るかなと。

それからもう1つは、もうこの際、例えば市民病院を上五島病院がやられたように、1つ拠点病院、いわゆる中規模の医療機関、手術までできるような医療機関をつくるかっていう、その3つだろうと思うんですけど。

もし、今平戸でそういった市民病院なり、公的な機関でもいいんですけど、そういう病院の絵面をつくって事業計画をつくられて、それに対する検討をしていくというのも1つのあり方じゃないかと思うんですけども。

そういった連携していくのか、それから、トリアージ機能を持たせた少し小さな医療機関をつくるのか、それとも1つ拠点病院みたいな、今上五島さんがやっているような上五島みたいな病院の1つ事業計画をつくってみるかっていう3



つが考えられるなど。その中でどれかを選択していくっていうのが、1つこういうあり方の検討会の中で話し合われるべきことじゃないかと思います。

長くなりましたけど、以上です。

議長) はい、ありがとうございます。

委員) 前回の会議のおそらく終わり際だったと思いますけど、11月30日のご案内がありましたけど、11月30日に平戸文化センターの方で、長崎包括医療研究大会ってことで、長崎県の地域医療を考える研究会が開催されて、佐世保市総合医療センターの副院長のデータの説明、度島の診療所ですかね。あとは生月島の介護施設からの話とか、色々となんか凄く勉強になる会で、今日、この会にあたって、もう一度その時の資料を見直してみて、前回の時に僕がちょっとお話ししたことと突合させてみたんですけども。

結論から言いますと、現時点で私のある程度ちょっと個人的な考えもありますけれども、人口減少に伴ってのダウンサイジングというのはやむを得ないかなと思っているんですけど。ただ保健所の立場も含めて、地域の方の健康管理という意味で、それぞれの場所に、例えば中南部であれば今の市民病院、生月であれば診療所の体制になるかもしれませんけど。そのような医療機関、北部であれば、今、北川病院も入れれば、柿添とそれから青洲会、3つあるそれぞれのところで、少なくともその回復期から療養病棟で、かつ住民の訪問診療までできるような体制の維持をできるように、仮にダウンサイジングしたとしてもそういう風な体制が必要じゃないかと。11月30日の時に、生月の施設の方から北川病院あるいは柿添病院とデジタルベースでのやり取りをやって、患者さんの必要な時には搬送して、また施設に戻ってという話もありました。

先ほど上五島病院の話も出ましたけれども、そのような形になっても、それぞれの地区で、どうしても地域が広いので、生月、中南部、それから北部と、それぞれにやっぱりある程度のコアになる病院があって、かつその地域の住民の方の健康管理ができるような体制づくりが必要じゃないかなという考えです。これは、慢性期以降の通常の住民の健康管理という意味合いでお話ししました。

今日の話でも出ましたし、今回のこの論点の1つは急性期病院に関してですけども、どこまでやるかっていう議論はまた煮詰めなきゃいけないと思うんですけども、やはり1つ、急性期の管理ができる病院はできれば北部にあった方がいいんじゃないかなという風に個人的には考えます。

ただ、先ほどオンラインで、いろんなことができますってお話ありましたけど、実際、僕も子供の心臓の手術をするために20年ちょっと前に長崎に来て、実際にやっていたけど、結局執刀する医者がいなくなると、その後できないと。結局後継者が見つからないとできないってことになりますので、そういうある程度の緊急性も含めた治療はできる、一般的な外科治療処置、緊急処置ができるような施設の確保が必要とは思いますが、もう1つ考えなきゃいけないのは、実際にそういう処置ができる、手術ができる人を長年にわたっていかに確保していくかと、それが1番のネックになるんじゃないかなという風に思います。

実際、その確保を前提として、この平戸地区に1つ急性期病院を確保すればですね、今皆さんが危惧されている、そこに運べば、ある程度の処置ができる。で、そこでトリアージすれば、必要であるならば、日勤帯であればヘリも使えるでしょうし、夜間であっても救急車で佐世保まで30分という風な形もできますので、少しその段階を置いて、二次救急ができる施設を1つつくってもいいんじゃないかなという風に個人的には思っています。

で、これはあくまで、ちょっと言葉悪いんですけども、そういうような施設は、仮に新設が難しいのであるならば、既存の施設を一部というかですね、なんか形を変える形でも可能かどうかは分かりませんが、かつ、その場合に、官民合同というかですね、どうしても経営母体が違いますのでなかなか難しい面はあるかもしれませんが、医師会病院的な形でそういう風な病院が成り立って、で、今各病院で頑張ってもらえる人たちが共同で、かつ県から、大学等々から応援の医師も派遣してもらった上で、その病院の二次救急、二次病院としての医療が維持できるような対応っていうことができれば。

でさらに言うと、先ほども住民の方からの希望もありました、外来だけでもいいので、そこにもしできるのであればですね、産婦人科と小児科と総合診療内科みたいなものの派遣があれば、住民の方の安心度も上がるんじゃないかという風に思っています。以上です。

議長) はい、ありがとうございます。

事務局) 私の方から、欠席の委員からいただいていますので、そのままこれも読み上げます。

まず、論点 1 に関してです。人口の状況から、25 年後には一定やむを得ないと考えるか。

で、これについては、何が一定やむを得ないのか。

特に過疎地域を主とする住民の健康不安とすれば、最小限に抑える必要はあり、サテライト診療所、医療水準の低下とすれば、やむを得ないでは済まされない。最低限、現状の水準の維持が必要。医師会会員各施設の廃業とすれば、地域にそれぞれ必要とされている施設が公的施設存続のための過当競争を強いられた、廃業に追い込まれることなどは言語道断。

論点 2 についてです。そのようにならないために、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内に必要ではないか。

当然必要だと。

論点 3 です。一定の医療機関が必要とした場合、公民連携のあり方をどう考えるか。

少なくとも、この数年の我が国県、市の経済状況を考慮すれば、新設有りきの考え方は、医療関係者の立場、一市民の立場からも理解不能。公民問わず役割分担の上、現状機能の確保を図る。

論点 4。その場合の救急医療について、十分な二次救急に対応できる基幹病院が必要と考えるか、軽症患者のみ受け入れ、それ以外については佐世保の医療機関に搬送するトリアージ機能に特化した 1.5 次救急的な病院で足りるとするか。

これについては、公民問わず全ての患者を受け入れ、トリアージ機能を発揮し、必要に応じ、佐世保などの高次医療機関に生命維持搬送の行為ができることが必要。全ての一次対応、治療可能な二次対応ができ、不可能な二次及び三次への的確な対処ができる二次病院があればよいと考える。

論点 5。将来的にどの程度の規模の病院であれば医療スタッフを確保できるかについては、人口比的に、平戸島北中部に 60 床、田平地域に 50 から 60 床程度でスタッフの移動などの連携が取れば良いと思われるが、本土地域は北松中央病院、松浦中央病院とももはや同一医療圏であり、スタッフの交流をさらに広げることが可能ではないかと思われる。

その他として、この問題を考える上において、一般的に鉄橋ですね、鉄の橋の寿命が 100 年と言われており、50 年先まで見ると平戸は改めて島であるという認識で当たらなければならないと思われまます。以上です。

議長)           ありがとうございます。それでは、いいですか。

委員)           私はまず、医療需要と人材と機能について話した後に、どういう風な病院が必要かという意見を言います。まず医療需要なのですけど、一般的な過去の動向を見ますと、大体大人が 1 千人いると、外来にかかるのが 250 から 300 人、入院が大体 1 千人に 10 人ぐらいと言われていまして、この地区の人口が 2 万人とすると、入院が 200、外来は 1 日あたりで 5 千人ぐらい、1 万から 2 万になるでしょうか。そういう数値がまずあるということをお前提に考えています。

それから次、人材確保なのですけど、特に県北で今 1 番の問題は、医師数が少なくて医療が今賄えてないということだと思っています。なので、やはり以前からも言いましたように、それなりの規模で、学びを持ちながら休みも取れて、充実したその能力を発揮できる体制が必要であろうということです。で、看護師や技術職も、小さい病院ほど学びの力は弱くなると思いますので、ある程度の規模を持って、看護の社会でも認定看護とか専門看護とかですね、そういうことが取れるような医療の形をつくるべきだろうという風に思っています。

次、機能なんですけど、私、やっぱ何よりもまず救急医療は成立させるべきだと思っています。先ほど 1,800 件ぐらいの救急があると言われてましたけど、人口が半減しても 1 千件程度の救急車の搬送はあると思いますので、やはり地域の中核としてはその救急車をほぼ受けるという形でやるべきだと。当然、三次救急、高度な心臓や脳のはきは佐世保の方に搬送となると思いますが、その時の基幹的な中心としてやり慣れた医療をしながらトリアージを行っていくことが必要だと思っています。

では、その医療の機能をどこまでやるかっていうところなんですけど、一般的な 150 から 200 の医療機関であれば、例えば外科の急性腹症の手術とかですね、それから多い肛門の手術とかですね、あとは整形外科の骨折等は必要になってくるんじゃないか。北部に整形外科のドクターはいませんが、やはり将来的な医療の形をきちっと考えるのであれば、そういう医師の確保も検討すべきであろうと思います。

小児周産期の話が出ましたけど、小児科はおそらく今後子供たちの安全管理大事なので、必要になってくると思いますが、非常に県内も含めて国内全部、小児周産期、婦人科、小児科の医師は確保できない状況なので、どうなるかはわかりませんが、その辺りは必要かなと。お産はもう今集産化が進んできています。ですから妊婦さんの健診は現地であっても、おそらくお産に関しては中央でやるべき。佐世保等をお願いしてもいいのではないかという風に思っています。

あと病院の形なのですが、例えば 150、200 の病院つくった時に、運営の仕方はたくさんあると思います。公が公で運営していくのか、形だけ、建物だけつくって民間に移譲、管理委託をさせる。完全に民間ベースもあると思いますけど、私は、こういう人口減少の地域では完全な民間だけの力では無理だと思いますので、何らかの公の形にした、公的病院の形か、管理委託の公的、民間の力を借りる仕組みがいいのではないかと思います。

最後に、県の関与なんですけど、前回の会議でも話がありましたけど、やはり県の関与もぜひいただけるような仕組みづくりをすべきではないかと。今 1 番医師不足で県北がおられるのは、我々離島は県の養成した地域卒の医師が派遣される仕組みができています。なので、ある程度の医師確保はできています。

ただ、県北はそれがないので、今現在、昨年からの派遣が市民病院の方にされるようになりましたが、その仕組みを今後も拡大するためにですね、どうしていったらいいかってことを考えて計画を練るべきではないのかなと思います。以上です。

議長) はい、ありがとうございます。お願いします。

委員) はい。前回はですね、ちょっと欠席させていただきましてですね、大変申し訳ありませんでした。ちょっとキャッチアップできてないところもあるかもわかりませんが、ちょっと意見を申し上げたいと思います。

平戸市の人口減少と高齢化を踏まえてですね、それに対応したその医療提供体制を構築するってということが議論されているのですが、25 年後とかですね、なかなか、かなりドラスティックに変わっていくわけですね。だから、そこまでに考えていくことは、その中長期的、短期的、こう分けて少し考えた方がいいのではないかと思います。今のところですね、やっぱりその救急を全て送るっていうのはやっぱり早すぎるのではないかなと思っております。平戸の方

で対応できるような体制が必要じゃないかなと、しばらくは必要じゃないかなという風に思います。

それで、各医療機関の役割分担のことが言われておりますが、各医療機関の役割分担をしていく。このまま人口減少が進んでいくわけですね。各医療機関が、そのままその人口減少に伴ってダウンサイジングしていくっていうのはやっぱり非効率的ではないかなと思うのですね。だから、今のうちから、役割分担を明確化して、少し効率化を進めていく必要があるのではないかなという風に思います。要するに、急性期、回復期、慢性期、在宅期ですね。この辺の役割分担って少し考えた方がいいんじゃないかなという風に思いました。で、各医療機関が、将来を見据えた上で、役割分担を進めていく必要がある。

それで急性期なんですけど、やっぱり医療機関としてはですね、救急医療は不採算部門になるわけですね。ですから、急性期、救急医療の不採算部門を賄えるということであれば、やっぱり公的医療機関が望ましいのではないかなという風に私は思いました。それで、役割分担を進めた上で、急性期救急を担う医療機関を定めて、そして年期をかけていこうという風なことが必要じゃないかなという風に思います。とすると、必然的に民間はですね、回復期、慢性期、在宅期、それから外来ですね、地域包括ケアとか医療とか、その辺の在宅を担ってですね、在宅医療と訪問看護を中心とした、地域密着型医療を展開することが望ましいのではないかなという風に思いました。

そこでですね、リハビリテーションとか認知症ケア、老年医療の専門性を発揮しまして、介護施設とかデイサービスとの連携を強化して、医療と介護を一体的に提供する拠点として、進化していくのが必要ではないかなと思いました。

そして、医療従事者と介護従事者の確保についてなんですが、医療従事者の確保に関しては、役割分担を明確した上でですね、市内関係施設と連携して、一体となって教育機能を高めていく必要があると思っております。

先ほどお話がありましたけど、今年度、県の養成医が平戸市民病院に来ています。これは、ある程度の若い先生ですので。ある程度アグレッシブな医療が提供できないと、若手が来たがらないんですね。私もその総合診療科を担当しております、総合診療専門研修プログラムにのっている専攻医を、平戸市民病院で研修していただいておりますが、やっぱりその話を聞くと、なかなかやっぱり医療機能、ある程度急性期を診れるような病院じゃないと、なかなか取れないですね。

そういったこともありまして、若手の育成、確保も考えると、急性期機能を残した医療機関を残していく必要があるのではないかという風に思います。

それで、今の平戸市民病院は今紐差にあって中央部にあるんですね。南部に約5千人ぐらい、今いらっしゃるのですね。で、今後そこが減っていくっていうことになると、そこに急性期機能を集約していくというのはやっぱりなかなかやっぱり難しいような気がいたします。ですから、北部の方に、これは民間でも平戸市民病院でも結構なのですが、北部の方にそういう急性期を担えるような医療機関を、人材育成とともにつくる必要があるのではないかなという風に思います。

で、南部の方の医療は、かなり北部まで遠いので、今の平戸市民病院を高機能診療所として残すような形で、そこで受け止める。一旦ですね。そういった形で必要になる、という風に思いました。

平戸市民病院は、高機能診療所としまして、もし移転したとしても、施設を回復とかリハビリとかですね、介護施設とか、そういったので活用していくのが必要ではないかなと思います。

そして、交通事情の話もありましたけど、やはりバスは減便されて、タクシーの事業者が撤退していく。そして、高齢者は、免許返納を迫られるわけですね。だから、なかなか動けないということがありますので、公共交通機関の医療施設への接続を強化して、利便性をやっぱり市として向上させていく必要があるのではという風に思っております。

そしてもう1つは、訪問診療とかオンラインですね。モバイルクリニック。これ五島で今展開しておりますが、もうなくてはならないものとして今社会定着しておりますが、医療マース(医療 MaaS: (Medical Mobility as a Service)「医療」に「モビリティ」を組み合わせることで、医師や患者に選択肢を提供し、医療の需給を調整する取り組み。五島市では、医療機関にいる医師が診療車内の患者を診察するモバイルクリニックを実施)を導入して、そして交通制約を克服するような取り組みも必要じゃないかなという風に思っております。これ、やりようによっては、かなり効率的な医療が展開できるのではないかなという風に思っております。

それと、医療と介護の連携ですね。電子カルテがどの程度ケアされてるのか、シェアされているのかわかりませんが、電子カルテとかケアプランのデジタル

化、この辺を進めて、医療と介護の連携を促進する必要があるという風に思います。

そして、電子化の地域共有システムを導入して、患者情報をリアルタイムで共有すること。それから、定期的に地域医療連携会等を開催して、課題とか成功事例を共有するという風な取組みが、医療、介護、福祉の、市全体としての取組みが必要でないかという風に思っております。その中には、薬局とかその辺も入れた、地域医療のネットワーク化が必要となってくる。

そのネットワーク化に関しては、平戸市が補助して助けていく、育てるという風な形になっていくという風になるのかなと思います

議長)

はい、ありがとうございます。

私はですね、委員ではありますけれども、基本的にはこの委員会をまとめていく立場にありますので、個人的な意見を申し上げるというよりは、感想も含めて、皆さんの意見を伺って、まとめたことを申し上げたいと思いますけれども。

この委員会の議論としては、今後ですね、今話し合われた中で、救急体制の再構築っていうものはですね、いの一番に、きちんと確立していかないといけないということだということにおいては、皆さんの意見は一致していたのかなという風に思います。それから、この平戸島の北部あるいは県北っていう意見もあったと思いますけれども、基本的には、その救急機能も含めたセンター的なものが必要ということにおいてはですね、多くの方がそう言われたかと思いますが、その中で、公と民のあり方、あるいは誰が、どういう責任を果たしながらやっていくのかってところが、今後の議論が必要となるのかなという風に思いました。

それから、生月病院の将来に関しましては、病院なのか診療所なのかっていう議論があるのは当然なのですけれども、まず最初にやっぱりどういう機能を残すべきかというところを議論した上で、その中でどういう病院あるいは診療所になるのかって議論がいいのかなという風に私は感じたところでございます。

私の方としては以上になります。

それでは、続けて議論でよろしいですかね。では、様々な有意義な議論、意見が出たところで、まず質疑あるいは委員会で出なかったことでもよろしいんですけれども、自由討議の形でやればいいのかという風に思いますので、何か今出された意見についてご発言ありませんでしょうか。



事務局) 1点だけ、確認なのですけれど。一定の公的医療機関なり民間なりで、民間とおっしゃってないかもしれないですけど、急性期から慢性期までこうきちつとやれるような病院が今後必要じゃないかということがあって、その場所を県北っていう風におっしゃったのですけど、市の北部じゃなくて県北ですか。

委員) 市の北部ですね。

事務局) 市の北部ですね。委員長のとめでも県北という意見があったと思います。今のは確認です。以上です。

議長) 市の北部は田平もあるし。

委員) イメージ的には、要するに全体を見ていく。そういう枠組みが必要じゃないかな。

委員) 1点、議論と皆さんの意見を聞きたいなと思うのが、その例えば平戸島の南部から中心街まで60分ですよ、宮の浦から。生月の一番北部の大バエから40分ぐらいですよ。すると救急を運ぼうとすると、橋を超えていくと1時間超えちゃいますよね。だから、そのそっち側の病院がいいのか、島側の病院がいいのか、その感覚っていうのは、皆さんはどう思われたりしているのでしょうか。

で、逆に言うと、松浦と北松中央の話が出ましたよね。田平から行くともう15分、20分で行くわけですよ。なので、どの辺りにどういうもの、先ほど話を聞いていると、それ中核的な病院が必要っていう意見が私は多かったと思うのですが、その辺の位置取りとか含めたところの考えっていうのはいかがなものでしょうか。

議長) なんか言いたいことあるんでしょう。

委員) やっぱりね、住民の合意形成しながらでないとなんとも言えないところがあるのですよね。実際に人口のこれからの、人口重心という形でね、重心がどんどんどんどん北の方に寄っていくって言っていましたよね、年度ごとに。そうすると、本来はそこに合わせたところに、人口重心が重いところ、近くにあった方がいいですよ。だけど、これはやっぱり住民とのすり合わせが必要なので。消防隊との議論も。そういうところですよ。

委員) 私はですね、その急性期を例えば県北でやっていくという、その急性期とは一体どういうものかというのがちょっと分からないのですね。今、心筋梗塞とかで運ぶとなれば、もう佐世保、今、北中では心カテとかしているけども、通常はもう北中は救急受けないので、佐世保まで今運んでいますし、脳出血が脳梗塞でも、ドクヘリかあるいは救急で運びます。

それ以外はですね、そんなにまで急いでどうこうせないかんっていう救急は、よほど大きな高エネルギー外傷（高いエネルギーが加わって生じた重篤な外傷のことで、高所墜落や自動車事故など）とかあればあれだけでも、年間通じて我々のところで、救急医療懇話会（市内の救急告示病院の医師が検証医として症例について検証する、消防と市内医療機関が実施している懇話会）で検討していても10を下回ると思うんですね、そういう事例というのはですね。

だから、そのために箱物をつくったりですね。それで、よほどの施設がないと、心カテとか、以前私たちの病院で心カテしていましたけども、100例ぐらい心カテを年間したのですけども、維持は非常に大変です。結局、循環器医が不足するってことで、九大から引き上げたので、心カテはしなくなったのですけども。心カテをするのは簡単ですけども、それから治療に入るとなると、やっぱり2人以上循環器医がいけないので、いずれにしても佐世保まで送らないとどうにもならないですね。

それ規模の病院を平戸が持たなきゃいけないっていうことは、現状の救急状態から考えても、僕は全く必要ないのじゃないかなと思うのですが、いかがですか。平戸は9割が自分のところで救急体制を取っていて、1割が佐世保に運んでいるっていうその1割がそうだと思います。

死亡原因で心筋梗塞が多いと書いたのは、この前ちょっと医師会の方でも話したのですけども、安易に心筋梗塞と書いてはいけないのは、検案とかしてもですね、我々ついつい心臓を「し」って書かずに心筋梗塞とか書いてしまうのですね。そうすると心筋梗塞が増えるので、実際の統計上ですね、急性期の心筋梗塞で亡くなっていったのは、去年1年を通じても、我々の病院で、これ心筋梗塞で運んで助かったのはっていうのは1例か2例ぐらいしかないですね。

だから、そのために病院を市がつくるっていうのは、どうも考えられないと思うのですけども、いかがなものでしょうか。

議長) 今の議論は、先ほど私も申し上げましたけれども、どういう機能が必要かというですね、平戸市としてどういう機能を残すべきか、というあたりから考えていくのかなと思いますけれども。そういうことも含めて何かご意見があれば。

委員) 我々が今島でやっている状況からお話ししますと、孤立した島ですぐに搬送できないので心臓とかやっています。

ただ、例えば心臓のカテーテル治療が年間 100 何十例とか、ある程度の数をやれてないと、ドクター、それから看護師、スタッフの部分も含めてですね、維持できないですね、技術レベルですね。ですから、そういう中でやっています。

ただ、平戸は陸続きということを見ると、搬送が容易にできますので、インフラを進めなくちゃいけない、人を確保しなくちゃいけない、維持しなくちゃいけないということを見ると、必ずしもやる必要性はないのじゃないのか。むしろ的確な診断と早い搬送。

脳の病気もそうだと思います。脳梗塞の場合は、今、血栓溶解療法（心筋梗塞や脳梗塞など血栓が原因の疾患に対する治療法）っていうのがあるんですけど、それはですね、やっぱ 6 時間未満に治療しなくちゃいけないのですが、合併症は、脳外科の施設じゃないとできないので、例えばこの地区でも、すぐに導入するのは難しいにしても、搬送を前提にやれば高度医療ができますので、心臓とか脳の手術関係に関わる三次救急、高度医療ですね。

それから、先ほど柿添先生が言われたように、全身の外傷とか小さな子供のちょっとした応対、そういうのはやはり搬送の仕組みを使われればいいのじゃないかと思います。

ですから、一般的なよくある病気の治療をやれるというところが 1 つの病院の機能としてあるべきじゃないかと思うので。二次救急という意味では、高齢者の肺炎とか心不全の治療とかですね。それから、先ほど言ったよくある急性腹症とか胆石とかヘルニアとかという外科の部分です。それと、もし可能な形ができれば足の骨折とか手の骨折をします。

ただ、脊椎とかなってくると大きな手術が、でも搬送というような形でいわゆる二次というよくある地域のための医療ができる仕組みをつくらればいいのじゃないかと思います。以上です。

議長) 今の話題に関して何かご発言は。

- 委員) 先ほど 1.5 次規模の病院っていうようなこと、ちょっとお話があったんで、それが今言われたそのクラス。
- 委員) 全ての手術が入ると、1.5 っていうより、二次という風に我々は言っています。1.5 はもっと少なく、手術をしないと、もっとさらに縮小される。1 次っていうのはもう外来だけです。ですから、1.5 次の私のイメージは、例えば高齢者の肺炎を 1 週間点滴で診るとか、心不全の治療のために 2 週間入院というようなもので、外科的なものが入ってくると、やっぱり 1.5 っていうよりも二次になってきます。
- 委員) 今、話が出ているその、心カテとか脳とか、そんなのはもう高度専門医に行っているんじゃないかと思うのですけど。専門医を維持するのはですね。今は、皆さん頑張っていて、救急医療が成り立っているわけですね。で、これを維持しないと行けない。その論点が一つ。
- 議長) 消防の中で、先ほどからその 90% は島内で、市内で完結一応していて、10% ぐらいは地域外に送らないとという、やっぱりその辺が、その心筋梗塞、脳卒中、結構ひどい交通外傷、そういうことになっていますか。
- 委員) そうですね。専門外とか処置困難とか、そういった分が市外に搬送する件数が多いです。あとは転院搬送とかですね。一旦収容してもらって、それから市外に搬送するっていうケースがあります。
- 事務局) よろしいですか。今 9 割っていうお話があったのですが、市内の医療機関で診れる、処置できていると。8 割です。それでも非常に県内、特にこの地域では高い方です。8 割も診れてる。
- 議長) はい、ありがとうございます。
- 委員) 先ほどおっしゃっていましたが、今から 20 年後とか話し合ってもなかなか難しい訳ですね。やっぱり物事にはやはり目の前があって、その先があるわけですから。例え 10 年後とか 10、20、そして 25 という風な、中期と短期を混ぜて、目の前のことをまず 5 年後と 15 年を 25 年、こんな感じで整理していかんと、いきなり 25 年に向けてどうだろうかなんて言われてもなかなか難しいし、私たちも地域代表として、残してくれというのものもあるわけですから、何を言えばいいのかっていうジレンマに移りますから。

とりあえず短期的あるいは中期的な絵姿というものを、こう病院さんもおりますから、そういったものをちょっと整理していく中で、ちょっと議論へ乗せてはどうかと私は思います。

一つだけ、教えていただきたいのですが、なんか五島の方で医療バスを導入しているってこと、先ほどおっしゃってたんですけど、どういう風な形で呼び出されてのかな。

委員) 五島がモデルでしているのですが、高齢化が特に進んだ小集落が点在している訳です。これはおそらく他の離島も、山間へき地もおそらく同じような感じだと思います。で、その患者さんたちは、医療へのアクセスが非常に困難なのです。先ほど申し上げたように、バスは減便されているんですね。タクシーの事業所は撤退しています。タクシー呼ぶだけで金かかるっていう、そういう状態、そういう状況です。それと免許の返納が迫られてですね、免許返納せざるを得ない。途端に医療へのアクセスが困難になってしまう。

そこでオンライン診療を考えたのですが、やっぱりその ICT のリテラシー（デジタルデバイスやソフトウェアで、業務におけるさまざまな用途に活用できるスキルのこと）の問題で、やっぱり高齢者はなかなか馴染まないですね、使えないのです。

しかし、ドクターや看護師がサポートすると、ドクタートウペイシェントウィズナース（Doctor to Patient with Nurse。オンライン診療の形態は、医師がビデオ通話などを用いて直接患者を診察する「D to P」型が主流だが、これは医師が遠隔で看護師（Nurse）に指示を出して患者に処置する「D to P with N」型）です。ナースがサポートすると、見事にうまくいくのです。だから、トヨタのハイエースを改造しましてですね、これデジタル田園都市国家構想で獲得した車なのですが、そこをカスタマイズして、そこに医療機器とナースを乗っけるわけですね。それを各集落に配送させて、そして通信機器を積んでますので、それでオンライン診療をさせていくというやり方です。そうすると、患者さんはあまり動くことなくですね、もちろん3か月にいっぺんはですね、対面で診療するっていう前提ですから、それで診療しています。

ナースが乗っていることで、医療情報もかなりの確に取れて、召見もでき、助かっている。徐々に利用者が増えてきた。

議長) それは制度的には確立しているのですか。

委員) 実は、医療法と事務通達に一部やっぱり整合しないところがあり、医療法に抵触するっていう風に指摘を受けたこともあります。そこで、どこまで言って良いのかわからないのですが、大学の改革推進のワーキンググループが立ち上がり、そのモデルとして五島で使われている。どうも厚生労働省はオンライン診療をする新たな枠組みを今つくろうとしているという風に思っております。

議長) それは救急医療というよりは、離島診療の負担の軽減みたいな形ですか。

委員) そうです、最前線の医療になります。だからそこに民間の医療機関の看護師さんが乗って、周りはずっと巡回している。民間の医療機関がその部分を担うと。便利になります。救急というのは、また別の考え方です。

委員) ありがとうございます。

委員) 色々なそういう医療サービスをやっていく中で、スタッフの確保っていうことなのですが、割と長崎の離島というのは大学なり県なり、そういうところからのスタッフの確保ができるっていう中で、やはりこういう平戸地区っていうのは非常に、私、青洲会 10 名の医者を今回できたのですが、やはり高齢であるということ。それから、色々若い先生を呼ぶにしても、やはりその指導体制っていうのですね。こういうものが構築されていないとやはり大学なり県内で応援がいただけないということで、非常に、医者ばかりじゃなくて看護師の問題、それからその他のメディカルスタッフの問題っていうのは非常に苦慮してるところなんですけど、そういうところで、離島の中でのスタッフの確保というのは、なんか色々やっている取組みがあれば。

委員) 医師の確保は、先ほどお話ししましたように地域枠という制度が今あって、長崎大学に地域枠 b という県の奨学金がつく医学部生が 15 人おります。1 学年です。それ以外に、岡山県にある川崎医科大学という民間の大学なんですけど、そこに 6 枠あります。あと、皆さんご存じの自治医科大学とていうのは栃木にあるのですが、それも都道府県がやっている大学で、そこに 2 名の枠があるので、全部足しますと、15 足す 6 足す 2 ですね。だから、22 とか 23 の医師が、毎年医学部で確保されているのですね。

彼らが卒業してきて、初期臨床研修を行った 3 年目にはもう離島に派遣される。それに則って今回市民病院の方に派遣された訳ですけど。そういう県の

諸各制度があつて、その学生さんたちをも日頃から、毎年1回は離島に来させて、地域の医療の現場を見せて、今こういう医療をやっている、指導医はこれだけいますよという、医療の質もありますよってことを教えた上で、将来、迷わずに、学びながら島の地域でやれる仕組みっていうのをつくっているというのが1つ今うまくいっているところですよ。

離島は上五島が1番小さくて、1万7千人くらいです。で、五島市が1番大きく、4、5万くらいですね、4万ちょっと超えますね。で、そこに150から300の病院があつて、医師数が少なくとも25人から40人程度いますので。

医師の場合の教育って何事もそうですけど、屋根瓦方式と言ひまして、上級医が中級医を教へて、それが研修医に教へてつていうような、こう階段があるのです。そういう教育システムを上手につくり上げてきたつていうところが今の現状だと思ひます。

コメディカル、他の看護師、レントゲン技師、検査技師等に関しても奨学金制度が実はありまして、看護師は離島の企業団病院では各病院が4名ずつの奨学金を持っています。この奨学金は3分の1が、病院が出している。3分の1は市が出しまして、3分の1は県が補助金として出してくれます。それによつて看護師を確保しながら、若い看護師が島で働ける仕組みづくりと、それとやっぱりもう現場がどういふ仕事をしているかアピールですね。SNSとかで。で島でもこういう、これだけの看護ができます、これだけで勉強もできます、こういういいところがあります、きついいところもありますつていうのを情報発信してですね、多くの方に島に来て色々やつていただけるような仕組み、努力をしているところですよ。今のところ当院も看護師不足は、ということもあり、なんとか対処できつつあるという状況に来ているとそういう風に理解をしています。

平戸は逆の陸続きな分はですね。いや、僕はそういう意味では、島よりも有用性はあると思ひますよね。ぜひ、やはりこの平戸の医療のとか、自然の中で美味しいもの食べながら働ける環境ですとかですね、こういう在宅看護ができるとかですね、医療ができるとかですね。というところの情報をもっともつと発信されればいいのではないかなと思ひつています。以上でよろしいですか。

委員) 私立病院としてですね。ただ、うちも地域研修とかをこう支へて教育をしていますけども。その地域枠の医師とかですね、それから公的な補助がかつた

看護師とかですね。公的な病院にばかり配分するのではなくて、例えば救急で言えば、本市では柿添病院が1番受け持っている訳ですから、そういったところにも配置を考えてもらえればと思います。

前もちょっと話しましたが、病院に関しては非常に公的な縛りが多いわけですね。保健所長がおる中で言うのも問題があるかもしれないけど。その縛りに合わせて、私立病院はなんとかこう経営をやりながらやっていますので、公的な資金とかですね、公的なそういう人材派遣とかもですね。公立病院だけによるのじゃなくて、私立病院でもその地区で貢献しているところがあればぜひ配置させてもらいたいなと、夢であるかもしれないけども、思います。

議長)

県が養成をして、離島の医療を支えるということが、現場の努力もかなりあって、うまく回り始めているってということだったと思うのですけれど。ぜひ、いわゆるその離島以外のこういう山間へき地とか、色々なところで頑張っている人達がいる訳ですから、なかなか、義務年限が終わった後の人たちがこっちに来てくれればいいのに、なかなかそれが来てくれないっていうか。

そうすると、もうちょっと若い時に教育をしている段階の人たちを交流しながら、先々あそこやったら行ってもいいよねみたいな人が育ってくるといいなと思いますので、ぜひその教育システムの中に踏み込んで、こういうところでまとまったことがある程度できているわけですから、そういうところもその枠の中にですね。そこはもう市民病院だけじゃなくて、柿添病院だって、僕らコンソーシアムっていうのをつくって、島内で青洲会や柿添さんたちと一緒に研修、教育をやっていた訳ですけども、その研修後の平戸市の枠組みをつくっていただければですね。そういうものとして、こう人材教育の一端を担いつつ地域医療を支えるという形もあっていいのだよなと思いますので。ぜひ、今後の課題としてですね、そういうのができればいいなと。

ちょっと論点がずれたかもしれませんが。何かありますか。

委員)

いや、まさにその通り。論点がずれているのじゃなくて、やっぱ医療人材の確保っていうことに関してはですね、育成、教育を絡めた医療人材の確保って非常に重要だと私は思います。そうじゃないと、ドクターは来ないんですね。教育体制が整ってないと。医学部を卒業して、初期研修、臨床研修を2年間やって、それから後期臨床研修、専門研修をやる訳ですね。専門研修が19領域である訳です。外科、内科、産婦人科、診療科、総合診療ですね。この19領



域があります。その19領域の専門研修をするためには、体制が必要で、それは専門研修プログラムとして認められてないと成り立たない訳です。そういう専門研修プログラムが成り立っていないところに若手は来ないのですね。そうすると、やっぱりそこにブランクが生じてしまう。

調先生たちがやられているのは、初期臨床研修医に対する研修を精力的にやられているんですけど、専門研修医がそこで途絶えてしまうっていう訳です。数年前から平戸市民病院の方にお世話になって、総合診療の専門研修プログラムを動かしてもらっています。そこで、今5人ぐらいが平戸市民病院で研修をさせていただいているというような状況ですね。これをぜひ維持していただきたいと思うんです。そのためには、急性期、回復期、慢性期、在宅期のセットがあって、そしてそこに教育体制が整っているっていう状況じゃないと、なかなか維持ができないと私は思っております。非常にいい教育フィールドだという風に思っております。

議長) 今のお話は、その拠点病院のイメージとして、救急体制だけではなく、在宅医療や福祉までこう学べるような病院がいいんだという風なお話。

委員) そのなかなか機能的なパッケージが整っているところはそんなには多くないです。

委員) 今言われたその19の診療の専門科があって、そのプロモに乗って若い人が成長している訳ですよ。そうすると、その指導医になれるのが専門医を取った上の先生方なので、卒後5年から10年、15年というところなんです。だからこの先生方が居れないと、来れないという訳です。総合診療に関しては色々あるんですけど、その他の科にあるかっていうと、内科は少しあるかもしれませんが、外科とか整形とか小児科、婦人科があるかっていうと無いんですよ。ということは、イコールその病院に若いドクターは行かないっていうことです。

先ほど中規模病院って皆さんが言っているのは、例えば外科とか内科とか整形とかの指導医の先生がいれば、若手は来る訳ですよ。研修ができるから。ですから機能の規模もあるんですけど、この医師の教育という規模を大事にすべきじゃないかっていうのは、実は私たちは考えて言っていることでもある。

ただ、総合診療の学びってというのは、先ほど言った大きな病院がしづらくて、むしろ平戸市民程度の病院が、在宅もやって、救急もやって、子供もいて、高齢者も診て、いいフィールドなのですが、じゃあ他の科の専門家がいるかっていうとそうではないので、なかなか医師確保が、その総合診療部門ができても他が難しいということですね。

議長) 先生が前おられた上五島病院は、そういう意味では人口的には平戸の20年後。

委員) 今1万7千です。でも、内科、外科、小児科、婦人科、全部いるんです。だから、その若手が来るので、今25、6人の医師が逗留しているんです。そういうのを歴史的につくってきた訳ですけどね。昔はもうそれこそ同じ150の病院に10人も医者いなかった訳ですけど。僕は20年かけてそういうことも積み上げてきて今があるのです。

ですから、平戸がこれから20年かけて積み上げていただきたいと思うのは、その学べるそういう仕組みづくりを考えながらどうしていくかが大きなテーマじゃないのかなという風に私は思います。

議長) 小児科と整形と外科、婦人科、総診内科。

委員) 救急も関連しています。だから救急科という独立専門性があります。その連携施設にもなる。

議長) はい。他に何かご意見ありませんか

委員) 繰り返して、もう11月の30日の日の話をしたんですけど。医師少数地域で働いた経験のある医師を認定する制度っていうのが2020年からできていると思うんです。これはどういうものかという、医師少数地域で働いた者が6か月間働くと、それを認定するという制度なんですけれども。

医師少数地域っていうのは、医師少数県で働いた者、ないしは医師少数スポットで働いた者という風に定義されています。長崎県のドクターがこの認定制度を取るためには、東北等の医師少数県に行くか、あるいは平戸市民病院に来るしかない訳です。これは通知として、日本医師会が、これは公立病院が地域医療支援病院の院長になるためには、その資格を持ってないといけないということですから。

で、これを日本医師会が公的病院まで広げるべきではないかとか、あと自治体病院協議会が6か月を1年に延ばすべきではないかとか、そういった提言がされています。ですから、このことをもう少し大学病院の先生等にですね、周知していただけたらですね。

結局、将来、地域医療支援病院の院長になるということは、教授を経由しないといけないわけですから、教授になるためには1度へき地で働かないといけないと。そういったことをもう少し周知できないかなと思って、大学病院の先生にもですね、周知していただけたらなと思っています。

委員) 若手の医師がですね、将来的にその地域医療支援病院の院長になりたいと思って、切実にそのニーズがなかったですね。なかなかちょっと難しいところとか。

委員) 教授になりたいという人はもう減っているってことですか。

委員) 教授じゃなくてですね、地域医療支援病院の院長。

委員) 地域医療支援病院の院長になっている人って、ほとんど教授経験者ですよ。今現在。

委員) そこにこうなりたいと、教授になりたいって人は一定数いるかわかりませんが、地域医療支援病院の院長になりたいってなってる人は。

委員) でも、この制度をご存じない先生方が多いのかなと思うので。はい。もう少し広めていこうと思ってはいるんですけども、大学病院の先生方、医師が少ない少ないっていつもおっしゃるんですけども、医師多数県であるっていうことを忘れてらっしゃる先生がたくさんいてですね。第8位ですよ、医師の数は長崎県。

議長) いわゆる地域の中核の中心になるべき病院に対するイメージについては、いくらか議論ができたかなと思います。

あとですね、先ほど私申し上げましたけれども、この委員会の医療供給体制っていうことでいった時に、例えばその平戸市民病院の話をちょっとどなたかおっしゃいましたけれども、将来の医療を支えていくということにおいて。そういうですね、生月病院もそうですし、市民病院が今後その中南部地区

ということ言えば、どういう医療が求められ、どういう医療機能が求められるということについて、何かご発言があればと思いますけれども。

ぜひ僕が聞いておきたいのは、2つの離島の院長をされた八坂先生ですけれども、奈良尾の病院を診療所化をされて、当時は地域の反対がいくらかあったように記憶しておりますが、あるいは対馬の医療を構築するにおいてもですね。南北80キロでしたっけ。宮の浦の倍ぐらいの距離である中で、全体の島を支える医療のあり方を実践しておられる立場ですね。結局、上対馬病院は1個残してありますよね。その辺の考え方や機能も含めて、どういう機能を付与してどういう風にされてきて、結果として上手くいっている点、いない点あたりが何かあればですね、ご発言いただければと。

委員)

上五島の方が、今1万7千、私がいる時2万5千人ぐらいだったのですが、病院が3か所あったんですよ。1か所が150床、残りが50床と60床です。150の病院は機能を強化したいので186まで増床しまして、15年ほど前にですね。それで、医師数が20人ぐらいでやっていました。

ところが、両側の50、60の病院っていうのが、やっぱりドクターが行きたがらないんですよ。医者数3人とか言われます。週に2、3回当直をしなくちゃいけない。それから、指導医は院長しかいないので、なかなか学べない。なので、皆さんがもう敬遠する。その人事配置をしても、あそこはなるべく、行きたくないと言う風な感じですよ。じゃあ、実際に医療機能どうかっていうと、確かにCTもあって、一時期手術もしていたんですけど。手術は月に2、3回しかないとかですね。もう数もどんどん減るもんですから。

そうすると、平成21年ですか、もう15年ぐらい前の話なんですけど、このまま行くと多分共倒れするよなと思ったので、病院に人を集めて、看護師も含めてですね。2つの病院を3年ぐらいで診療所にしてしまいました。

もう外来だけです。1か所所有川というところには、透析があったから透析もしたんですけど、その代わりやったのが、外来の強化です。以前病院の時には内科と外科の先生しかいなかったんですけど、小児科、眼科、整形外科の先生を週1回派遣しました。そうすると、地域の方々は、わざわざ30分40分かかって本院に来なくて、現場で注射していただいて、ケアしていただける、在宅もやるようにしました。

その町で在宅をやるとなると、救急入院は病院まで30分40分かかりますけど、普段はその診療所で診てもらえるわけですよ。もうバスもなくとも歩いて来られる人もいっぱいいます。それが実は皆さん便利じゃないかって

ことを私はお話して、反対もありましたけど、結論から言うと、幅広い外来ができるようになったので、高齢者には非常に逆に喜ばれたっていうのもありますし、本院の医療機能があげられたので、よく働いてもらっています。

対馬に関しては、実は国立病院と離島医療圏病院が2か所あったところがですね、190と150です。それを分散していたのですよね。で、これも救急の仕事とかは、1か所に合併して275にするとうちの病院は今30数人いますけど、各科のドクターが総合診療ができるので、夜の当直1人でいいですから、月々の当直って2回ぐらいしかしなくていいのですよ。ただ、緊急手術がある時ですね、緊急カテがある時は皆さん集まってくるのですけど。それで非常に働きやすい中での100%の救急医療を。

ただ1点、対馬の北部にですね、今でも車で1時間20分かかる地区の病院が60床あって、そこは救急を、それを無くすと救急車が2時間近く走らなくちゃいけないので、やっぱり命を失う可能性が出てくるので、必要と判断して、今も60床で医師4人でなんとかやっている。そこはもう手術はしていません。もう内科系でやっています。その代わり在宅、訪問看護ステーションやっていますし、老人ホームにも行きますし、学校保健もしますし、産業保健もしますし、様々なことをやっています。

ですから、僕は平戸の方もそうあるべきじゃないかと思っているので、平戸の中心地区に病院ができるのであれば、生月病院と平戸市民病院は診療所にすべきだと思います。その代わり、毎日きちんと外来をやりましょう。それから、もし医師が確保できれば、先ほどは話が合った小児科と整形とか婦人科とか、可能であれば考えてもいいのかな。佐世保にいる先生が、月1、2回なら平戸でやってもいいですよって人も中にはいます。外来だけだったら、朝来て夕方帰る。そういう仕組みを我々つくって、そういうのもぜひ活用されれば、外来の部分の診療はですね、ある程度質が上げられる、むしろかかりやすいところになっていくんじゃないかと思います。以上です。

議長) はい、ありがとうございます。何かご発言あります。

委員) だから、その基幹っていうのですか。事業計画を1つ作ってみて、その中で意見を1つ求めるっていうのも。なんか今、全然海のものとも山のものとも分からない中でしているの。そういう、例えば上五島病院を平成21年ですか

ね、企画されて。そういう事業計画が出ていましたけど、それが150床で60億ぐらいの事業計画。だから、そういうのを1つつくるとすればということで、具体的に設計図じゃなくて、大体の青写真を1つつくるっていうのもどうですか。その中で機能をどうするかっていうのを考えられるのか。

議長) この議論の次の展開としてはですね。1個の叩き台だけじゃなくていいと思うんですよ。いくつかの叩き台をもう少し紙に落としたものが出てきて、さらにもう1回この議論をするっていう感じですかね。

委員) よろしいですか。

おっしゃったような五島とかですね。そういう地区は、私立がそれほどこうない病院ですけども、平戸の場合は、私立病院が結構あって、そしてその病院がその診療所的な仕事もしているんですね。で、かつ、もう私立病院にセカンドジェネレーションの方が戻ってきているから、若返りも図ってきてるという状況です。

だから、今このあり方検討会でどれを何を議論するかっていうことであるとなれば、その医療費をどういう風な形で使っていくかってことを考えると、いわゆるこういう私は今日Webで参加させてもらいましたけども、Webとかで大学と結びついて、専門的な意見を聞けばですね。北川病院なり谷川病院なり、塩澤先生のとことか、その意見をそこから聞いて、トリアージもできるし初期治療もできると思うのですね。だからそういうオンライン化、デジタル化をこちらの医師会病院とかの方に、補填していただければ、新しく病院をつくったりするという方向は、考えにくいんじゃないかなと思うんですけども、いかがなものですかね。

議長) どなたか意見ございますでしょうか。

委員) いいですか。はい、私から質問なんですけど。今民間の病院は4つあるんですかね。みんな中規模ですよ。

委員) そうですね。はい、

委員) 110ぐらいの。これが、今後人口が半減すると皆さんが半分ずつに減らすのかってことですよ。それは、僕は形上は非効率じゃないかと思っています。むしろ民間同士が合併するとかですね。

委員) それは民間で、それなりに皆さん考えていると思うのですね。だから、私が言いたいことは、民間に公的資金を援助してもらいたってというのが基本的な考え方ですね、私のですね。なぜかという、我々がやっている医療っていうのは、あくまでも、いわゆるこう商業的にやっているっていうよりは、どちらかという地域に貢献しているっていう形でやっていますから。公的な資金をいくらかこう正規の分配でもらっていけば十分やっつけける技能はあると思います。

委員) それ。それで、私が思うのは、その規模の中規模から独立していくよりも、その4つの病院で集まって何かをやった方がいいんじゃないか。

委員) 先生ですね、地域と言っても結局こう距離がありますから、田平と平戸、近いような感じがしますが、割と高齢の方にとっては通勤でもやっぱり大変なんですね。だから、私のところで手術をしたら(元の病院へ)戻して、もうもうあとは診てもらってという喜びます。今そのタクシーもないような地域でですね。どうやって行くかっていうと、もっと歩いていけるような距離とかですね、今後も5分で着くようなところに病院があった方が、より効率的だと思いますが、いかがなもの。

委員) 私も、それはもう今ある診療所機能、病院じゃなくてもいいのですけど、診療所でも病院でもいいのですけど、今ある機能は残すべきだと思います。ですから、先生が今言った、手術は先生のところでやるけど、外来のフォロー、術後の管理は、そちらの病院の外来で行うというのは全然問題ではない。その中でその4病院がどうこの平戸の医療をつくるかというそのデザインなりをですね、先生たちも、医師会でもいいですけど、出していただいて、それに皆さんが賛同されればそれもありませんかと思えます。

その時には、市なりが、ちゃんとした後ろ盾としてお金をどうするか、どこまでやるのかっていうところを検討しなくちゃいけないので、多分、1医療法人と、県とか市がやることはないと思うんですよね。医師会とか。

委員) そうですね。医師会と分配する形ですね。今、その救急担当もこう回していますけども、それも結局医師会で回しているわけですね。で、その回ったところにそれぞれの補助金 coming in っていう形を取っていますけれども。そういう担当のお金を回すような形で、各この地区でこれだけの医療を行うんだったらこれだけの補填をすべきじゃないだろうかっていう風な公的資金を回していただければと思いますけど。

- 委員) 医師会立とかであればあり得るんじゃないですか。
- 委員) そうですね、医師会立という考え方は、なんか箱物をつくるんですけども、その箱物をつくる時代じゃないのじゃないかなと私は思うんですけども。
- 委員) なので、私が言いたいのはそこをですね、例えば4か所あるところの1か所は100ぐらいに大きくするけども、他は病床を無くすとかですね。
- 議長) だから、先ほど申し上げた形を、たたきをつくって何種類かですね。で、次の議論にしたらどうかっていうのはそういう意味なのですけど、それはもういわゆる公設民営の形でもあるし、医師会立っていうと、こういう形もあるということもありますし、あるいは民間は民間のままで生きていく道を探りながらですね、公的な色合いの強い病院を中心につくるとかですね。いくつかの具体的なその議題の中で次の議論に行ったらどうかという風に思いますが、いかがですかね。事務局の方はいかがですか。
- 事務局) あくまでもですね。事務局の叩き台ですよ。そんな根拠は持たせられないので。例えば基幹病院を1つ作る、あとはその後方支援病院に回るとか、そういったモデルが1つ。これどこにでもあるモデルなんですけども。それとか、民間と公立と1つなのか2つなのか、中規模のまま残して、他をそういった協力病院とか協力医院にするとかという案を3つぐらい例えばつくってご提示することは可能です。
- ただし、これはあくまでも、その中のどれかを取ってくださっていう風な話ではなくて、議論をするときに具体的なモデルがないと議論できないってことであれば、そういうのをつくるのは可能ではあると思うんです。元々、次回か次々回ぐらいに、さっき長期の話だけしても具体的な議論がしにくいってご意見が、自治会の関係の方からありましたけども、元々、生月病院と市民病院をどうするかっていうのを、この後で、それは5年後だったり、10年後だったりの話なんですけど、そこをする予定だったので、その時に具体的な話はできると思っていました。
- でも、それを議論する前にもう1回、その20年後とか、それぐらいの先の最終的なあり方、絵姿を例えばってことで、3つぐらい示すことは可能だと思います。ただ、どの程度かってことはありますけど、例えば、これぐらいの規模の病院をつくるっていうことであれば、例えば上五島病院であるとか、そう



いったところを参考にしながらこうやっていくとかですね。それは可能だと思います。

委員) 公と民が平戸市にはあるので、どちらかというモデルを探すならやっぱり壱岐だと思いますね。壱岐の公立病院と品川病院でしたかね。それが壱岐の人口はいくらぐらいですか。2万切っていますかね。

先々の壱岐の人口に近づいていくわけだから、そこがまだ公と民が、民が公を吸収する訳でもない、公が民を吸収する訳でもない、お互い独立してやっている訳ですから、そこらへんが手本になるんじゃないか。その先壱岐は壱岐で考えるのかもしれないけど、かなり人口の減少から見れば近づいてきているので平戸市も。で、1番いい形態をですね、探っていければいいんじゃないかなと思います。

事務局) よろしいですか。

今後の視察先として、2か所ほど考えていて、1つは診療所化等のモデルが1番適切じゃないかなということ、上五島町。上五島病院とか関係の病院、診療所。そこを1つ視察先として考えていて、もう1つは民間の医療機関と公的な医療機関がそれぞれ共存している、協力しながら共存している壱岐地区、この2つを視察先として今検討しています。その中で、もう私どもは、事務局としてはそれぞれの病院にお訪ねして、いろんな資料ももらってきていますので、壱岐の民間の方も、品川病院さんと光武病院さん。光武さんは救急をやっていますから。それと県立の病院。そういったところの2つの例を、これだったら全く当たり障りもないので、創作ではありませんから、ご紹介することによってよろしいですかね。どっちにしろ視察することになるだろうと思うので。

委員) 平戸市立の病院、これはいろんなデータも出してもらって、我々かなりイメージできるんですけど、医師会の方ですね、医師会総体としてのご意見っていうのはあまり、正式に聴かれる機会があんまりないんじゃないかと思います。今後の方針、その辺をちょっと勉強させていただければなと思います。

議長) 医師会長もメンバーです。

委員) いや総体として今後どう進めていくか。総体としてのプランを。

事務局) よろしいですか。柿添院長先生ですけど、医師会長さんでもあられるので、本来なら医師会というのを置いておけば、4つの救急病院の院長先生で、平戸の医療機関ってことで参加していただくと思っていたのですが、あえて柿添圭嗣院長の方から提案があって、要は医師会としての立場で発言をしたいと。一病院長じゃなくて。一病院長としては副院長の柿添三郎先生の方が代理で言うからということで、一応医師会長との発言だと私どもは考えています。

委員) いやいや、もちろんそうなんですけど、その医師会としての具体的なそのプランをですね。先ほどおっしゃいましたので、その辺を聞かないと、ちょっと総体として、全体として議論ができないから。

委員) 1つは、今言われているのは、これまでの改革検討会でも、生月病院と平戸市民病院のスタッフ数、患者数、経営状況、課題が出てきている訳ですよ。じゃあ、民間の先生方の病院の外来患者数とか、そういうことを含めたところを出していただければ。

事務局) それは事務局の方で可能な限り民間の医療機関の協力いただいて、それぞれ市内の15の医療機関全て一覧表にすることは当然できます。ある程度は今ベッド数とかはやっています。職員数とかですね。

委員) 実際やっぱり患者数なんかが1番よくわかる。

事務局) そこも協力を得られる範囲でお出ししたいと思います。

議長) 他に何か、今日の伝達、ご意見でもいいですし、何か次回に対して疑問でもいいのですが。よろしいですかね。はいそれでは、今日はこれで第2回目の検討委員会を終わりたいと思います。

事務局) はい。そしたら、私の方から。

次回の委員会なんですけども、予定では1月17日金曜日とさせていただいております。ただ、まだ確定ではございませんので、決まり次第改めてお知らせします。1月中にですね。元々の皆さん方への事前の説明では先進地視察となっておりましたけども、1月というのが非常に時期として、天候不順な時期ですので、これは少し延期させていただいて、今日の議論の延長線上で、先ほどの資料等も使いながら、ご覧いただきながら、事前に配布しますので、そういったものを使っての議論ということとさせていただきます。具

体的な進め方につきましては、私達事務局と調委員長の方で協議をさせていただきますので、また改めてお知らせをしたいと思います。次回は、申し上げました通り、1月17日とさせていただきますと思います。

委員) その日は自治連合協議会の研修会が午後からありますので、それはもう無理。私たちは出られない。

事務局) 午後からですね。午前中ならよろしい。

委員) できたらやめてほしいです。移動があるので。そこはちょっと、できれば違うようお願いします。

事務局) じゃあ、改めてまた日程についてはご相談をしたいと思います。じゃあ、17日は一旦白紙をお願いします。

委員) すいません、時間ですけども、13時っていうのはちょっと外来がなかなか終わらない時間なんで、もうちょっとやっぱり遅くできないですかね。

事務局) はい、そこも含めて十分検討させていただきますと思います。

議長) 今日これで終わりたいと思います。

事務局) はい、どうもお疲れ様でした。

以上

※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。