

令和6年度第1回長崎市地域医療審議会 議事録

会議名：令和6年度第1回長崎市地域医療審議会

日時：令和6年11月11日（月）18時30分～20時30分

場所：長崎市役所11階 中会議室

議題：

- 1 会長・副会長の選任
- 2 一次救急の課題について
- 3 地域医療構想の推進について
長崎医療圏の推進区域・モデル推進区域指定について

議題1「会長・副会長の選任について」

松元会長、谷口副会長に決定

。

議題2「一次救急の課題について」

【事務局】

資料1になりますが、今後を見据えた一次救急のあり方検討ということになりますが、これまで一次救急のあり方を検討する場がなかったのですが、今後、この会でご意見をいただきながら、市で検討していきたいと考えています。

はじめに市の医師会へ色々と相談させていただいた後、今回、この地域医療審議会でも説明させていただいております。

今後は、夜間急患センター運営協議会メンバーによる議論の場や在宅当番医制につきましては、市の医師会の中に救急医療対策委員会というものがありますので、そこで議論を重ねてまいりたいと考えております。

議論をしながら、地域医療審議会にも議論の報告、あり方についての意見の聴取を行っていききたいと考えております。

本日は、こういったスキームで一次救急のあり方を検討していきたいというご説明になります。

次に1ページ目の一次救急の課題についてですが、長崎市の将来人口推計についてですが、グラフを見ていただければと思いますが、人口減少は続いていくが、高齢者の割合については約10%増加するという見込みであります。

こういった状況を踏まえると、医療の担い手が減っていくことが課題としてあげられます。

2ページ目には長崎医療圏の年齢階層別医師数を掲載していますが、医師数

は増加傾向にありますが、徐々に高齢化が進んでいる状況にあります。

3 ページ目には長崎医療圏の診療科目別の医療圏の医師数になります。

小児科は平成 16 年が 94 人、令和 4 年が 97 人となっており、内科は平成 16 年が 544 人、令和 4 年度は 362 人となっており、耳鼻咽喉科は平成 16 年が 58 人、令和 4 年は 54 人となっております。

4 ページをご覧ください。長崎医療圏の医師数は、平成 8 年の時点で 1,708 人でしたが、令和 4 年の時点では 2,067 人となっており、平成 8 年から令和 4 年の 26 年間の間に 359 人増加しています。ただし、内科医は減少しております。

医師数は増加しているものの平成 28 年からは横ばいの状況であり、医師の高齢化が進むことにより、ある一定期間で突然急激に医師が減る恐れがあり、地域医療に与える影響が懸念されております。

5 ページ目の夜間急患センターについてでございますが、診療科目別患者数割合としまして、令和 5 年度の患者数割合については、小児科が 61.8%、内科が 35.0%、耳鼻咽喉科が 4.2%となっております。

6 ページ目には夜間急患センターの耳鼻咽喉科の患者数を表に示していますが、平成 27 年から令和 5 年にかけて、患者数は右肩下がりで減少しており、長崎大学病院の耳鼻咽喉科のウォークイン患者数も年々減少しています。

7 ページをご覧ください。令和 2 年から令和 4 年における新型コロナウイルス感染症の蔓延による長崎医療圏の入院者数及び外来患者数の大幅な減少は、一時的なものと見られていましたが、令和 5 年以降も戻る気配がなく、高齢化が進行してもこの傾向は続くものと想定されています。

しかしながら、夜間急患センターの患者数については、コロナ禍前の水準に戻りつつあることから、今後の推移を注視する必要があると考えております。

また、小児科医数は横ばいではあるものの、患者数割合が最も高いことから、今後、担い手が不足し、体制の維持が困難になる恐れがあります。

なお、耳鼻咽喉科については、患者数が年々減少しており、夜間急患センターに耳鼻咽喉科を導入する要因となった長崎大学病院のウォークイン患者数も同様となっております。

8 ページ目には、在宅当番医について、患者数の推移を表に示していますが、コロナ禍前の水準を上回ってきており、令和元年度は 24,252 人で、コロナ禍の令和 2 年度は 11,089 人でしたが、アフターコロナの令和 5 年度は 24,336 人となっております。

9 ページ目には、在宅当番医療機関数の推移になりますが、内科と外科が減少している一方で、それ以外は横ばいとなっております。ただし、患者数が多い小

児科は、当番からの離脱が生じた場合、体制の維持が困難になる恐れがあります。また、他の診療科につきましても、高齢化による後継者不足などにより廃業の増かも懸念されている状況にあります。

10ページをご覧ください。その他としましては、5月のGWやお盆の平日については、診療を続ける一部医療機関の対応により成り立っているのが現状で、市民の医療需要に対し応受体制が十分でないと思っております。

また、病院群輪番制を担う病院に、ウォークイン受診患者が多く来院しており、二次救急に支障をきたしている状況もあります。

最後の11ページ目になりますが、今後の取組みとしまして、急性期の二次救急、三次救急がきちんと機能するためには、一次救急をどこかが担わなければなりません。医師の高齢化などが理由で夜間急患センターへの勤務や在宅当番医を担うことが厳しい状況になっております。

そのため、現在の医療資源でどこまで維持できるかを見極め、今後、一次救急医療機能について、どういうものを目指すのか模索していく必要があると考えております。

最初のページにお戻りください。今後、夜間急患センターの運営協議会や医師会の救急医療対策委員会で議論をしていきたいと思っておりますが、この地域医療審議会にも議論の報告や地域医療審議会委員の皆様の意見も聞きつつ、一次救急のあり方を検討していきたいと考えておりますので、委員の皆様よろしくお願いたします。私からの説明は以上でございます。

【会長】

ただいま、事務局から説明がありましたが、私から補足させていただきますが、夜間急患センターは令和7年4月から令和12年3月までは長崎市医師会がこれまで通り指定管理者として運営していく予定としておりますが、それ以降の一次救急のあり方について、検討をしていくということでございます。

委員の皆様からのご意見やご質問等はありませんか。

【委員】

3ページの医師数のところで、内科医がこんなに減っているのかなと思いついて、何の数字を持ってきているのですか。

【事務局】

県の医療政策課からいただいた資料になります。

【委員】

これは大学病院に勤務している医師も入っているのですか。

【事務局】

長崎医療圏の医師ですので、大学病院の医師も入っております。

【委員】

内科の専攻医のシーリングも影響しているのでしょうか。

【委員】

平成 16 年から新医師臨床制度が始まりまして、平成 16 年、平成 17 年と入局者がいなかった時期がありましたので、200 人程度医局への医師の補給が途絶えましたので、恐らくその影響があるのかなと思います。

それに関連すると 2 ページの医師数は一見増えているように見えますが、平成 8 年と平成 18 年の間に平成 16 年、平成 17 年の 2 年間の医師の入局が途絶えた時期がありますので、内科医の急速な減少は初期研修医が 2 年間入らなかった影響かと思います。

【委員】

長崎市内の内科系の開業医が恐らく 240 人くらいいらっしゃる中で、差し引き 120 人しか内科医が病院に勤務していないということになるので、質問したところでは。

【会長】

他にご質問、ご意見ございませんでしょうか。

ないようですので、それでは、今後、一次救急のあり方については、事務局が説明したような流れで進めさせていただくということによろしいでしょうか。

【委員】

～了承～

議題 3 の「地域医療構想の推進についてのア 長崎医療圏の推進区域・モデル推進区域の指定について」

【会長】

次に移ります。

事務局から説明をお願いします。

【事務局】

議題3につきましては、県医療政策課課長補佐から、長崎県地域医療構想の現状やモデル推進区域の指定についてご説明をよろしくお願いいたします。

【県医療政策課】

それでは、私の方からは、地域医療構想とはどういったものなのか、長崎医療圏の現状、新たな地域医療構想についての検討状況、モデル推進区域に選定されたことについて、ご説明させていただきます。

地域医療構想につきましては、県の長崎区域地域医療構想調整会議において意見をいただいているところですが、この長崎市の地域医療審議会と委員が一部重複されていますが、重複していない委員様もいらっしゃいますので、地域医療構想とは何ぞやというところから説明させていただきます。

資料3の1ページ目でございますが、地域医療構想とは、各構想区域の機能分化、連携に向けた協議を実施するために、将来の人口構造の変化を考慮して、2025年の医療需要と病床数の必要量を医療機能ごとに推計したものになります。

今後の人口減少、高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化と連携を進めていく必要があります。

こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能ごとに推計して、地域医療構想として策定したものでございます。

病床を高度急性期や急性期、回復期、慢性期のように医療機能ごとに分類しまして、その現状を病床機能報告として毎年、医療機関から報告を受けております。その報告を活用し、県の方で地域医療構想を策定し、更なる機能分化を推進していくこととなっています。

次に地域医療構想の内容ですが、1つ目は繰り返しになりますが、2025年の医療需要と病床の必要量の推計、2つ目は目指すべき医療提供体制を実現するための施策ということで、主に地域医療介護総合確保基金による支援策といったものを定めています。機能分化と連携については、長崎県は8つの区域に分かれています。地域医療構想調整会議の方で議論を行っていくということになります。

次に2ページ目ですが、ステップ1として、地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を地域医療構想調整会議で協議を行い、ステップ2として、地域医療介護総合確保基金により支援を行い、ステップ3として、県知事による適切な役割の発揮ということで、法律上、地域で既に過剰となっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、転換の中止命令や要請、勧告をできるようになっていますが、現在まで本県では行ったことはございません。まずは地域医療構想調整会議に重きを置いて調整を行っているところです。

3ページ目ですが、令和5年度の病床機能報告の結果と2025年の病床の必要量の推計結果を比較すると、高度急性期、急性期と併せまして、2,321床が過剰、回復期は1,872床が不足、慢性期は1,641床が過剰と県全体ではなっている状況です。

また、病床機能再編支援事業としまして、高度急性期や急性期、慢性期の病床を削減すると給付金が出ることとなっています。

4ページ目ですが、令和5年度病床機能報告では、長崎区域については、高度急性期、急性期、慢性期病床が過剰の傾向で、回復期病床が不足している傾向となっており、全体としては総病床数では140床が過剰の傾向となっています。

以上が地域医療構想とは何ぞやの説明になります。

次に6ページ目からは、長崎区域の現状になりますが、長崎区域は人口減少トレンドにあり、2050年には32%減となる一方で、後期高齢者は2035年まで増加することが推計されており、現役世代である生産年齢人口は減少する一方で、高齢化率は2040年には40%を超えると予測されています。

7ページ目には、長崎区域の中で病床数が多い病院を地図に落とし込んでおり、8ページ目以降は、医療機関の一覧になりますので、ご参照ください。

11ページ目ですが、先ほど、長崎区域は回復期が不足傾向にあると説明いたしました。その理由としましては、急性期病床に回復期相当の患者さんが入院されている可能性があるのではなかろうかと定量的分析においてもそういう結果が出ております。

12ページ目ですが、一般病床における1日平均入院患者数についてですが、継続して減少トレンドにあり、平成19年から令和4年にかけて長崎区域で15%程度減少している傾向です。

13ページ目ですが、一般病床における平均在院日数についてですが、平成19年から令和元年にかけて、11.2日短縮しましたが、その後はわずかに延長傾向に転じています。

14ページ目は1日平均外来患者数の推移になりますが、こちらも減少トレン

ドにありまして、令和4年においてもコロナ禍以前の水準には戻っていない状況です。

15 ページ目からは新たな地域医療構想についてということで、現在の地域医療構想が2025年を一つのターゲットにしているところですが、国の方でも現在の地域医療構想の次の地域医療構想について議論がなされているところですので、その検討状況についてご説明させていただきます。

一つ目は人口20万人未満の構想区域においては、2040年の生産年齢人口が3割程度減少、高齢人口が1割程度減少することが見込まれており、医療需要の変化や医療従事者の確保などを踏まえると、現在の二次医療圏を基本とする地域医療構想では、医療提供体制の確保が困難である可能性があるというご意見があるということでございます。

また、在宅医療については、介護保険事業計画作成する市町村において、在宅医療・介護連携推進事業が実施されるなど、二次医療圏より狭い区域において取組が行われているということ。

地域医療構想調整会議については、病床の議論が中心となり、在宅医療や介護との連携等について具体的な議論ができていないなど、医療提供体制全体に関する議論が十分なされていないなどのご意見があるようです。

また、医療機関機能としましては、地域ごとに高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能、医療を提供し地域の生活を支える機能、救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能を確保することが必要であると考えられており、そのほか、地域によっては回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が存在し、その役割を発揮しているということで、医療機関の機能にも着目すべきではないかというご意見があっているようです。

16 ページ目ですが、新たな地域医療構想における構想区域の範囲については、必要に応じて構想区域を拡大する必要があるのではないかとということ、在宅医療については、二次医療圏よりも狭い区域での議論が必要ではないかとということ、医療機関の機能に着目すべきではないかということなどが、現時点の考え方の案として示されているところです。

17 ページ目は、新たな地域医療構想のイメージ図で、2040年頃を見据えた構想区域のイメージになります。

18 ページ目は、在宅医療の圏域のイメージ図で、こちらは医療圏よりも狭い範囲で考えるべきではないかということでございますが、今年度から始まりました第8次長崎県医療計画におきましては、在宅医療の圏域は市町村単位とするということで、基本的には市町村で考えていくということで示しております。

在宅医療の担当も各市町と取組み進めているところです

19 ページ目は、医療機関の機能に着目すべきではなかろうかということで、高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能、在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能、救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能、こういった医療機関の機能が地域ごとに求められている機能となり、医師の派遣機能や医育機能、より広域な観点で診療を行う機能が、広域な観点からの医療提供体制を維持するために必要な機能ではなかということで検討がなされているところです。

続きまして、資料4の推進区域・モデル推進区域についてでございます。

4 ページ目になりますが、2025 年に向けた地域医療構想の更なる推進についてでございます。

2025 年に向けて国・都道府県。医療機関が取組み事項の明確化ということで、国において推進区域・モデル推進区域を設定してアウトリーチの伴走支援を実施というところで記載しておりますが、モデル推進区域とは何ぞやということですが、病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる推進区域を都道府県あたり、1、2か所設定をすると。当該推進区域のうち、全国に10~20か所程度のモデル推進区域が選ばれ、選ばれた場合は伴走支援が受けられることとなります。支援内容はデータ分析などの技術的支援などで、具体的にはコンサルタントのデータ分析の提供や県がコンサルタントに相談できる窓口を国の方で作っていただけのような仕組みになります。

先ほど、長崎区域がモデル推進区域に選ばれたとご説明いたしましたが、9 ページ目をご覧ください。九州では長崎区域のみモデル推進区域に選ばれていません、また、推進区域にも同時に選ばれております。選ばれた理由につきましては、先ほど2025年の必要病床数と令和5年度の病床機能報告の差異についてご説明いたしましたが、総病床数につきましては、140床程度過剰ということで、佐世保県北の180床過剰と比べますと長崎区域はそこまで大きな差異ということではございません。

では何故モデル推進区域に選ばれたのかといいますと、病床機能ごとに見た場合の差異が大きいということになります。例えば、急性期の病床におきましては、400床程度過剰であり、高度急性期においても250床程度過剰であったり、慢性期も500程度過剰であったりですとか、唯一回復期については、900床不足しているということで、長崎区域は病床機能ごとの差異が大きいということ、それからもう一つの理由といたしましては、病院の数、関係者が多いということで、

調整が難しい区域であるということを伺っております。

それから 10 ページ、11 ページに様式を載せておりますが、モデル推進区域に選定された区域は、区域対応方針を策定することとされており、長崎区域地域医療構想調整会議におきまして検討を行っているところでございます。

この区域対応方針は年度内に策定するよう通知には書かれておりますので、それに向けて調整会議委員の皆様にはご相談させていただければと思っております。

最後に 7 ページ目をご覧ください。先ほど 2040 年に向けた新たな地域医療構想を検討中とご説明いたしました。新たな地域医療構想は令和 6 年度内に国の地域医療構想等に関する検討会の最終まとめが行われ、令和 7 年度に新たな地域医療構想のガイドラインが厚労省から発出され、令和 8 年度には長崎県において新たな地域医療構想が検討・策定され、令和 9 年度からは新たな地域医療構想の取組みがスタートするといったスケジュールとなっております。

駆け足となりましたが、私からの説明は以上でございます。

【事務局】

ありがとうございました。

続きまして、皆様、お手元の資料 5 をご覧ください。

長崎区域地域医療構想調整会議と長崎市地域医療審議会の関係について、地域医療室室長よりご説明いたします。

【事務局】

それでは、資料 5 長崎区域地域医療構想調整会議と長崎市地域医療審議会の関係につきましてご説明いたします。

長崎区域地域医療構想調整会議と長崎市地域医療審議会の関係について両会議はそれぞれ県の諮問機関と市の附属機関という位置付けとなっております。先ほど県医療政策課からの説明にもありましたように両会議の委員となっております方も多くいらっしゃいます。

今回、あらためて両会議で話し合われるべき内容についてお伝えしたいことからその関係についてご説明いたします。

まず、上段左側の長崎区域地域医療構想調整会議は法に基づき、こちらにございますように、地域医療構想を実現するための課題や施策、病床の調整など医療提供体制の在り方を話し合う場として、平成 27 年に設置されたものです。

先ほど説明したモデル推進区域の方針策定に伴う意見聴取を行うなど医療圏

全体の整理を行う役割があります。

次に、その右側の長崎市地域医療審議会は条例により、本市の地域医療体制の構築に関する重要事項の調査審議を行う場として、同じく平成27年に設置されました。

本日も説明いただいた一次救急など本市の医療に関わる問題、みなとメディカルセンターのあり方についての意見聴取などを行う役割があります。

関係性の部分では、黄色の部分にありますが県の調整会議から令和6年度中に策定される医療圏の区域対応方針を市の審議会に示していただくということ。市の審議会は主にみなとメディカルの構造改革の進捗、結果を県の調整会議に報告することとなります。

続きまして、みなとメディカルの現状ですが、下段に示しております。

令和5年度の運営状況ですが、令和5年度実績としまして病床稼働率が61.6%、損益収支がマイナス17億円となっております。

許可病床数は513床となっておりますが、現在、454床で運用中です。

その右ですが、現在、みなとメディカルの運営法人である病院機構は、今年度から令和9年度までの第4期中期計画期間となっております。

その中期計画において、今後は、救命救急・高度急性期医療を中核にみなとメディカルセンターが担うべき適正な診療機能の範囲と規模を導出するとなっております。

私からの説明は以上でございます。

【会長】

ただいま、県と市からモデル推進区域の選定されたことや新たな地域医療構想が策定されていくこと、みなとメディカルセンターのあり方についての検討を長崎市地域医療審議会ですこれから行っていくといった説明でしたが、委員の皆様からのご意見やご質問等はありませんか。

【委員】

長崎市地域医療審議会の役割として、市民のための病院であるため、長崎みなとメディカルセンターの構造改革の策定に際し、有識者委員から意見をいただくと資料にあります。この場がそういう場という認識でよろしいでしょうか。

【事務局】

その通りでございます。本日は、長崎みなとメディカルセンターの詳細な資料

を用意していませんので、深い議論というのは、本日は中々難しいと思いますので、次の審議会ではご意見などをいただければと考えております。

【副会長】

みなとメディカルセンターには理事会もあるでしょうから、そこを飛び越えて地域医療審議会で色々意見を出すのはおこがましい気もしますので、みなとメディカルセンターの理事会などの議論も踏まえたうえで、この地域医療審議会に出していただければと思います。

【会長】

只今の意見も踏まえて、次回以降ご検討いただければと思います。他にご意見がないようでしたら、本日の議題は以上となりますので、以後の進行につきましては事務局にお返しします。

【事務局】

会長、どうもありがとうございました。

委員の皆様におかれましては、本日は長時間にわたり、貴重なご意見等をいただきましてありがとうございました。

それでは本日の議事は終了いたします。