

令和7年度第2回長崎市地域医療審議会 議事録

会議名：令和7年度第2回長崎市地域医療審議会

日時：令和7年9月25日（木）18時30分～20時00分

場所：長崎市役所17階 中会議室

出席者：委員15名 うち5名はオンライン出席

井上 健一郎	今村 由紀夫	上田 展也	衛藤 正雄	門田 淳一
栗原 正紀	谷口 英樹	西野 友哉	野濱 哲二	橋本 敦郎
早川 航一	松元 定次	長島 聖二	吉武 孝敏	吉田 眞一

議題：

- （１）長崎みなとメディカルセンターの構造改革（許可病床の削減）について
- （２）今後を見据えた一次救急のあり方について
- （３）長崎医療圏における救急医療について

1 市民健康部部長挨拶

みなさんこんばんは。市民健康部島村でございます。

本日は、大変お忙しいなか、お集まりいただきありがとうございます。

また、日頃より、本市の地域医療行政にご協力をいただき、ありがとうございます。

本審議会は、長崎市の地域医療提供体制の構築について、専門的な見地からの調査審議を行うことを目的として設置しております。

本日は今年度の第2回目ということになりまして、議題といたしまして一つは長崎みなとメディカルセンターの構造改革に伴う許可病床の削減についてです。前回5月に開催した本審議会でもいただいたご意見を参考にみなとメディカルセンターそれから県等、関係機関と協議を行ってまいりました。本日は、病床削減案について検討結果のご報告を行うこととしておりますので、再度皆様のご意見を伺い、11月議会での構造改革案を踏まえた病院機構の中期計画の変更議案提出に向けて進めてまいりたいと考えております。

また、少子高齢化や生産年齢人口の減少は、長崎医療圏においても医師や看護師等医療スタッフの人材不足を招いており、医療体制の維持も重要な課題と捉えております。

こうした状況から、二つ目以降の議題といたしましては、在宅当番医制や夜間急患センター等の一次救急、さらには病院群輪番制病院や救急搬送を含む長崎医療圏の二次救急について、それぞれの課題や今後の在り方に関する検討状況についてご報告させていただきます。

委員の皆様におかれましては、限られた時間ではございますが、専門的な見地から忌憚のないご意見をいただきますよう、よろしくお願いいたします。

2 会の成立についての報告

【事務局】

長崎市地域医療審議会規則第5条第2項の規定に基づき、委員17名中、本日の出席者は15名であり、出席委員が過半数を超えておりますので、この会は、成立しておりますこと

をご報告いたします。

3 議題

(1) 長崎みなとメディカルセンターの構造改革（許可病床の削減）について

【事務局説明】

前回の地域医療審議会において、「1 みなとメディカルの病床数について、今後、構造改革案を策定していく予定であるが、現在、420 床（うち、一般病床 401 床）での試験的運用を行っていることでの、他病院や地域への影響は生じていないか。」「2 診療科見直し（診療科の削減、新設など）について、構造改革案を策定する前段階での意見はないか。」について意見を伺いました。

市長が病院機構へ指示する第 4 期中期目標の 4 つの重点項目として特に、「地域の医療機関との役割分担と連携を見据えつつ、診療規模（病床数等）や診療内容を適正化する。」「法人の自主性、自律性を活かした効率的かつ持続可能な病院経営を実現する。」を挙げています。

許可病床数の推移ですが、平成 24 年に病院機構が設立する前までは、市民病院と成人病センター併せて 560 床、その後、先心病センターの廃止や新病院が建設されるなどして、平成 28 年 7 月以降は現在の許可病床数 513 床で現在に至っております。現在許可病床数は 513 床ですが、許可病床数を何床にするかを検証するために一部の病棟を試験的に休棟し、運用病床は 420 床での運用としています。

入院患者数と病床稼働率ですが、令和 6 年度の第 2 四半期から現在にかけて、医業経営コンサルタントを導入し、地域の医療機関との連携強化などの経営改善策を実行したことで、（一部、運用病床を減らし、420 床とした影響があるものの）病床稼働率は上昇し、入院患者数も増加してきていますが、コロナ前の令和元年度の入院患者数までには戻っていない状況にあります。

長崎県が策定した長崎区域の区域対応方針について、長崎医療圏の傾向としまして、みなとメディカルセンターや長崎大学病院が担う急性期や高度急性期の病床は約 600 床過剰となっている状況にあり、長崎大学病院も令和 7 年 4 月に病床を約 1 割、98 床削減しているところ です。

高度急性期と急性期、慢性期の病床は多く、回復期の病床は足りないという状況になっています。みなとメディカルセンターが自院の急性期病床を削減することについては、区域対応方針に沿ったものになります。

みなとメディカルセンターの 1 日における患者数推移ですが、昨年 4 月から今年の 1 月にかけての 1 日あたりの入院患者数について、350 人を超えた日は 306 日中 14 日間のみで、最も多い日が 360 人でした。

昨年下半年から取り組んでいます経営改善策の取り組みもあり、令和 7 年度の 8 月末までで 350 人を超えた日は 153 日中 37 日と増え、最も多い日は 380 人となっているものの、患者受入には支障がない状況にあります。

以上のことから、最大 380 人を受け入れた日もあること、救急患者対応や患者の転院先が決まらない場合に入院期間が長引く等のバッファも加味し、現時点では一般病床は 396 床が妥当ではないかと考えております。

病床再編案の「許可病床数の変更」について、見直し後は許可病床数を総病床数 415 床、うち、一般病床を 396 床、結核感染症病床は現在と変わりなく 19 床としたいと考えております。

現時点の病床数を 415 床にしますが、これは運用していく中で医療環境等の変化に応じて適宜見直していくこととします。

許可病床数が 415 床が妥当と判断した理由についてですが、1 つ目は、長崎みなとメディカルセンターや長崎大学病院が担う（高度）急性期病床は、長崎医療圏において約 600 床多い状況下において、病床を削減することについては、地域医療構想の考えにも沿っている。長崎大学病院も令和 7 年 4 月に約 100 床削減しているということ。

次に、適正病床数を導くにあたり、試験的に令和 4 年 8 月から総病床数 454 床、令和 7 年 2 月から総病床数 420 床で運用しているが、病床を減らしたことによる地域の医療機関や市民への影響は出ていないこと。

次に、令和 7 年度においては、集患活動、医業経営コンサルタントが提案する収支改善策の実行などの影響により、患者数が増え、最も多い日は一般病床が 380 床埋まることもあり、一般病床数を 396 床とすることについては、現時点では適正と考えられること。

次に、地域医療審議会の意見においても、大学病院が約 100 床削減したことにより、大学病院の病床稼働率は向上したが、後方支援病院との連携がうまくいかず、患者が滞留し、救急患者の受入れに影響が出たこともあるため、余剰ベッドは一定必要との意見も出ていること。

次に、医業経営コンサルタントからも 390 床～400 床が適切ではないか。もう一病棟削減し、350 床としても不可能ではないが、救急患者対応が難しくなるとの意見もあり、一般病床 396 床はコンサルの意見と一致していること

これらの点を踏まえ、現時点では、415 床が妥当という判断をしております。

診療内容の見直しについても構造改革の項目として掲げておりました。これまで議会や地域医療審議会において、見直しを行うことで説明していましたが、現在、診療科ごとの収支状況の分析を医業経営コンサルタントが行ってはいるものの、医師を派遣する大学病院（各診療科の教授等）との協議を重ねる必要があり、また、令和 8 年度に県が策定する「2040 年を見据えた新たな地域医療構想」との整合性を図る必要があることから、一定時間を要するため、従前から予定していた第 4 期中期計画期間内である令和 9 年度までに整理することとし、今回の見直しには含まないものとしてと考えております。

新たな地域医療構想の記載事項案についてです。現行の地域医療構想は将来の病床数の必要量、病床の機能分化・連携の推進に関する取組みを定めるものであるが、新たな地域医療構想では、これらに加えて、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン、方向性、将来の医療機関機能の確保のあり方、医療機関の機能分化、連携の推進に関する取組等が定められる方向となっています。

新たな地域医療構想と医療計画の進め方（案）についてです。令和 7 年度は国が地域医療構想のガイドラインを策定する予定としており、その後、令和 8 年度に県が新たな地域医療構想を策定し、その後、取組みを進める流れとなっています。

今回の審議会での意見聴取についてですが、みなとメディカルセンターの許可病床数について、現行の 513 床から 415 床とすることにより、他病院や地域への影響等についてご意見を伺えればと思います。

【委員】

医業経営コンサルタントが 390 床～400 床が望ましいとする理由は何でしょうか。

【関係人（市立病院機構）】

今年度 380 床埋まったことはあるが、患者数全体としては減少傾向にあり、ここが最大値だろうとのコンサルの見解でした。

【委員】

396 床の根拠の話。ベッドが使えていないのは確かにそうかもしれませんが、みなとメディカルがなすべき医療を考えたときに、何床必要なのかという議論がされているはずなので、詳しく教えていただかないと議論ができないと思います。

【関係人（市立病院機構）】

平均の在院患者数、1 日の在院患者数、延べ入院患者数、最大で埋まった病床数をもとに行ったコンサルの計算によると 350 床で良いとの結果でした。当院の使命として救命救急、緊急小児を受け入れる場合にプラス 50 ぐらいのバッファが必要ではないかとの提案がなされた。

当院が公的病院としてやるべき医療が、救命救急や小児・周産期あるいは感染症、災害があります。さらに病床を削減しようと思えば、出生数や NICU、GCU の稼働率から GCU が不要ではないかとの意見、または結核の発生率、結核病床の稼働率から、みなとメディカルで結核を診る必要はないとの考え方もある。そこは公的病院としてどのように考えるのか、市の方針がないと病院だけでは決められないし、政策医療であるので県との調整も必要だと考えます。

経営のことだけを考えると、このような病床は廃止したいが、公的病院の役割を考慮し結核病床等を残した 415 床としています。

【委員】

計算上は 350 床で良いとのことだったが、その 350 床の内訳は大まかにどのような疾患を診ていくのでしょうか。

【関係人（市立病院機構）】

その中には、高度急性期である ICU8 床、HCU8 床、救命救急病棟の 16 床、NICU9 床、GCU6 床が含まれます。感染症・結核病床 19 床は 350 床から除いている、一般病床が 350 床で良いとすれば、感染症・結核病床を含めて 369 床となります。

【委員】

現在 420 床で仮に運用していて、415 床に減らすとのことでしたが、病棟数はそのままでしょうか。

【関係人（市立病院機構）】

病棟は現状維持です

【委員】

許可病床が減っても病棟数が減らないと人件費は変わらないということですか。

【関係人（市立病院機構）】

看護師については施設基準があるので、自動的に配置数が決まってくると思いますが。他のコメディカルや療養師、薬剤師などについては業務量を調査し、他院との比較をしたうえで、適正な人員を算出する必要があります。そのうえで退職等の補充をしないことで適正な人員に近づけていくことになると思います。

【委員】

病床削減については需要に応じて考えるということで、その通りだと思います。今後コロナと同じようなことが起こったときに、ベッドが無いところにベッドを置いて病床に転用するようなことも考えられると思います。今回病床を削減して空いたスペースはどのように使う予定ですか。

【関係人（市立病院機構）】

外来で日帰りの患者のための手術室、談話室などの案が出ているが、現時点では決まっています。

【委員】

外来のリハビリはやっていますか。

【関係人（市立病院機構）】

やっています。リハビリは十分なスペースがあります。

【委員】

結核病床については大学病院や原爆諫早病院との調整が必要だと思うが、GCUはいらないと思います。ユニットが一番人もお金も必要になりますから。

（２）今後を見据えた一次救急のあり方について

【事務局説明】

一次救急の課題について、いくつかご説明します。

まず、長崎市の将来人口推計です。人口減少が続き高齢者の割合が増加する一方、医療の担い手自体が減っていている状況です。高齢者の割合が2020年32.73%から2050年には42.38%と10%増加する見込みとなっています。

令和4年度までのデータで、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です。

診療科目別の医師数について、平成16年から令和4年までの推移で、内科は大きく減少しており、小児科は微増、耳鼻咽喉科は微減となっています。

在宅当番医について、患者数はコロナ禍前の水準を上回っています。

在宅当番医の実施医療機関数は、内科、小児科ともに減少しており、耳鼻咽喉科は横ばいとなっています。医師の年齢別割合でみると内科、耳鼻咽喉科と比べ小児科がやや高齢の医師割合が高い状況です。

長崎医療圏の医師数は、平成8年の時点で1,708人だったが、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年の間に359人増加している。（ただし内科医は減少）しかしながら、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

が懸念される。医師が増加する一方で、在宅当番を担っている診療所等については減少を続けている。

小児科の一次救急を取り巻く状況としては、小児科医師全体の高齢化が進み、年々小児科医院数は減少、このまま新規開業する医師が増えなければ、休日在宅当番医を担える医院の減少が予想されます。小児科医院数の減少は、長崎市の年少人口の減少ペースと比較しても大きく、対応する患者数は単純計算で約2倍が見込まれます。

小児科医院数が減ることで令和15年には当番回数は1医院当たり3～4回から7～8回に増える見込みとなっています。

そういったなか、令和7年の2月に長崎市小児科医会から、日曜祝日の昼間の小児一次救急を維持するため、在宅当番医制ではなく1か所に集約した休日急患センターの設置の要望がなされています。想定する候補地としては長崎みなとメディカルセンターや長崎市夜間急患センターとなっています。

こちらの要望については小児科医会はもとより、医師会の各協議会や委員会で意見を伺いながら、候補地の適性や課題について精査をしているところです。

続きまして、夜間急患センターについて、令和6年度の診療科目別患者数割合については、小児科 58.3%、内科 36.5%、耳鼻咽喉科 5.2%、となっています。

患者数についてですが、コロナ禍であった令和2～4年を除いた場合、小児科、耳鼻咽喉科が減少しているのに対し内科は横ばいとなっています。内科の患者割合が年々上昇しています。

耳鼻咽喉科の患者数は前述のとおり減少しており、それに伴って長崎大学病院のウォークイン患者もコロナ前と比較すると年々減少している状況です。

夜間急患センター小児科の診療体制についてです。令和6年度は深夜帯の診療を70歳代の医師と80歳代の医師が担っており、後任の医師の確保も困難な状況でしたが、センター長の交代により令和7年度は若干の改善がなされました。しかし依然として医師の平均年齢は高く、今後の医師の確保には課題が残っているため、深夜帯診療の在り方の検討が必要という状況です。

夜間急患センターの課題としては、診療科にかかわらず医師不足、将来的なスタッフ不足が想定される。

患者数が年々減少するなか、内科については横ばいとなっており、患者割合が年々増加している。

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開設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いる。令和6年度の実績では開設時に想定していた患者数5～10人/日を大きく下回る1.8人/日となっており、開設の効果について検証が必要。

小児科においては高齢の医師が深夜帯の診療を担っており、今後の担い手の確保に課題がある。また患者数についても1日平均4人と少ない状況にある。といったものがあります。

これらの夜間急患センターの課題については医師会、夜間急患センター運営協議会等で議論を進めています。

【委員】

令和6年年末から年始にかけて、在宅当番医についてはインフルエンザ・コロナの流行で1日150～240名の患者が来ました。長崎においては、その日のうちに診療を終え

ることができたが、ほかの都市では翌日の朝4時までかかったとの報告もありました。また、休日当番についてはスタッフの確保が難しくなっています。休日に出勤すると代休を取らないといけないが、代休を取られると診療ができないという問題があります。この件については、医師会と市で今後も協議を進めていきます。

(3) 長崎医療圏における救急医療について

【事務局説明】

長崎市消防局管内の救急搬送件数については、公的4病院で約半数を占め、上位10病院で全体の80%を占めています。

月別の救急搬送件数については、令和7年1月以降前年を上回るペースで増加しています。

年齢区分別の救急搬送者数の推移を見ると、全体の約7割を高齢者が占めていてその数は増加しています。

傷病程度別の救急搬送者数の推移を見ると、全体の約9割を占める「軽症」及び「中等症」の搬送者数が増加しています。

救急搬送応需率は、令和元年度以降に大きく低下し、令和4年度以降は60%台で低く推移しています。

救急搬送時の「病院問い合わせ件数」「確定疾病分類名」を令和元年度と令和6年度で比較しています。問い合わせ件数は全ての区分で増加しており、6回以上問い合わせした件数も大きく増加しています。確定疾病分類では、「呼吸器系」等で件数が増加しています。

救急搬送の「発生場所」と「搬送先の選定理由」についてです。「住宅」からの搬送が最も増加しているほか、その他の高齢者施設等からの搬送も一定の増加がみられます。搬送先の選定理由については「適応」や「輪番」といった理由で選定される件数が増加しています。

入電から病院収容までにかかる時間を他都市と比較すると、長崎市消防局管内は、九州各県の県庁所在地の中で、最も病院収容までの平均所要時間が長くなっており、県内の自治体でも長い方になっています。

搬送人員と軽症者割合でそれぞれ県内他地域及び全国と比較しております。搬送人員の伸び率は県平均よりも高くなっていますが、全国と比較すると低い状況です。軽症者割合についても、令和6年度は36.0%となっており、県内ではやや高いが全国は46.8%であり、かなり低い状況です。

「軽症」に分類された救急搬送患者を傷病分類別に集計すると、「その他の症状・疾患」「頭部打撲」「めまい」「腹痛（急性腹症）」等が多く、公的4病院へ搬送された割合は概ね30～60%程度となっている。

救急搬送が増えている状況から救急車の適正利用を呼び掛ける必要がありますが、周知だけでは不十分でありますので検討中の選定療養費の徴収について紹介いたします。

選定療養費とは、平成28年4月の健康保険法の改正により、地域医療を支える大きな病院を、かかりつけ医療機関等の紹介状がなく受診した際に、通常の自己負担分に上乗せして保険外費用を徴収することが義務化されているものです。

茨城県と三重県松阪市の事例を紹介します。

茨城県では、令和6年12月から県内22の病院で救急搬送における選定療養費の徴収を開始しています。徴収開始後は、関係者による「検証会議」を定期的に開催して検証が行

われており、令和7年3月～5月の救急搬送件数は、対前年同期比で6.2%減少するなど、一定の効果が見られています。

検証結果ですが、県全体の救急搬送件数は減少、県全体の軽症者等の救急搬送件数は減少、対象22病院への救急搬送件数は減少、救急電話相談件数は微減となっており、これらのことから救急車の適正利用や救急医療のひっ迫緩和に一定の効果があったものと考えられるとの報告になっております。

緊急性の評価については、ガイドラインに基づき、救急車要請時の緊急性を医師が判断することとなっています。

選定療養費の徴収率は3.4%程度（令和7年3～5月）となっており、年代別では高齢者層で1.9%と他より低くなっています。徴収された方で多かった症状は、「腹痛」「めまい・ふらつき」「打撲」「軽度の切り傷」「風邪の症状」等となっています。

ガイドラインの基本的な考え方ですが、原則として、医療機関の個別判断となること、少なくとも単に軽症の患者が救急車により来院し受診した場合は、これに該当しないこと、ガイドラインは、患者の公平性を確保するとともに、医療機関間の判断に大きな差異が生じないようにする観点から、医師が緊急性を評価する際の一定の目安を各医療機関において共有するために策定するものとされています。

三重県松阪市においては、令和6年6月から松阪市内の3つの基幹病院で救急搬送における選定療養費の徴収を開始しております。こちらも徴収開始後は、関係者によるモニタリング及び協議・検討が行われており、救急搬送件数の減少、軽症者割合の低下など、一定の効果が見られています。

検証結果については、徴収率は7.4%、帰宅者の徴収率は13.9%、救急出動件数は12.1%の減、救急搬送件数は12.3%の減、「軽症」の割合が5.4%減となっています。また、相談ダイヤルへの相談件数は増加しております。

緊急性の評価について、松阪市はガイドラインを作成しておらず、医師の判断となっています。入院に至ったか否かを一つの基準として判断している状況です。

長崎医療圏で救急搬送に係る選定療養費を徴収している病院はありませんが、それ以外の選定療養費は公的4病院で徴収しています。

今後長崎医療圏で選定療養費を徴収するとした場合に考えられる影響についてご意見等伺いたいと考えております。

【委員】

茨城県の例について、対象22病院の救急搬送件数が8%減少しているとの結果が出ており、長崎で対象となっている4病院でも当然に減ると思います。しかし、対象外の病院でどのような結果になったのかが見えてこないのので示していただきたい。選定療養費を取らない病院の搬送件数が減ったのか、増えたのか、横ばいなのかは大事なデータだと思います。選定療養費を取ることによって、対象外の病院に救急患者が殺到して忙しくなるということは避けたいと思うので、そのデータを調べていただきたい。

日本赤十字社で住民にアンケートを取った際におおむね好評だったと記憶していますが、この地域においても選定療養費を取り、救急搬送が減ることに対して住民の拒否感がないのかデータがあれば次回にでも示していただきたいと思います。

【委員】

消防隊が見て明らかに選定療養費がとられるような場合に、説明をするのでしょうか。

【事務局】

消防との協議においては、患者の希望に沿った対応を行うが、説明も行うと伺っています。

【委員】

そうすると、選定療養費を取らない病院と公的 4 病院が輪番のペアになった場合に取りたくない病院に殺到するようなことになるのではないかと。パンクするのではないかとというのが心配ではあります。

【委員】

先ほど申し上げたのが、まさにそれで、対象外の病院の救急搬送件数が増えてるのか、ぜひ知りたい。

【事務局】

データを集めてお示ししたいと思います。

【委員】

要は軽症者の救急車利用を減らしたいということなのですね。であれば、全体の件数が減っていないと意味がないわけです。そして選定療養費を取られるということになれば、選定療養費を取るところには行きたくないなど、トラブルになります。軽症の患者を減らしたいということであれば救急車がお金を取ればいい。以前できない理由を聞いたと思うが一番効果的だと思います。

【委員】

選定療養費を取ることを明確にした方がよいと思います。軽症の搬送数を減らすのか、あるいは搬送数そのものを減らすのか。いずれにしても一次救急、選定療養費を取らない病院の患者数は増えると思います。何を減らそうとしてこの制度を入れるのかもう少し整理していただきたい。

【事務局】

まず総量を減らす目的があるかと思います。そのために適正利用の呼びかけがセットになってくるかと思います。

【委員】

ウォークインを含めた総量を減らすということですか？

【事務局】

ウォークインについては増える可能性はあるかと思います。#7119 の利用も含めて啓発していきます。

【委員】

他自治体では前年比で軽症者が減っているとのことですが、これを利用することによって、病院への問い合わせ件数とか消防の到着時間等はどうなっているのでしょうか。

【事務局】

総量が減り医師が患者対応する時間・回数が減っていくところを目指しているので、収容までの時間も短縮していきたいと考えています。

【委員】

長崎の救急搬送に占める軽症の割合は平成の1桁の時代は非常に少なかった、軽症例や搬送件数が増えていくのは、高齢化に比例していると推察しています。軽症例の年齢分布を他県と比べないといけないと思います。茨城県が長崎の高齢化率、高齢者数とマッチしているのか。独居が増えているので不安が先に立ってしまう。次に#7119の活用が増えているのか、増えているのに救急搬送が増えているなら分かるかなと思います。またやるなら輪番病院全部でやらないと民間輪番病院に軽症者が集中して、当直の医者はモチベーションが落ちるのではないかと心配していますがいかがでしょうか。

【事務局】

軽症の割合は全国的には低く、茨城県や松阪市とは違った動きになる可能性はある。しかし応需率が下がっていて応需が増えている、これは物理的に総量が増えているということでは何かしないといけないと検討しているところです。

全ての病院でとるという形が適切だとは思いますが、選定療養費を徴収できる病院の条件があり、その影響については本日出た意見も踏まえて研究していきたいと思っています。

【委員】

民間病院への負荷は一定かかるとは思いますが民間のベッドにも限界があるので。選定療養費がかかるから民間に行きたい、でもベッドに限りがあるから受け入れられないということになり不搬送が増えると予想しています。または輪番病院へのウォークインが増えるのではないかと考えますがどうでしょうか。消防の負担は減っていくと思いますが。

【委員】

もともとの発想はタクシー代わりの救急車、優先的に見てもらえると考える若い層という印象がありました。都会では。長崎では高齢者の搬送が増えていて意味合いが異なっているのではないかとというのが一点。また民間病院に救急を頑張る医者がいっても軽症が集まってきたらやる気を失しますよ。

【委員】

そうでしょうけど、受け入れにも限界がありますから。民間は医者一人で診てますから。

【委員】

だからやるんだったら輪番全部でやったらどうかという話です。

【委員】

残念ながら200床以上しか取れない仕組みだと聞いてます。

【委員】

やはり救急車で料金を取るのが良い。病院に負担もかからないし軽症者も減る。その方に動いた方がよいのではないかな。

【委員】

議題1について、実稼働の病床数に削減するということで目的意識のない病床数だと感じました。議題2と3については、一次救急二次救急の課題について選定療養費の検討などを行っているようですが、すべてを解決するためには、公的病院のみならずメディカルに一次二次救急を段階的に集約していく必要があると感じました。そのためにはERの拡充が必要でしょうし、そのためには逆にどの機能を削るか、こういった目的意識を持った病床の削減を行うのが本筋ではないかと思いますが、いかがでしょうか。

【事務局】

公的病院の病床については、不採算部門であったり、診療科目の見直し等今後検討していかなければいけない。関係機関や大学との協議を進めていかなければならない。また令和8年度新たな地域医療構想を県が策定されるということで、そことも整合性を取りながら幅広く検討していかなければいけないと考えています。

【事務局】

救急の議題は輪番制審議会でも意見を伺い、次回の地域医療審議会でもまた報告します。