

【確定稿】

令和5年度第1回愛知県地域医療構想推進委員会

令和5年8月28日（月）

【愛知県医師会理事（浦田）】 皆様、こんにちは。お待たせいたしました。

ただいまより令和5年度第1回愛知県地域医療構想推進委員会を開催いたします。

開会に当たり、愛知県保健医療局、吉田局長から御挨拶をお願い申し上げます。

【愛知県保健医療局長（吉田）】 皆さん、こんにちは。本日は、大変お忙しい中、また猛暑の中、令和5年度第1回地域医療構想推進委員会に地域医療のリーダーたる先生方に多数御参集いただきまして、本当にありがとうございます。

また、先生方におかれましては、平素より愛知県の保健医療行政の推進に格別の御理解、御協力をいただいております。この場をお借りしまして重ねて厚く御礼申し上げる次第でございます。

さて、現下の新型コロナウイルス感染症対策につきましては、大変御尽力いただいております。5類になったとはいえ、入院患者の状況や、定点を見ても高止まりしている状況でございますので、引き続き地域におきまして、診療・検査、入院治療、またワクチン接種等、引き続き御尽力賜りたいと考えております。

本日の委員会でございますが、先生方御案内のとおりでございますが、各地域における地域医療構想の推進の議論をより一層活発に御議論していただきたいという観点から、県全体を通しまして情報共有、意見交換を行うことを趣旨として開催させていただいているところでございます。

また、本日は、厚生労働省から鷺見学先生に御出席いただいております。今は内閣官房審議官の御重責でございますが、前職は地域医療計画課長ということでございまして、文字どおり日本の医療行政の中樞を歩かれています方だと思っております。また、大変ありがたいことに、鷺見先生は名古屋大学の御出身ということで、私も愛知県の医療行政を担当する者としても本当に心強い限りでございます。先生には、2040年を見据えた医療提供体制についてということで、まさしく今回の委員会の趣旨にもございますけど、大変関心の高い内容について御講演いただく予定となっております。私自身大変楽しみにしているところでございます。

また、講演の後も、せっかくの機会でございますので、各構想区域における地域医療の現状につきまして、地域のリーダーの先生方からお話をお伺いできればと考えてございます。

限られた時間ではございますが、何とぞ忌憚のない御意見を賜りますよう切にお願い申し上げます。簡単ではございますが、私からの挨拶とさせていただきます。本日は本当にありがとうございます。

【確定稿】

【愛知県医師会理事（浦田）】 ありがとうございます。

既に御案内のように、この委員会は、愛知県からの委託事業として公益社団法人愛知県医師会が開催を行っております。

それでは、愛知県医師会、柵木充明会長より開会の御挨拶をお願い申し上げます。

【愛知県医師会会長（柵木）】 皆さん、こんにちは。今日は暑い中、地域医療構想推進委員会へ御出席賜り、誠にありがとうございました。

ずっとこの会場でこの会議を開催してございましたけれども、つい立てが取れたのが久しぶりだなと。多分よく言われるように3年半ぐらい、つい立て越しに皆さんの顔を拝見していたと思います。これが取れて、何となくより親近感が増したなど、こういう感じがいたします。

今日は、鷺見審議官から、「2040年を見据えた医療提供体制」ということで、まず、御講演を拝聴してから、各構想圏で現状どうなっておるか。コロナも2類から5類になったことですが、名古屋医療センターの長谷川院長と話したところ、今、医療センターではいっぱいだと。もうかなり大変な思いをしておると、こういうお話でございました。私がこの前、愛知県の全体会議でお話ししたところでは8月の終わりぐらいが大体新規感染者はピークだろうと話しましたがけれども、皆さんどういふうに感じておられるでしょうか。

そして、今日の本題の地域医療構想でございますが、これは、去年の9月に同じく地域医療計画課長であった佐々木健先生に来ていただき、「地域医療構想の成果とその今後の行方」という題で、御講演をいただいたと。皆さん覚えておみえだと思っておりますが、その次の次がこの鷺見課長ということになると思っております。我々の関心、もう2025年を見据えた地域医療整備体制の検討というのが地域医療構想ということですが、早いものであつという間に2025年と。そうすると、地域医療構想が提起した病床の在り方、病床の機能といったのが今後どうなっていくのか。2025年はもう目前ですので、もっと分かりやすく端的に言えば、2040年の必要病床と、こういう考え方があるのかないのか、ここが今日の講演の一番のポイントと思っております。鷺見審議官は厚労省の高官でありますので、言えることも言えないこともあるのかもしれませんが、是非この辺のところを。地域医療構想において提起した病床類型、高度急性期から慢性期まで。しかも、2014年のときに2025年の必要病床という考え方を発表したわけですので、あれが成功であれば、同じように2040年の必要病床、あの議論が本当に実のあるものであればそういうことをやってもおかしくないなという感じがします。果たしてどのように今計画されておるか、この辺をしっかりと皆さん頭の中に入れて、今日のお話をお聞きいただければと思います。

そして、その後、時間は取ってあるようですので、各医療圏・構想圏においての現状、問題点を御披露いただければと思います。今日の議論が皆様のこれからの色々な職務上の

【確定稿】

有益になればと心より祈念を申し上げて、今日の開会の御挨拶とさせていただきます。本日はよろしくようお願い申し上げます。

**【愛知県医師会理事（浦田）】** 本日の出席者の御紹介でございますけれども、お配りしてございます出席者名簿をもって御紹介とさせていただきます。

次に、資料の御確認をお願い申し上げます。本日の資料配付は2点でございます、地域医療構想推進委員会委員名簿と鷺見先生の御講演資料でございます。もし不足がございましたらお申し出ください。

この委員会は、吉田局長の御案内のとおり、愛知県内の各地域医療構想区域の取組や課題について情報共有を図り、地域における議論を一層活性化するという目的でございます。率直な意見交換をお願いできればと思っております。

これからの議事進行は、愛知県地域医療構想アドバイザーでございます伊藤健一先生にお願いしたいと存じますが、いかがでしょうか。

それでは、伊藤先生にバトンタッチさせていただく前に1点御案内がございます。

本日の委員会の公開、非公開の取扱いでございます。この委員会の開催要領第6条第1項によりまして、原則公開となっております。

なお、本日の委員会の議事録につきましては、後日、愛知県のウェブページに掲載をいたしますので、あらかじめ御承知ください。

それでは、早速、伊藤健一先生にバトンタッチをいたします。

**【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】** 皆様、こんにちは。伊藤でございます。

毎回、年2回ほど皆さんの顔を合わせて、愛知県の地域医療構想について御議論いただくこと、半ば楽しみというよりも半ば責任上何とかかなるのかなと不安に思いながらやらせていただいております。

早速ですけれども、今日、鷺見先生をお呼びしました。鷺見先生の御略歴に関しては、御自身がスライドの中にお示しされていますので、鷺見先生御自身からいただいてよろしいですか。

先ほどお話があったように、名古屋大学卒業の先生ですので、近しい感じがよくします。私も課長になられたときに少し東京のほうで御挨拶かたがたでお邪魔したことがあったぐらいで、あれからコロナになって東京に行く機会が全然なくなったものですから、随分霞が関が遠くなりました。

ということで、鷺見先生、今から御講演を賜りたいと思います。よろしくどうぞお願いいたします。

**【内閣官房・内閣審議官（鷺見）】** 皆さん、こんにちは。内閣官房・内閣審議官の鷺見でございます。座って御説明させていただきます。

先月まで私、地域医療計画課長として地域医療を担当しておりました。その関係で、少し2040年を見据えたということで、先を見据えた医療提供体制についてお話をさせて

## 【確定稿】

いただければと思います。

自己紹介でございますが、先ほど御紹介がございましたように、名大を卒業でございまして、今日は先輩方の前でお話をさせていただくということで、本当にお招きいただき、ありがとうございます。

私は1年半だけ臨床研修をやりまして、その後厚労省に入り、診療報酬等々をやりましたが、こちらに書いてありますように、比較的国際保健の分野が長うございました。コロナが始まってからは、外務省での最後の半年間は、コロナの武漢からの脱出であるとか、あとは当時のトランプ大統領さんの対応であるとか、中国の情報がSARSと比べては早かったけれども、やっぱり遅いんじゃないかとか、そうしたような外交上のお話などを担当しておりまして、その後、健康課長として保健所の担当を1年間やりまして、この2年間は地域医療計画課長として医療を担当しております。将来の医療と、あとは目の前のコロナを担当すると、そのようなお仕事をさせていただいて、先月、内閣審議官として異動しましたが、今週の金曜日に内閣感染症危機管理統括庁が発足いたしますので、その担当として、引き続きコロナの次の感染症が来たときにどう対応するのかという準備をする予定となっております。

この2年間、私の主な仕事でございますが、目の前の医療提供体制の確保ということで、コロナへの対応、まさに今ですと出口議論、10月以降の体制を含めて、そしてこの冬の次の波へどう対応するのか。あとは災害救急医療、もちろん感染症はすごく大事ですが、災害医療、日本は災害大国でございますので、これに対してどう備えるのかと、非常に大きな話です。最近ですと台風対応とか、あと、5月にはG7広島サミットがございましたが、私も救急医療体制、VIP体制で1週間広島まで行ってまいりました。

あとは中期的な医療提供体制の確保ということで、来年度から始まる第8次医療計画、これは6年間の計画でございますが、また、医師の働き方改革、来年の4月、そしてかかりつけ医機能が発揮される制度整備、そして、その先の長期的な医療提供体制の確保ということで、2025の後の地域医療構想、先ほど柵木先生からお話がございましたが、この辺りをどうするのか。そして、今まさに私が現職で対応する、新たな感染症危機へ備えるための対応、今回感染症法も改正されましたが、その施行に向けた準備などを地域医療計画課長としてやっております。

今日の説明のアウトラインでございますが、こちらに書いてありますように、背景、コロナ対応、中期的な第8次、感染症法の改正、先の地域医療構想、そして、政府全体の方針である骨太の方針、この辺りを御説明させていただきます。非常に大部ですので、先生方、このようなことが動いているなどお聞きしながら、もし御質問がありましたら、終わってからもぜひお願いできればと思います。

医療提供体制を取り巻く状況でございますが、こちら人口動態にございますように、今後、日本の人口は減少していきます。特にこの生産年齢人口が下がっていく。そしてピン

## 【確定稿】

クと赤を見ていただくと分かりますように、2040年から2042年頃、この辺りで高齢者人口がピークになります。

この内訳を見ていただきますと、2000年には8,600万人で2,200万人を支える時代、言わば8人で2人を支える時代だったわけですが、これが2015年に向けて高齢者が1.5倍に増える。その後微増しますが、それよりも課題なのは、2025年から2040年にかけて17%減少する、働き手が下がることです。ですので、ここでは6人で4人を支える時代、6,000万人で4,000万人を支える時代で、2000年からすると大きく構造が変わっている状況でございます。

次のスライドです。こちら、二次医療圏は335、日本全体でございますが、これをプロットしたものでございます。縦軸の左にあるのが生産年齢人口が下がっているところ、横軸より下にあるのが高齢者人口が下がっていくところです。見ていただきたいのは25年から40年のスライド、右側でございますが、こちらドットされているところ、6割のところ、もちろん生産年齢人口は少なくなるのは当然ですが、高齢者人口ですら下がるエリアが日本全体で6割もあることです。ですので、日本全体では人口が下がる、高齢者ですら人口が下がっていく時代がやってくる状況でございます。

次のスライドです。生産年齢人口が下がる場所で何に影響を与えるのか。特に医療の分野ですと、現時点では、医療・福祉に関わる人たちが13%、14%ぐらいいますが、これは1990年代の前半ぐらいでは5%ぐらいなんですよね。なので、125人ぐらいの人が医療・福祉の関係者だったのが、実は2040年になると20人、2割の人が医療・福祉・介護の分野で働かないと、今の医療提供体制のレベルは確保できないことになります。これは極めて深刻で、ほかの分野との人材の取り合いに間違いなくなります。ですので、このところをどういった形でその割合を下げていくのか。1つには、多様な就労・社会参加、健康寿命の延伸、またはICTの利用、医療・福祉サービス改革、こうしたものをしながら下げていかないと、誰が経済成長を支えるのかと、そうした課題もございます。

次のスライドでございますが、医者の高齢化も進展しております。

病院では平均年齢45歳、開業医では60歳になります。この60歳の通常クリニック、1クリニックで1医師ですので、そうしますとソロプラクティスになります。今後、地域で必要とされる医療は、介護との連携であるとか、在宅であるとか、そうしたようなところになってくると、なかなかソロプラクティスだけでは対応は難しい。では、これをグループ、チームでどうやって面として地域で支えるのかが大きな課題になるわけでありまして。

次のスライドです。医師の働き方改革の議論の経緯でございますが、こちらはもう1年を切っております。あと半年ちょっとという中で、また、この人事関係でいいますと、恐らく来年の4月人事でのこの秋頃に、恐らく大学等々でも議論がなされると思っておりますが、地域医療に与える影響、この医事課というところは医師の働き方改革、労働部局などと共

## 【確定稿】

に今ワンストップサービス、宿日直許可などもやっております。そうしたことを最大限行いますが、地域医療への影響をできるだけ、マイナス影響をどのぐらい下げられるのかを慎重に見極めながら最終的な施行に持っていくと。ただ、先生方、日頃診療でお感じになっておられるように、若い先生方、やってもらって当然だと思っておりますので、これは待ったなしの改革であります。

次のスライドです。入院、外来、在宅、救急ということでお見せいたしますけれども、小さくて恐縮ですが、右側の日本地図を見ていただきたいと思います。

入院患者は、全体としては増加傾向にあります。二次医療圏335の色塗りでございますけれども、赤い地域は2015年以前にもう既に入院患者が最大になっていると。青い地域は2040年以降に最大になると。要は、都市部においてはまだこれからも入院患者は増えていく。だけれども、幾つかの地域ではもう下がっていると、入院患者ですら下がっていく傾向にあるということでございます。

じゃ、外来ではどうなのかと見ていただきますと、真っ赤です。ですので、多くの地域、8割程度の地域ではもう既に外来患者はとっくの昔にそのピークを過ぎており、後は下がっていくだけだと。青い地域を見ていただきますと2040年以降に最大になりまして、これは名古屋も含めた都市部では、まだ今後も外来が増えていくと、大きな地域差があると。

次に、在宅でございます。在宅は真っ青です。ただ、1つ留意が必要なのは、これは、今まだ在宅については、なかなか医療提供体制が構築できていない地域もございます。それをベースにしながら、2040年に伸ばすとどうなるのかということですが、今後ニーズはどんどん必要になります。一方で、先ほど申し上げた働き手が減る中で、在宅医療はどうしても手間がかかる。特に地域においては、そこで在宅、離れた人たちに訪問するのは非常に手間がかかる中でこういった形で人員も確保できるのか、こうした大きな課題があります。

救急医療でございます。救急医療はこれ、入院とほぼ近いような状況でございますが、後ほどお話ししますが、高齢者救急などは今後非常に大きな課題になっていくと思います。

次のスライドでございますが、医療需要の変化ということで、これ、疾病別のスライドです。先ほど私、6割の医療圏においては高齢者ですら下がると言いました。それぞれの疾病ごとで見ますと、左側の高齢者がまだ今後上がっていくエリアで、高齢者人口ですら下がっていくエリアが右側で、がん、虚血性心疾患を見ていただきますと、高齢者が下がっていくようなエリア地域では、手術も入院数も下がります。一方で、脳梗塞は横ばい、大腿骨骨折などは上がる、このような状況が分かります。ですので、地域において疾病別で見たとき、入院、外来、在宅、救急の状況は、大方もう将来を見越すことができる。先生方お分かりになりますように、医療の需要は、人口構造の変化でほぼ規定されます。人口構造の変化、それに伴う疾病構造の変化でほぼ規定されますので、20年後に必要な

## 【確定稿】

医療の重要部分は、ほぼ分かるわけですね。それに合わせて地域でどうやって医療提供体制をつくっていくのか、医療提供体制の変化はすごく時間がかかります。ですので、これをどうやって時間をかけながらやっていくのかを先を見越してやるのが大きな課題になります。

次のスライドです。「医療と介護の複合ニーズが一層高まる」ということで、右側、85歳以上の人口でございます。2040年近くなると、1,000万人を超えて、一旦下がった上でまた2060年に向けて上がるようなことになっていきますが、左側でございますように、85歳以上の介護認定率はもう6割近くになるわけです。ですので、この医療と介護の複合ニーズが一層高まる中、このニーズにどうやって応えていくのか。先ほどのソロプラクティスもございますが、あとは在宅の話があります。こうしたことを含めて、人口減少、生産年齢人口が下がると、こういったものにどうやって対応していくのか、死活的に重要な案件でございます。

また、死亡数が一層増加します。昨年の出生数は77万人で、2040年に死亡者は170万人になって、ここがピークになります。今後、特に都市部においては、看取りのニーズも急増します。既に遺体の焼却場が結構キャパシティーがいっぱいになっているところ、都市部ではあると聞いております。この辺りについても、どうやって対応していくのか。これは在宅、ACPについてもどう考えるのかが必要になります。

ここからはコロナ対応でございますが、こちらはごく簡単にお話しさせていただきたいと思います。今まだコロナ対応が大変で、先生方お忙しいと思いますけれども、私が2年前に着任をしたときには、岸田総理、そして大臣も替わりまして、全体像を策定いたしました。これは2年前のものでございますが、今でも病床の確保、外来の体制であるとか、あとは高齢者施設への対応と、こうしたものを全体像の軸に、相手の正体、デルタ株からオミクロン株に変われば、それぞれによって伸び縮みさせながら対応しております。こちらは都道府県の方々にも御協力いただきながら策定をしたわけですが、こういうのがあったなと思い出していただけだと思いますが、一昨年の年末においては、都道府県に対して私たちマンツーマン体制で医政局も管理職が張りついて、数字を積み上げました。それで、都道府県の方々も必死に医師会の先生方、そして病院の先生方と協力しながら病床確保等々を行ったということでございます。これを軸にしながらデルタからオミクロンにつなげたわけですが、次の感染症法の改正においても、次に来る感染症、何が来るかわからない中で、この軸をしっかり定めておけば、あとは伸び縮みさせることによって何とか対応しようとして今考えているわけでございます。

こちら、オミクロンに切り替えた状況でございます。すみません、話がどんどん飛んで恐縮ですが、オミクロンに動いた話におきまして、高齢者施設が非常に問題でした。また、外来が大きな課題になりました。ですので、こうしたところを膨らませながら全体像を変化させたわけでございます。こちら、こういうものがあったなと思い出していただけ

## 【確定稿】

ればと思います。

昨年の冬は、何を私ども心配したかという、インフルとコロナと両方が来たときに外来が必ず逼迫するというので、OTC化、それから家におきまして解熱鎮痛剤などを、若い人たちは自分の家で何とか耐えていただく体制を含めてやりました。そうでないと外来がもう完全にパンクする。もちろんその中にはオンライン診療等々も含めてお願いをいたしました。何とか昨年の冬は乗り越えました。次、私どもが一番心配しておりますのは、今後、10月以降の体制におきまして、どういった形、インフルがどういう状況になるかまだ読めない状況で、この冬をどうやって乗り越えるのか、これが非常に大きな課題だろうと思っております。

そして、こちらがまさに今最終的な調整を行っているところだと承知しております。今、私自身は担当しておりませんが、5月8日に5類に位置づけが変わって、その後、10月1日から様々な病床確保料や診療報酬の特例、こうしたものも検討されていると認識しておりまして、それを次の診療報酬改定に向けてどうつなげていくのかが今まさに議論されていると、そのような状況でございます。

次のスライド、こちら少し御紹介ですが、5、6、7、8波の高さを見ていただきたいと思います。こちら、感染者数は、当然7波、8波はオミクロンで高かったわけですが、入院患者数自体は、この割合からすると低いということになります。一方で、絶対数だけ見ていただくと分かりますように、入院者の絶対数自体は実は第5波より大きい。なので、当然感染して入院をする割合は低いけれども、絶対数が多いからやはり医療を逼迫させる状況が6、7、8波であったわけでございます。

ここの中で、官民の設置主体別の役割を5、6、7、8波で見ていただきますと、実は公立・公的医療機関は、大体設置主体別の入院施設数自体は横ばいだと。一方で、民間はそれに応じて変わった状況がございますし、実際患者さんの数をどのくらい受けたのかが次のスライドでございますが、こちら患者数におきまして、民間の方々も相当程度この6、7、8波のプラスアルファの部分を含み込んだことがございます。

これを割合で見ますと、どのような状況になっていきますと、次のスライドでございますが、こちらに書いてありますように、入院施設数、そして確保病床数、入院患者数、こうしたようなことがそれぞれ最後、6、7、8波におきましては、かなり民間の方々、先生方に御尽力いただいたことが分かるわけでございます。

一方で、都道府県別に見ると、実は今、官民の話はよく議論がなされますが、都道府県ごとにかかなり大きな差があるわけでございます。特に地方部においてはどちらかというと、公が非常にその役割を果たす。でも一方で、東京や大阪、都市部においては民間でかなりやられたことが分かります。愛知は少し特殊なところで、都市部でありますけれども、公民が一定の役割を果たしながら、そして民間の先生方も頑張られたと、そのような地域だろうと思っております。



## 【確定稿】

これが入院施設数ですが、患者数についても大体同様の傾向が見てとれるのが31ページでございます。

次のスライドでございますけれども、コロナのときに私が2年間、医療の責任者として担当して一番苦勞したのは、実は救急搬送困難事案でございます。こちら、第7波、第8波のピークを見ますと、数字が小さくて恐縮ですが、実は、コロナの前の6倍、7倍という数字になっています。ですので、救急は、先生方お分かりになりますように、やっぱり最後の砦ですので、その規模を、キャパシティーを増やせ増やせとお願いをしても、そんなに増えないです。せいぜい数割増えたらもう上出来で、それ以上は到底できない状況です。ですので、私ども、その手前のところ、相談体制、外来、オンラインであるとか、そもそも自宅で耐えていただくと、そうしたことを含めて、何とか、特に若い人はそういった形で対応いただく、こうしたことをしながら、入り口のところを絞ることをしなければ増えなかったのも、救急だけを見ている救急の解決につながらないので、非常に苦勞しました。これは実は次のスライドを見ていただくと分かりますように、救急自体そもそもかなりの件数が、コロナになる前から上がっていた状況の中で、言わばコロナで、その問題がより鮮明に出てきたと思っております。こちらは今600万件以上、1年間であるわけでございますけれども、搬送件数を見ていただきますと、多くは高齢者ですね。平成13年から令和3年に2.1倍となっておりますが、実は85歳以上になるともっと急増している状況でございます。これは、今後またさらに上がっていく、先ほどお示したように、2040年に向けて高齢者救急をどうやって対応するのが極めて深刻な課題になります。これは地域ごとにしっかり議論をしないといけない。では、高齢者救急においては、何でもかんでも大きな病院に集めればいいのかという、そんなことをしたら、もちろん医療資源の無駄遣いにもなりますし、そもそも医療がうまく適正に医療資源の配分ができないことになりますので、集約すべき救急とやはり地域においてある程度分散させながら、だけれども、救急は先生方お分かりになりますように、高齢者の方々は、最初症状だけではなかなかもとの疾患が分からない。なので、例えば肺炎であるとか尿路疾患というのが分かってからであれば受けられますが、入り口の救急はやはりハードルが高い部分があるので、それを地域においてどうやって分散させながら救急の場をつくっていくのか、二次救急をある意味充実させながら、そして受け入れるその後の後方病院の地域包括ケア病棟なども充実させる、このような取組を地域でしっかり進めていく必要があると。先々月の雑誌『病院』にも、私もそういった内容を取りまとめておりますので、もしお時間がございましたら御覧になっていただければと思います。

ただ、こうしたお話は、次のページでございますが、先ほど言ったコロナでもですけれども、患者さんの理解、国民の理解がなくてはなりませんので、上手な医療のかかり方の普及・啓発も並行してやっておりますし、まさにアドバンス・ケア・プランニング、こちら、人生会議のような話も地域においてしっかり議論していただく必要があると。ACP

## 【確定稿】

を無理やり行政が進めることは非常に危険だと思っております、やはり地域において消防、行政、そして受入れの病院、そして患者さん、患者さんの御家族、ケアギバーの方々が議論しながらどう進めるのかが非常に大きな課題だろうと思っております。

こちらはACPの調査、これをどのぐらい知っていますかという調査を5年に一度やっております、昨年度行った結果でございます。これ、文字が小さくて恐縮ですが、結論から言うと、国民の知っている割合はあまり変わっておりません。一方で、医療従事者の認識は大分上がってきていると、青い部分は上がってきている状況でございます。ただ、半分の医療従事者はまだACPのことをよく分かっていない状況ですが、患者さんや患者さん御家族はやはり誰にこのACPを聞くのかというと、医療提供者、そして介護提供者、こうした方々にお聞きするので、やはり従事者がしっかりこの中身を知りながら患者さんに問われたときに説明できる体制を整える必要があるのだろうと。

ここからは新潟県の松本晴樹部長が地域医療計画課に今月から戻ってまいりましたが、この資料、少しこちらを見ていただきたいと思います、人口10万人当たりの全国比較、これは新潟県の資料です。新潟県はよくやったという数字を新潟県が出している数字ではございますが、感染者と死亡者を47都道府県で見ますと、愛知県を赤字で小さく線が引いてあります。この辺りにあるということで、平均ぐらいかたと感じはいたします。また、人口10万人当たりの死亡者数の全国比較という、こんな形になっておって、新潟県は低い、愛知県は真ん中ぐらいになりますし、あとはG20の陽性者における死亡率を見ますと、日本の陽性になってからの死亡率を見ますとかなり低い状況がございますし、これは陽性者における死亡率を都道府県ごとに見ますと、次のページにございますように、愛知県は大体真ん中ぐらいになっていると、そのような状況です。ですので、感染したときに、最終的にちゃんと医療につなげながら、その方をサポートできたかはこういった数字である程度評価できる部分もあるかと思えます。

新潟県はどうして少なくできたのかを下に書いてあります。様々な、彼らが言ったのは治療薬の体制みたいなものも、やはり高齢者施設においても治療薬を投与できるような体制をしっかりとつくり上げたようなことも言っております。

次が、こちらはOECDのレポートで、少し御紹介ですが、英語になっておりますけれども、右側に行けば医療従事者が多いところ、左側に行けば医療従事者が少ないのですが、この超過死亡率が上に行けば行くほど高い、下に行けば行くほど低く、日本の医療従事者はそこそこ多くて、超過死亡率が低いことになっているスライドでございます。次は、ワクチン接種率、これに日本は載っておりませんが、右側へ行けばワクチン接種率が高く、上が超過死亡率になっておりますが、ある程度こちら辺は平行になっていることが分かるものでございます。

次のスライドです。医療への影響ということで、コロナについて言うと、鬱病の患者さんなどがコロナの前と後では大きく異なっており、これは世界的に大きくコロナの最中は

## 【確定稿】

増えたことが分かるものでございます。次のスライドは、高齢者の死亡数でございます。これは初期なので、あまりトータルではございませんが、皆さん御存じのように、日本では出だしのところ、かなり丁寧に対応したので、高齢者の特に施設の死亡者数は非常に少なかったわけですが、諸外国においては、初期は相当程度死んでいることが分かる状況でございます。

また、次のスライドですが、こちら、イギリスではバックログ問題がございます。バックログは積み残しという問題ですけれども、彼ら、右側を見ていただくと、オレンジのところ、52週を超えて待機しているということで、52週ってもう1年超えているわけですね。1年以上病院に行けずに待機している人がこのぐらいいるということで、非常にこれはイギリスの議会などでも深刻な課題、大きな問題になっているところでございます。イギリスがうまくいったという話も、最初言われたわけですが、結論としてはこういう状況でございます。

もう一つ、通常医療との両立は、次のスライドですが、がん医療のところも、がんの専門医療にかかる割合もどんどんどんどん下がっていること、コロナの最中はひどい状況になっていることが分かります。

次のスライドですが、こちらは救急医療でございますが、こちらでも12時間以上待たされることが急増しているようなことで、先ほど救急搬送困難の状況、日本でも深刻な状況をお伝えしましたが、それよりもはるかにひどい状況がイギリスで起きていたことが分かるという御紹介でございます。

次のスライドです。こちらは南海トラフのお話ですが、南海トラフの大きさ、インパクトは、私、災害医療の重要性を冒頭申し上げましたが、右側がCOVIDの影響、被災者数は三千数万人で、死亡者数がこの丸の大きさ、7万人となって、南海トラフだということになる。広島原爆、長崎原爆だということになる。関東大震災ではこうなるとあるので、こうしたようなことで、今回のコロナのインパクトを測るときに1つの参考になるのではということで御紹介でございます。

次でございますが、こちらはまた日本のお話に戻って恐縮でございますが、先ほどお話ししました新型コロナと、そして2040年を見据えた人口構造の変化への対応、新型コロナにおきましては、人材面をはじめた高度急性期の対応であるとか役割分担、チーム・グループの対応、デジタル化、見える化、こうしたものが日本の課題として出てきました。

一方で、2040年を見据えた人口構造の変化への対応と、こちらに書いてあるような、この2つ平時と有事、感染症と通常医療と考えになりがちではございますが、私ども、先ほどの救急の話を含めても、実はつながっており、今回のコロナの経験を生かしてこれをうまくレガシーという形で2040年に向けた対応にぜひ生かしていこうと今検討を進めている状況でございます。

ここからが第8次医療計画でございます。医療計画は、先生方御存じのように、6年ご

## 【確定稿】

との計画でございまして、来年度からスタートします。今愛知県で御検討いただいているということで、国の方針とすれば昨年度お出ししたと。感染症については、新たに6事業目として追加しまして、これも5月に基本方針を出したということでございます。

こちら、先生方御存じのように、医療計画は、都道府県が責任を持つわけですが、大臣告示で基本方針を定め、そして、都道府県が右側にございます医療計画という形で、この中期的な医療の計画をしっかりと定めていくものでございます。

今回、先ほど申し上げましたように、今後の医療提供体制の構築ということで、感染症におきましても、やはり平時から準備をしておかなければ、結局有事に切り替えられないことが明らかになったわけでございますので、今回、平時からの6事業目として感染症を追加して、今検討を進めていただいております。

次のスライド、こちらの検討会でございますが、昨年度私ども50回以上開催し、今日おられる先生方にも委員として御参画いただいた方が何人もいらっしゃいますが、そうした方々の御協力の下、基本方針を取りまとめました。

次のスライドです。第8次医療計画のポイント、こちらに記載してありますとおり、今回は、例えば二次医療圏の範囲、基準病床の考え方であるとか、そうしたところについては触りませんでした。これは幾つか理由もございまして、行政も、そして医療機関もコロナでかなり疲弊している状況の中で、私自身としてはできるだけ今あるものを少しでもブラッシュアップしながら医療計画を見直すという視点で、本当の意味で大きくドラスティックに変えるようなことではない形で適切に変えられるものを変えていくことで、今回の改定を行ったつもりでございます。5疾病の話、基本的な方針はあまり変わりございませんが、先ほどの救急の話などについては下にございますように、増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化することで、特に三次医療と二次医療の役割分担、先ほど言った集約すべき医療と分散すべき救急の、こうしたものをしっかりと地域において役割を検討してくださいというお話です。あとは在宅医療については、今後やっぱりニーズが増えてきますので、積極的な役割を担う医療機関、例えば在宅病のような形、在宅を支援する病院、しっかりと位置づけることで見直しを行ったということでございます。

また、第8次医療計画のポイント②。こちら地域医療構想、外来医療、医療従事者の確保、医療安全の確保、それぞれ微修正を行ったものでございます。

感染症法の改正でございます。これは昨年12月に感染症法の改正を行いました。字が細かくて恐縮ですが、ポイントは1つだけです。これは都道府県と医療機関の間で事前に協定を結んでいただくのが今回の法律改正のポイントとなっております。

特に初動、私ども初動の対応のところは感染症のとき、広がるところはなかなか受け入れてくれる医療機関はない。当然それは減収なども想定されるので、減収を補填する、流行初期医療確保措置という形でつけており、後ほど御説明しますが、そうしたものが大き

## 【確定稿】

な柱になっております。今後、これは来年4月から施行になりまして、半年ぐらいかけながら、都道府県と医療機関で協定を結んでいただくこととなります。

次のスライドがそのポイントになりますが、協定締結医療機関ということで、特に公立・公的医療機関はこれが義務になります。ですので、今後、今回のコロナの実績などをベースにしながら協定を結んでいただくわけですが、協定の中身とすれば、右の真ん中にございますように、まずは病床確保、発熱外来、それから自宅療養者に対する医療提供、後方支援、人材派遣と、こうしたようなものを想定しているわけでございます。今回のコロナの実績などを踏まえながら、今後平時において有事に向けた協定を結んでいただくことになるわけでございます。

次のスライドです。次が協定締結のプロセスになりますが、来年の10月ぐらいまでを目途に協定を結んでいただくわけでございますが、公立・公的医療機関におきましては、有事における医療提供が義務になりますので、当然協定締結をいただくこととなります。特定機能病院や地域医療支援病院の場合は、それがもし有事のときにうまく提供ができないと全て一律取り消すということではございせんが、やむを得ない事情などを除きながら医療提供を言わば拒否したような場合については、承認を取り消すことも今回の法律の枠組みに入れました。

民間医療機関は、締結は義務ではございせんが、少なくとも協定締結の協議に応じるのは民間医療機関も含めて義務が課されます。これが今回の法律の枠組みになっている状況でございます。

次は流行初期医療確保措置ですが、先ほど申し上げましたように、減収分がございます。ですので、減収分を補填するために、公費と保険財源とが半々で補填をする枠組みを今回の法律に入れ込んだものでございます。それ以外の、例えば平時における様々な施設整備費であるとかについては今まさに予算要求をしているところでございます。今後、予算規模に応じてどういった優先順位をつけながら、どういったメニューを出すのか今後お示しをさせていただくことになるだろうと思っております。

次は地域医療構想でございます。地域医療構想がなぜ必要かということでございます。これは先ほどお見せした図ですので、繰り返しは申し上げませんが、地域の医療需要というのは、人口構造と疾病構造に応じて変動、これでほぼ規定されるということでございます。一方で、医療供給体制の構築と維持は、大きな資源確保が必要です。これを変えるのはすごく大きなエネルギーが必要になります。ですので、今までやってきたやり方は、先生方ももちろんあり、それが慣れているわけですが、今後の人口構造や疾病構造の変化に応じて変化させていくためには、これを少しずつ変えていく必要がある。特に建て替えの時期であるとか、あとは地域医療の今、既にある医療資源をどうやって最大限活用するのかと。結局医療というのは、1つの医療機関だけでは成り立たないわけで、いろいろな医療機関と役割分担をしながら役割を果たしていくこととなりますので、既存の医療資源を最

## 【確定稿】

大限活用しながら、自分の医療機関がどうやって、将来の医療提供体制、この地域における医療提供体制を確保していくのかを考えていく必要があるということでございます。

こうした中で、冒頭、柵木先生からも御指摘がございました4機能区分、私ども2025年に向けて、この4機能区分をお示ししておりました。これは、もともと病床機能報告というのが2015年頃に開始をしたわけですが、それまでには病床機能自体がはっきりしなかったわけでございます。ですので、まずはこの病床機能報告からスタートして、当然医療の中で入院はかなりコアに位置するところです。まずはここからスタートをしながら、病床機能報告を開始して、4機能区分をしながら見ていこうというのが地域医療構想だったわけです。

こちら、病床機能報告の動きですが、病床数自体とすれば一番右側が2025年に必要となる病床数と、あと、そのときに入っているであろう患者さんの状態の必要となる病床ということでお示しているわけでございます。ただ、こちらの一番右側の区分は、あくまで患者さんの状態を伸ばした、例えばがんの患者さんで、1週間後になるとかなり医療資源投入量は下がるわけなので、がんの患者さん。手術後の患者さんであれば、回復期に当然この一番右側にいるわけですが、その人がどの病床にいるかということ、恐らくは急性期病床にいるわけですし、ここにギャップがあるのはある程度仕方がないと私どもも当然思っており、この数字合わせをやること自体はほとんど意味がないと思っております。ただ、先を見越しながら、こういった方々が2025年にはいるから、そこを見越して病床機能分化、病床機能区分をしっかりとまずは把握をしていこうというのが地域医療構想だったわけでございます。

将来、2040年、今後を議論する中で、数字合わせに終始すること自体にあまり意味がないと私どもも思っておりますが、これ自体がなくなるわけではございませんので、2040年に向けて、まず、全体として病床がどのぐらい必要になるのか、どういった人たちが病院に入っているのか。それは、入院だけではなくて、今後外来機能報告も出てきます。ですので、外来、在宅、救急、こうしたものをどういった形で、言わば医療のエコシステムが地域においてどうやって動くのか。あとは、そうした数字自体をどういう形で私ども分かりやすい、地域医療システムがうまく機能している、ヘルシーに動いている指標みたいなものを何かしらの形でお示しすることができないかと、そんなようなことを今内部で議論しているわけでございます。

ただ、言うは簡単で、実はデータに落とし込んで都道府県などにお示しをしながら議論いただくためには、うまく翻訳をしながら分かりやすい形でお示しをしないと簡単ではない状況でございます。これをまさに、今日も隣にいます小林先生などのお力も借りながら議論をしていると、そんなような状況でございます。

次のスライドですが、地域医療構想は非常に複雑でございます。主に都道府県の保健福祉部局が中心になりながら、地域医療構想調整会議、そして医療審議会、こうした公式の

## 【確定稿】

場で、また、アドバイザーの先生方と議論しながら進めるわけでございます。当然都道府県は、財政当局とか、市町村課、総務省、消防課、こうしたところともやらないといけないし、下にございますように、再編する病院を有する自治体、ここの中では当然首長もいらっちゃって、選挙もございます。ですので、このような動き、再編する公立病院院長の人事とか、あとは公的病院においては、例えば済生会、日赤であれば法人本部があるので、そうしたところの調整、そして影響を受ける医療機関、例えば統合してこられる医療機関、もしくは抜ける医療機関、このようなところの地域においては当然地元医師会との調整が必要になります。あと大事なのが一番右側の大学医局との調整。ですので、地域医療構想自体の全体のエコシステムを把握しながら調整をしないと、うまくいかないと。特に一番下にごございますように、地元の金融機関との調整も非常に重要な調整になってきます。こうした一つ一つの全体像を見ながら、保健福祉部局が中心となって議論していくわけですが、なかなか難易度が高いところもございまして、先生方自身もこうしたようなことで動いているということで、自分の医療機関の動き方、将来の構想などもぜひ御検討いただければと思います。

私どもこうした中で様々なツールをお出ししております。1つは基金でございます。これは毎年大体1,000億円をお出ししておりますが、国が3分の2、県が3分の1でございます。これ、県が3分の1を準備してくれるなら、国は3分の2を出すものが基金ですが、なかなか3分の1を県で確保するのも簡単ではなく、先ほど言った財政当局との調整も必要になってくる。その中身がしっかりと担保されているものかどうか、こうした調整が必要になってくるわけでございます。

その中で、私ども重点支援区域を設定して、そういったところには基金の上積み、上乘せもさせていただいておりますし、あとは技術的なアドバイスをしていることで、積極的に重点支援区域に都道府県から応募いただくことをお願いして、もう一度全体で重点支援区域になる必要がないのかを考えていただきたいと思います。あとは結局、ステークホルダーがたくさんある中で、政治的な、例えば、首長の選挙もある中で市民病院の建て替えとか機能分化ということが簡単に進まない中で、どういった落としどころを見つけるのかということ、やっぱりデータが基本ですね。データがあるだけで物事は進まないけど、データがしっかりしていないと物事は絶対に前には進まない。ですので、例えば今ある400床のベッドを200床に減らすのがいいのか、150床に減らすのがいいのか、そもそもなくして、有床診にしたほうがいいのか、もしくは外来だけにしたほうがいいのか、この辺りは数字に基づいて丁寧に議論しないといけないわけです。こういった形で地域の合意を取るのかは、数字が基本になります。ですので、私ども地域医療提供体制データ分析事業ということで今、公募をかけており、今年度は10都道府県にお願いをしているのですが、実はまだ5府県しか手が挙がってないところで、今、必要なところはちゃんと手を挙げてくださいますようお願いをしているということでございます。

## 【確定稿】

私ども、補助金、それから診療報酬、税制、融資というのがツールになるわけですが、税制優遇みたいな措置も登録免許税や不動産取得税、そして、所得税の特別償却制度みたいな制度を使いながら、地域医療構想を進めることで、ツールをお示ししておりますので、ぜひ御活用いただきたいと思います。あと、御存じのように、WAMの優遇融資などについても、地域医療構想のこの枠組みに乗っている場合には利率について優遇をすることも行っております。

今申し上げたことを踏まえて、今後議論していくわけですが、今までは、2025年度までは、入院をベースにやってきたということです。それはなぜかというと、病床機能報告しかなかった時代だったわけですが、今後、外来機能報告も出てきます。また後ほどお話しします、かかりつけ医機能報告も始まります。このようなことを考えながら、地域医療構想の目的は、繰り返しになりますが、将来の人口構造の変化をちゃんと予測しながら、医療提供体制を地域ごとに考えることだけなのです。ですので、人口構造変化と疾病構造変化ではほぼ規定されるので、そこを見据えて、どうやって地域で医療提供体制を構築していくのか、そのために必要なデータは何なのか、それを分かりやすく、国とすれば都道府県にお示ししながら、都道府県はしっかりそれを活用しながら、そして地域医療構想調整会議にはそうした資料をしっかりと出ししながら先生方で議論いただくと、これが基本になります。

当然、地域医療構想調整会議は、表舞台になりますので、その裏舞台が非常に重要です。裏舞台というのは、表舞台に出る前に人事の話を含めて調整が必要になります。ですので、これは非常に骨が折れる仕事になりますが、そうしたことをやりながら、先の地域の医療提供体制を考える、このことが地域ごとに求められることであるわけであります。

最後の項目ですが、骨太の方針でございます。骨太の方針は、実は厚労省の方針とか財務省の方針ということではなくて、日本政府全体の方針になります。よく新聞で骨太と書いてありますが、これは大体毎年6月に出されますが、日本政府全体の方針になりますので、この文言は、私ども相当議論してつくられます。先生方から見ると、いろいろ入っていて何となく総花的、クリスマスツリーみたいな感じだなと思われるかもしれませんが、そこにどう書かれるのか、これ、書かれたことは確実に私どもやれというふうに政府全体で言われますので、そこに書いてある文言は非常に重要になります。

その基になるようなことで全世代型社会保障構築会議が去年開催され、その中間整理で少し興味深い数字があるのでお示しをしておりますが、2040年のところを見ていただきますと、生産年齢人口が6,000万人を切ると、高齢者総数が4,000万人となることで、冒頭申し上げた6,000万人で4,000万人を支える時代が来ると。そして認知症も800万人を超え、介護提供者も必要数がぐんと増える。何より必要になってくるところは、私、人口構造の変化と疾病構造の変化と申し上げまして、住まいの在り方は需要において非常に大きな影響を与えると思っており、単身の高齢世帯900万世帯は、この



## 【確定稿】

人たちが1人で自宅にいること自体についてどういった医療をどう提供できるのかは極めて深刻な課題であります。特に田舎に、愛知県も田舎を持っておりますので、そうした地域における単身高齢世帯、これは住まいとの関係がございます。医療は都道府県に権限がございますが、市町村にその都市計画などの権限がございます。あと介護も市町村にございます。ですので、ここの部分をどうやって都道府県と市町村が連携するのかが極めて重要な課題になってくることとございますし、あとその間に入ってくるのが、病院、医師会であるとか、両方を見ておられるのが先生方で、そうしたところのハブになる可能性も十分あると思っておりますし、期待したいと思っております。

2022年の骨太の方針、これは去年の方針ですが、今私が御説明してきたことがおおむね書かれていますし、またこれを御覧になっていただきたいと思っております。今年の骨太の方針もやはり同様の記載がなされているところでございます。

この中では、下のほうに都道府県のガバナンス強化が記載されております。これは何を意味しているのかということ、都道府県の権限をもっともっと強化をしろということが、実は医療の外の人たちから言われております。厚労省としては、別に無理やり都道府県の権限を強化したところで、それ自体で物事、日々行われる医療がうまく回ることは必ずしもないということで相当程度議論をしているところですが、医療の外の人たちからすると、実は医療の先生方はなかなか自分たちの言うことを聞かない、何とかそこのところの権限をもっと強化してやるべきではないかという議論がすごく強いんですね。なので、この中でこうした骨太の方針が入ってきております。ただ、私ども、やはり医療というものは何か無理やり権限で、先ほど言った病床数の話も含めて、無理やりやっとうまくいくとは到底思っておりませんので、その辺りをどういう形で落ち着けるのかを議論しているわけでございます。

また、2013年に日本医師会と四病協が出した定義、かかりつけ医機能ということで出しておりました。こうしたものをベースにしながら議論しつつ、実は今年の通常国会におきまして、全世代型社会保障構築ということでの法案として、下に赤字で書いてあるかかりつけ医機能報告の法律が通りました。医療法の改正が行われました。

こちらの方針は、次のスライドにございますが、地域完結型の医療・介護提供体制の構築ということで、左上にありますような特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関のような、言わば集約するようなところと、あとは地域で支えるところ、地域で治し、支える医療をどういった形で提供していくのかをどうやってバランスを取っていくのかということとございます。その中でかかりつけ医機能を有する医療機関をある程度軸にしながらやっていくこととございます。

ただ、左上に救急車の絵がありますが、必ずしも救急車はこちらに行くということでなくて、先ほど申し上げましたように、高齢者救急などについては地域の中で支える救急というものも当然あると思っております。

## 【確定稿】

そうした中でかかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格ですが、1つは右上にございますように、医療機能情報提供制度の刷新ということで、今既にこうした制度が医療機能情報提供制度、多くの先生は御存じないかと思いますが、県がまとめてやっております。これを今まであまり使われていなかった制度を全国統一化しながら分かりやすい項目で、どの医療機関がこういった機能を持っているのかをお出しすることで、刷新をするのが来年度からスタートいたします。

次に、かかりつけ医機能報告制度。この詳細は、再来年度に向けて今後議論していきますけれども、こうした議論を進めて、今後報告制度が始まるということでございます。

次のスライドが地域医療連携推進法人制度の見直しということで、医療法の改正も同時に行われ、少し使いやすくすることで、ソロプラクティスだけではなかなか医療が提供できない地域で、面で医療を提供するためにはもう少し使いやすいようグループ化しながら医療を提供する。ここでは共同購入、共同調達、人事、研修のやり取りであるとか、あとは在宅とか夜間の診療と昼間の診療、こうしたグループの在り方、こうしたようなことを含めて、制度もうまく活用しながらやっていただきたいことで改正を行ったところでございます。

こちらが最後のスライドでございますが、今申し上げたようなスケジュールで、第8次医療計画が来年度からスタートいたします。そして地域医療構想、まさに今後、今年度と来年度かけて制度を見直して、そして、25年度には都道府県で議論をしていただいて新たな構想につなげると。そして外来医療計画、かかりつけ医機能報告、医師の働き方改革、そして先生方には関心が高い診療報酬・介護報酬の同時改定がございます。

また、この次の診療報酬改定に向けて、出産の保険適用についても検討を行うことを総理がお話しておりますので、この辺りについてもどういったことが実際問題として可能なのかを並行しながら議論するというところでございます。

ざっと御説明をしましたが、御清聴ありがとうございました。

**【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】** 鷺見先生、どうもありがとうございました。

非常に多岐にわたるお話だったので、なかなか頭が混乱しているところですが、せっかくの機会ですので、皆様方、御質問、鷺見先生、よろしいですか。

どなたか、いかがでしょうか。

では、会長、お願いします。

**【愛知県医師会会長（柵木）】** どうも鷺見先生、御苦労さまでした。ありがとうございます。

医療提供体制の全体像について、非常に早口で短い時間にスケッチいただき、本当にありがとうございます。

こだわるようですが、冒頭申し上げましたように、審議官のお話ですと、この地域医療

## 【確定稿】

構想というのは全体的な医療体制を示すふうにおっしゃいましたけれども、私はやはり地域医療構想というのは全体の医療提供というよりも、むしろ病床の適正配置だと、こう理解しております。

今日のお話を伺っても、確かに在宅だとかそういうものが病床に影響するのは当然あるわけですが、全体を考えると、病床をどのように地域で配置するかと。しかも機能によってやっていくかという問題で、その1つの考え方が例の医療資源の投入量3,000点、600点、225点ですか、あれで整理して2025年の提供体制を整備していきましょうという1つの大きなツールを提供して、この10年間やってきたことがあったわけですね。それは本当に成果があったということならば、同じような手法で2040年の病床の提供の在り方がどうかというのは、これをモディファイするような格好でやってもいいのではないかなという気がします。あまりそういう論が出てこないところを見ると、やっぱりあれではあまり現実性がないと。だからもっと別のツールを使ってやったほうがいいのではないかという議論が厚労省の中であるのではないかと考えているのですが、それを具体的にどうのこうのということは言いづらいのかなとお聞きしていますが、そこをぐっと押し込んでいかがでしょうかね。

**【内閣官房・内閣審議官（鷲見）】** 先生、ありがとうございます。

入院医療は、先生がおっしゃるように、明らかに軸になるのはそのとおりでして、そういった意味で病床機能区分は、地域医療を考える上で大きな割合を占めるのは、これは間違いないわけでございます。

そうした中で、私ども、今後、地域医療構想のこの10年を振り返った評価も含めて、議論をすることになっておりますので、私がこの場で何か議論を先取りして申し上げることではないですが、1つは、私ども先を見据えながら、データを見ながら議論をしていこうという場ができて、議論が進んできたこと自体が一番まずは大きな進歩だろうと実は評価をしているところでございます。その中で、1つのツールが病床の機能分化だったわけでございますが、ここが軸になること自体も今後もそれは変わらないと思います。

ただ、私が申し上げたのは、病床機能分化だけで先の医療を見られるのか御指摘もあるものですから、それは、先ほど言った在宅とか外来とか救急、そうしたことを見ていく必要もありますし、あとは議論でするのは、病院の機能分化というか、病院の種別みたいなものも併せて検討する必要があるかと。それは、先ほど申し上げました本当に集約化しないといけない高度な医療の病院と、そうではなくて、地域において、二次救急、高齢者の救急を受けながら、地域包括ケア病棟などに、言わば入り口の部分のトリアージをしながら分けていくような病院、こうしたような病院の種別も必要じゃないかと。このようなことの議論がなされていますので、そうしたことも言わば加味してということでございます。ですので、柵木先生にもしかして誤解を与えてしまったかもしれませんが、冒頭の病床機能区分、病床機能分化自体を決して否定するものではなく、まずは、これが当然ありなが

【確定稿】

ら少しモディファイしながら、それにオンするもの、オンすべきものが何なのかを考える必要があると、そういうことでございます。

【愛知県医師会会長（柵木）】 そうすると、やっぱり2040年の必要病床数を提示することもあり得るということですか。

【内閣官房・内閣審議官（鷺見）】 それ自体、今後2年間かけて決定することになるので、軽々しく申し上げることはできませんが、少なくとも病床数というのは1つの必ず議論の対象には間違いなくと思います。それは地域によって大きく変わりますので、当然人口構造の変化に応じて、そこはまず柱になるのは間違いがないと思います。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 よろしいですか。まだ言い足りないんじゃないですか、大丈夫ですか。

この10年間の反省の上に2040年の新しい数字の提示があるかどうかは、僕らも非常に興味を持っていますし、現実の問題として今ある4病床機能分類の中で、回復期の議論がまだ不完全だということは多分厚労省もお考えだと思いますので、そこら辺のところ、恐らくもう少し議論が進むんでしょうね。

【内閣官房・内閣審議官（鷺見）】 もう一つは、いろいろな回復期という名称が妥当なのかとか、そうした議論もございまして。名称自体を深掘りすることよりも、その中身のデータの議論をすべきだという人たちもいて、そこは議論があるところでございまして。今、先生方といろいろお聞きしていると、やはり患者さんの受療行動自体が特にこの5月以降大きく変わったこともお聞きします。そうしたことを踏まえて、特にコロナのこの3年間は通常と違うわけですので、今後地域医療構想、先のことを考えるときに、どこのデータを使ってどういうことをベースにしてやっていくのか。言わば新しくコロナ後のこの状況自体がニューノーマルじゃないですけども、新しい状況なので、これをベースにすべきなのか、それともやはり前のものを傾向の中で動かすのか、これも1つの議論になると思います。

病床数をどうやって決めるのかが正しいというか、適正なものを決めるのかは非常にどういった因子を考慮するかによって変わってきます。それは今申し上げました受療行動が、受療率が非常に大きな影響を与えますので、入院率、そうしたものを含めて、どういった形で考慮するのが議論になるだろうと。恐らくは来年度ぎりぎりのタイミングでしかるべき、何を使ったらいいのかを含めてしっかりと検討会などで議論しながら決めていくことになると思います。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

どなたか、ほかによろしいでしょうか。

じゃ、長谷川先生、どうぞ。

【名古屋医療センター病院長（長谷川）】 名古屋医療センターの長谷川です。どうもありがとうございました。

## 【確定稿】

私はまだ地域医療に関わって四、五年ですが、今感じていることは、各医療機関は一生懸命生き残るためにいろいろなことをやっていますが、受療行動とか社会が変わる中で、やむを得ず自分の収益に合わせて形態を変えることを求められています。今提案されているのは、40年先に単身高齢者が増えるなど、地域においては社会の都市計画にどうという医療を落とし込んで、どういう医療者が働くのか、そういう方針になってきていると思います。だから、今までの積み上げの延長で考えるのではなく、新しい時代を見据えて、どういう機能を構築するかという考え方が必要だと思います。今までは自然の医療関係者の動きの中で出てきた結果に合わせてようにして制度設計を行ってきたが、この先はそういうふうにはいかないかなと思っています。将来の都市構造も見極めて、そこに合わせていく前向きの姿勢に変わらないと、医療者も大変だなと思いつつお話を伺いました。

**【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】** よろしいですか。

**【内閣官房・内閣審議官（鷲見）】** 先生、ありがとうございます。まさにそのとおりだと思います。

一方で、合意をしていこうと思ったときに、各医療機関、先生がおっしゃったように生き残りをかけて必死なところで、自分の医療機関はどういう役割を地域で果たすべきなのかと議論する場がまさに地域医療構想調整会議ですし、その裏舞台というか、水面下での議論なんですよ。そのときにベースになるのがやはりデータになりますので、この地域にはこのぐらいの人が今後20年後にはいるのだから、その中でうちはこういう機能を果たす、逆にそうじゃない機能は別の医療機関で担うということをやうまく地域の中でやっていく。そうじゃないとやはり共倒れになる可能性だって十分ありますし、チキンレースのような形のケースも全国にはたくさんあるんですよ。なので、そうしたことにならないようにしないといけない。

あとは、先ほど先生おっしゃったまちづくりのところは、まさにどこがボトルネックになるかなんですが、一番今後詰まると思っているのは、実は従事者なんですよ。働き手の確保が難しくなるのが、そこが一番のボトル、特に地方ではそうなる中で、その人たちが効率よく働けるためにはどうしても近くに住んでいないと難しいところがあって、そうしたことの中で、まちづくりと合わせて医療の在り方を考える必要があるんで、簡単ではないんですが、それをどういった形で考えるのかが地域に求められると思います。

**【名古屋医療センター病院長（長谷川）】** 医療関係者は、収入のあり方について厚労省の施策に依存しますが、まちづくり等々となると、国全体としての取り組みや、総務省財源なども医療資本として投入できるようなお金の流れもつくっていただけると非常にありがたいと思います。

**【愛知県医師会会長（柵木）】** 長谷川先生の御意見はよく分かりますけれども、取りも直さず公営医療と、配給医療というか、医療は配給制にして、さっきお示しいただいたように、病気も大体こういう病気がこのぐらい出てくると、だからこの地域はこのぐらい

## 【確定稿】

の病気にこのぐらいのベッド数で対応できる医療提供体制を、どちらかというところ、公で全部計画医療としてやってくださいと、こういうふうにおっしゃっているように聞こえますけれども、違いますかね。

**【名古屋医療センター病院長（長谷川）】** 挑戦だと思います。次の時代は、我々が今まで経験したことがない社会です。そうすると、新しい取り組みをすること、まちづくりも含めてその中に医療を落とし込んで、都市計画の中にどのような医療が必要かを考える。一方、新しい医療は次々に出てくるので、それをどうやって提供するか。そこにはお金も要ります。何か新しいものをつくるには、必ず切り落とさなければいけないところも出ます。それをしっかり整理しながら資本を投入することが必要です。今までの流れの中での経験にしがみついていたらもう追いついていかないと僕は思います。

**【愛知県医師会会長（柵木）】** 医療は基本的に成り立ちからいって、やはり患者のニーズに応えると、これが一番の基本と思うんですよね。だけれども、それに金がかかったり資本投下が相当いるということで、確かに先生がおっしゃるように、ある程度計画経済の中で医療を落とし込んでいくことは効率性から言えば非常にいいんですけど、それが本当に患者のニーズをすくえるかどうか。これは医療の進歩もあるし、それを主にすくい取っていくのが民間医療機関であって、公は今でもそうだけど、いわゆる配給的な医療を提供しておると。これはちょっと時間が要るかもしれませんが。

**【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】** 会長から御議論いただきたいと。日本の成り立ちがやっぱり民間を含めて成り立っているベースでの発展がどうかも考えないといけないし、やっぱり高齢者の部分も相当介護を含めて問題ですので、先生、何か御質問があると。

**【愛知県医師会理事（浦田）】** すごく次元の高い質疑の中で、私、ちょっと卑近な質問をしたいのですが、先生、いいでしょうか。

先生のスライドの33、34のところですけども、高齢者救急に触れられたところで、二次救急の充実が必要というお話でございました。私もそれは全く同感ですが、逆に地域医療構想の推進によって、現実、二次救急を担う病院の弱体化が進んできていると。

たまたま愛知県は救命救急センターの数が非常に多いものですから、救命救急センターが頑張っただけで間口を広げて懐深くいろいろな方を受け入れて、そしてトリアージをして後方病院に送ることで非常にうまくいっていると思いますが、ここ、二次と三次というか、どういうふうに本当に切り分けたいのかと。だから、例えば消防庁の救急搬送病床確保基準がございませぬ。何回も病院に受入れを打診しても断られ続けた場合、最後は基幹病院に受け入れろという命令が出ますね。そうすると、愛知県ではほぼイコール救命救急センターが受け入れろという話になりますので、当然、誤嚥性肺炎なんかもそこへ入っていく現実があるので、こここのところがちょっとジレンマなんです。二次救急の弱体化は大学からの医師派遣の問題がありますので、地域医療構想で俎上にかかっている病院には

## 【確定稿】

大学からなかなか医師を派遣しづらくなることがあって、ここが非常に困っているなど思っています。

それからちょっと蛇足ですが、先生のスライドの34ページの下の4行目には、ある病院からの入院患者の割合が、誤嚥性肺炎が30%と非常にオーバーに載っていて、これは印象が深いんですけども、先日、中医協で出た資料で、急性期一般病棟1からずっと療養病型まで見ると、誤嚥性肺炎の病名は2.4%とか3%ぐらいしかないんですね。だから、これは特定の病院で特定のシチュエーションを見れば非常に多く見えるけれども、実際はトリアージがうまく実はされていると。どんどん運び込まれてきても、すぐ後方病院に移るものだから、そういう現実があるかと思いますが、そのところいかがでしょうか。

**【内閣官房・内閣審議官（鷲見）】** ありがとうございます。

救急医療の体制については、私ども、何か正解があってこうしてくださいとお示しするものではないと思っていまして、地域によって医療資源が全然違いますし、既に民間医療機関と公的医療機関が今まで担ってきた役割なんかがあるものですから、それをベースにしながら、どうやってシフトするのかと思っています。ですが、今まで機能しているものを取り壊してまで全部吸い上げることが、医療全体としてお金の使い方、そもそも効率的なのかは地域でよく議論する必要があるかなと思っています。先生、すみません、下のこれは『病院』の中から、私がちょっと書いてあるものを抜粋しただけの話ではありますが、私も中医協の資料は拝見いたしました、非常に多くの疾患が並んでいる中で、誤嚥性肺炎は確かに2%だと思いますので、これはそこの関係をもろろ整理したものでやったわけではないので、少しそこは誤解を与えるのかもしれないかなと思います。なので、これについて私のコメントは、これが偏っているかどうかまではコメントする立場にはなくて、高齢者救急の課題の中で、特集の中でこの病院はこうだったということを御紹介したにすぎないんですけど、誤解を与えたのであれば申し訳ございません。

**【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】** ありがとうございます。

まだ御質問があると思いますが、この会は医療構想区域ごと、医療圏ごとのお話を聞く会でもありますので、ちょっと時間が押してまいりましたけれども、医療圏ごとに簡単に現状と問題点を御報告いただければありがたいと思います。

代表して医師会の会長先生からお願いしたいと思いますが、豊橋の山本先生からいかがですか。

**【豊橋市医師会会長（山本）】** 御指名いただきました豊橋市医師会の山本です。

医療圏会議は非常に難しい、総論的には当然そうだなと思いながら、地域ごとの各論がいろいろ絡んでくるところでございますが、豊橋市が関係します東三河南部医療圏におきましては、今回、少しベッドの整理をすることになり、豊橋市民病院は今約800床を整理して750床になります。

そのほか、青山病院も病床を減らします。それから、民間の成田記念病院も病床を整理

【確定稿】

して急性期病床、特に東三河は急性期病床にちょっと余剰があって、急性期病床を減らす形、これは実際に入院患者の比率等を見て、減らしても特に地域医療を守るに問題はないことが確認できている状況で、そのような方向に動いております。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

浦野先生、何か補足はありますか。

【豊橋市民病院病院長（浦野）】 コロナ禍でどの病院も院患者さんが少なくなっている、当院では平均在院日数も短くなっており、病床を減らしても急性期医療は維持できるという判断です。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

それでは、東三河北部の米田先生、お願いします。

【新城市医師会会長（米田）】 新城市医師会の米田でございます。大変勉強になるお話をありがとうございました。

愛知県では我々のところが一番の過疎地となっております、医療圏といっても5万人弱のところでございます。今回、一応医療圏として向こう5年間は認めていただいておりますが、今後、南部医療圏との話合いの中でどのようにやっていくかということになっております。

ベッドについてですが、現在、新城の市民病院が新築移転の方向で少し話が出ております。現在、在り方検討委員会、あるいは経営強化プラン策定等の委員会を予定されておまして、その中で、一応案としては150床をめどに考えている案が出ております。

私が院長の頃は301床でございまして、その頃、アメリカはもう3分の1にベッドが減っているから、300だったらもう100まで落とさないと言われ、将来立ち行かないよという話は聞いておりましたので、徐々に日本もそういう方向に来ているんだなと思っております。

そんな中で一番心配するのは、やはり資金の問題でございまして、私が病院に赴任した頃は、80億の借金でそれを返していくと。それを300床のベッドで返して行って、20年間で大体半分返せたということでございました。それを100億の借金プラス内部の機器等を入れると、それ以上のお金が必要になり、それを150のベッドで本当に返せるんだらうかなというのが一番医師会としても危惧をしているところであります。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

横井先生、補足は何かございますか。

【新城市市民病院病院長（横井）】 今お話がありましたけれども、当院としては、移転改築ということで一応希望はありますが、今パブリックコメントを募っているところです。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

それでは、引き続きで西三河南部西の世古口先生、よろしいでしょうか。

【刈谷医師会会長（世古口）】 お願いします。西三河南部西です。



【確定稿】

前回御報告したときと大きな変わりはないのですが、非稼働病棟を有する医療機関の今後の運用見通しということで、市内の整形外科病院については継続審議となっております。

それから碧南市民病院に関しまして、特定労務管理対象機関の指定、令和5年度の病床機能再編支援交付金の申請、病床機能区分の変更、いずれも審議され承認、可決されております。

以上です。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】      ありがとうございます。

度会先生、補足がなければ結構ですけど、よろしいですか。

では、引き続きまして、西三河南部東の小原先生、よろしいでしょうか

【岡崎市医師会会長（小原）】      西三河南部東医療圏では、かねてよりコロナ病院として稼働していました愛知病院の100床分、3月で病棟を閉鎖して休床状態になっている、その病床をどの様に扱うかというところで、当医療圏も急性期としては過剰地域ですので、その100床の中の30床分を私立病院で回復期病床として活用して、当医療圏での急性期からの後方支援をバックアップして循環をよくなるような形で今進んでおります。そんなところが主かと思います。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】      ありがとうございます。

小林先生は何か補足はないですかね。大丈夫ですね。

では、西三河北部の加藤先生、よろしいでしょうか。

【豊田加茂医師会会長（加藤）】      よろしく申し上げます。西三河北部医療圏の加藤です。

西三河北部医療圏、前々から問題というか、話になっていました若竹病院という新しく250床ができた。あの病院に関しましては、新成病院になって、今現在が名豊病院と名前が変わりましたが、名豊病院になってから本当にすごく頑張ってくださいしております。従業員の確保もしっかり進んでいまして、250床全床開床というような形に7月からだったかと思いますが、そういう状況にやっとなりました。ありがとうございました。

それからもう一つ、先日、地域医療構想推進会議で出た話としましては、豊田東リハビリテーション病院という一般病床60床の病院でしたが、そこを医療法人の三九会が買い取るという形で、三九朗東リハビリテーション病院というふうで、一般病床だったところを全床回復期リハに向けて進めている話がありました。

あとは、その三九会が、三九朗病院というところが病床の増床申請をしていたのですが、いろいろな理由もあり、そちらのほうを返上したこともありました。

そして、地域完結型医療ということで、この地域はかなり進んでいるかなと思っていて、急性期、回復期、慢性期がかなり病院ごとでしっかり区別がされていることもあって、ありがたいことというか、今回のコロナで、ずっと救急搬送困難事案はゼロという状況が続きました。かなり受入れと、バックアップ、いろいろなところがうまく進んだと

## 【確定稿】

思っています。

少し自分の思うところは、今の病床区分で、愛知県は全てほぼそうだと思いますが、今後、入院患者数がどんどん増えていく。だけど、ベッド数はもう限られており、豊田、みよし市もそのことがありましたが、やっぱり在宅をしっかりと進めていくのがすごく大きなキーワードになるのかなと思っていて、在宅がしっかりとあれば、ベッド数は患者さんの数だけあるのが豊田、みよしの豊田加茂在宅病院構想というのがあって、その在宅病院でしっかりそこを見ていこうという考え方で今進めています。それでないと、完全にオーバーフローしてしまう患者さんたちをどうにか救うためには豊田加茂在宅病院構想で、在宅医療がしっかりと進むというのをもう一つの要でやっております。

1つだけ質問ですけど、基準病床と必要病床のギャップというのをいつも何か話の中に出てきますが、どうも基準病床、必要病床というのが出てくると、何か基準病床があやふやになったりとか、そこら辺ってごちゃごちゃすることがよくありますが、どう考えたらいいのかだけ教えていただけると。

**【内閣官房・内閣審議官（鷲見）】** 基本は、法律上は基準病床が基本になっていますが、必要病床数も考慮することができる形の記載になっていると理解しております。ですので、東京都などは本当に必要病床数をあまり議論せずに基準病床だけで、地域の基準病床を決めていると理解しており、ここはある程度都道府県において裁量はあるところがございますが、ベースは基準病床数で議論をしていただくのが基本になっております。

**【豊田加茂医師会会長（加藤）】** ありがとうございます。

**【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】** ありがとうございます。

必要病床はあくまでも患者さんの推定数ですので、病床数ではありません。

岩瀬先生、何か補足がありますか。

**【トヨタ記念病院病院長（岩瀬）】** 簡潔に1つだけ追加ですが、先ほど二次救急医療が結構頑張らなくちゃいけない話は分かりますが、当地区は意外とうまくいってしまっていて、地域医療センターが大体250から300床ありますが、そこがコロナをかなり見ていただいたものですから、発熱外来も1日100人、200人とか見てくださったので、豊田厚生病院とトヨタ記念病院は救急車搬入を断らずに救急が続けられた事例です。現在はコロナの患者さんが大体うちと豊田厚生と地域医療センターに10人から15人ずつ入院している状況です。

**【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】** ありがとうございます。

では、引き続き半田市の竹内先生、よろしいでしょうか。

**【半田市医師会会長（竹内）】** 半田市医師会の竹内です。

知多半島医療圏は、7月に保健医療計画策定委員会を開催し、そこで決定しましたたたき台を基に、8月に一応推進委員会で承認とされております。

それから、病床につきまして、知多半島医療圏の東海市に小嶋病院、療養型病床が改築

【確定稿】

のために今一部ちょっと閉鎖という形になっております。そちらのほう来年一応改築が整いまして、閉鎖している部分がまたオープンする予定になっているということでございました。

あと、知多半島医療圏は、半田市立半田病院と常滑市民病院の経営統合がありますので、そちらについては、半田病院の渡邊先生のほうからお願いしたいと思います。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 お願いします。

【半田市立半田病院病院長（渡邊）】 1年半後に統合しますけれども、今、診療機能分担をもうかなりしっかりと詰めています。当院のほうは今499床急性期ですけど、416床で開院しますので、約80床少し急性期を減らすことになります。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

それでは、引き続きで尾張北部の前田先生お願いします。

【春日井市医師会会長（前田）】 春日井市医師会の前田です。

尾張北部もこの半年ぐらいはあまり大きな変化がありませんので、地域医療構想推進委員会をあさってやる予定になっていて、名古屋徳洲会総合病院が地域医療支援病院になるかどうかの審議をする予定になっています。慢性的に回復期病床が足りていない状態は以前からありましたが、特段大きな問題がないものですから、そのまま状態を見ている状況です。

以上です。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

それでは、尾張西部の櫻井先生、よろしいでしょうか。

【一宮市医師会会長（櫻井）】 私は開業医のトップなので、いわゆる商店街の会長みたいなもので、大所高所の話がなかなか分かりづらいのですが、私が今気にしているのは2点ほどあり、1点は尾張西部医療圏で稲沢市民病院が病床を一部返還しました。さらに、一宮市の医療法人で病床移動があって、新しく800床超えの大きい病院ができました。一宮市内に三次救が2つ、さらにその2つを超える、大きな実質三次救の機能を持つ800床の病院ができて3つあります。片や稲沢のほうは病床を減らしてあるような感じで、少し偏りがあるんじゃないかと感じております。偏りに加えて、医療法人ですので、今後どういう展開をしていくかちょっと不安があります。先ほど鷺見先生がおっしゃられたように、入院患者が減っていくこともありますので、これが地域医療に、あるいは地域救急にどんな影響を及ぼしてくるのが気になっています。二点目は、在宅医療はどんどん増えているように思うんですけど、今の私の印象では、在宅医療の中心は施設だろうと今認識しておりまして、そうなると、圏域を越えていろいろな在宅専門クリニックが入ってきているので、地域医師会とかそういうものでは把握できない問題があって、こういう在宅医療が果たして理想的な在宅医療なのかなと疑問を持っております。

以上です。

【確定稿】

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

そこら辺が、今先ほど鷺見先生が言った連携法人につながるものがあるかないかというところだと思いますけど、独自性を含めて、また御議論いただければいいと思います。

それでは、尾張東部の金森先生がお帰りになったので、味岡先生、お願いします。

【公立陶生病院病院長（味岡）】 尾張東部医療圏では比較的問題はなかったのですが、肝胆膵クリニックが閉院されることについて協議され、最終的に聖霊病院の整形外科の先生が同クリニック跡地で御開業されることになりました。これは問題なく了承されております。

非常に救急車の台数が増えてきていることで三次救急施設を圧迫しておりまして、特に瀬戸市の病院にも瀬戸市以外の周辺からの搬入が非常に多いことが今救急現場で一番問題になっております。特に5類に移行しましてから、単純に主訴が発熱だけで救急車をお呼びになるような、必ずしも高齢者だけではなく、若い方でも熱が出たから救急車を呼んだ方が多くて、それがなぜか今年の5類になってから一挙に目立ってきたところも、これも非常に悩ましい問題として今心配しております。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

断らない医療をやる病院の宿命ということ。

それでは、海部のほうで羽賀先生、お願いできますか。

【海部医師会会長（羽賀）】 海部医師会の羽賀と申します。

私どもの医療圏では、海南病院が二次、三次の救急をやっている、津島市民病院が二次救急病院となっています。やはり他地域と同じように、二次救急の充実を図る必要があると考えています。

そして、あま市民病院の経営強化プランが話し合われました。当地区は二次救急が手薄になっているため、二次救急を担う機能を充実させることが表明されています。そして、在宅医療の支援を充実させたいとなっております。

あと、医療法人瑞頌会尾張温泉かにえ病院が今、一般病床が26床、療養病床92床がありますが、これを全て回復期病床に転換することが承認されました。

以上です。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 ありがとうございます。

奥村先生、何か、よろしいですか。ありがとうございます。

それでは、名古屋医療圏の話を服部先生、時間がありますからどうぞ。

【名古屋市医師会会長（服部）】 分かりました。2時間以上かかった会議の内容を5分でまとめますので、あと各区域の先生たちからバックアップしてもらえればと思います。

まず、先週の月曜日に地域医療構想推進委員会、これは第2回という形になっています。第1回は、紹介受診重点医療機関の決定について、書面での意見聴取をして、それを諮るところから始まりました。基準を満たして意向のあった16施設は承認しましたが、

## 【確定稿】

基準を満たさないが、意向のある施設が2か所あって、1つは辞退されたのですが、その1か所が、理由としては新型コロナ患者を多く受け入れたために、初診のうち医療資源を重点的に活用する外来割合と、あと紹介率を満たさなかったと。ここの病院は小児のコロナ患者さんを非常にたくさんよく見てくださっていた病院ですので、一応今回の委員会では、来年度は達成するようという附帯条件をつけて、また、この制度は1年ごとに見直される制度であることを確認して、今回は承認する判断といたしました。

それから各病院からのプラン、中京病院と木村病院から出て、中京病院は663病床から急性期、高度急性期合わせて83床を減らして580床にする。また、木村病院が58床に、白楊会病院の慢性期の19床を回復期として加えて77床にするプランが認められました。

もう一点は、五条川リハビリテーション病院が救急告示病院として届出を行うことの承認が協議事項で出たのですが、これは医療圏に関して医療体制に大きな影響を与えるものではなく、こういうのは協議ではなくて報告ではよいのではないかという意見も出まして、今後の取扱いはまた検討していくことになりました。もちろん承認はされております。

あと、もう一つ議論になったのが回復期病床の整備事業の補助金、これが非稼働病床を39床有しているところから出ました。非稼働病床をそのままにした上で回復期病床の整備事業補助金を支給してよいのかという議論が出たのですが、補助金支給は認めるけれども、今回、この委員会で指摘されたことを踏まえて、非稼働病床について改めて議論することで承認いたしました。

それから、35床の病院を無床診療所に減らすことで、病床規模の適正化事業費補助金と病床機能再編の支援交付金の申請が出たのですが、これまで病床を減らすことは無条件で承認されてきました。今後は、入院をやめるときは各区域の自主的協議体で協議されるべきではないかという意見も出されて、空気としてはおおむね必要だろうと意見が多かったんですけど、アドバイザーの伊藤先生が、公的病院の場合はそういった議論も必要かもしれないけれども、個人病院がやめることを果たして会議で止めることができるんだろかというアドバイスがございました。それはもっともという空気がかなり支配的になってきたのかなということもございました。そういったことも踏まえた上で承認されております。

次に、報告事項の中で、名古屋市総合リハビリテーションセンター附属病院の名古屋市立大学病院の附属病院化についてが出てまいりました。事前に名古屋市を東西南北に分けて自主的な協議体である地域医療連携推進協議会に127名が参加するという中で、指摘された質問事項を踏まえての名古屋市からの説明がございました。

今回は診療報酬の算定上で、現在は地域一般入院料3を算定する40床の病棟2つありますが、1病棟を回復期リハ病棟入院料の算定が可能になる段階にはあるけれども、同種の医療を提供する近隣医療機関と十分に協議した上で検討を進めていきたいと。今回は、

【確定稿】

病床機能の変更ではなく開設者の変更のみであり、報告事項として上げさせていただくと。令和6年度末までに、今指定管理者になっている契約が切れるので、条例改正や改修工事などの必要な準備を進めることが必要なため、この変更の方針について説明したいということで報告扱いとなされました。

この会議の中で出たのは、開設者が大学になると機能も大きく変わってしまうと予測されるので、本当に報告だけでよいのかとか、医師の引上げが起こらないのかとか、それから、その前にみらい光生病院ができたときに、障害者リハビリ、回復期リハの病院が大学として2つ重なるものですから、果たして障害者リハは回復期ではなくて維持期リハではないのかとか、そういったいろいろな指摘がございました。

この会議の中であと出たのは、名古屋市からの説明はこれまでされていますが、今後の開設者となる市立大学病院から説明がないので、市立大学病院からの説明も聞きたいとの意見も伝えることにして、この委員会を閉じております。

先生方から何か追加ございますか。後藤先生とか、よろしいですか。

【中京病院病院長（後藤）】 いや、今服部先生が言われたとおりなので。

【名古屋市医師会会長（服部）】 よろしいですか。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 よろしいですか。太田先生、よろしいですか。今日は皆さんおとなしいですね。

錦見先生、どうぞ。

【日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院病院長（錦見）】 名古屋西部を担当している名古屋第一病院の錦見といいます。

西部は名市大関連施設がない地域ですので、西部の協議会ではACPに関するケアマネジャー向け研修会、地域フォーミュラーの導入検討をやっています。1つ教えていただきたいのは、赤十字病院は、御存知のように、全国展開しておりますので、他施設に聞いてみると、急性期、高度急性期をやっているところは、コロナのせいで10%減ったと言われます。当院もですが、豊橋市民の浦野先生がコロナで10%減ったと言われました。これは、コロナで減ったわけではなく、人口減少が起きていたのが、コロナに隠されて終わって見たら分かったという理解でよろしいのでしょうか。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】 僕が答えるのが適切かどうか分かりませんが、今医師会と一緒にデータを繰っています。それで、売上げは2019年が最低でした。2022年、去年の売上げは戻っています。ただ、患者数として減っているかどうかの問題はちょっと別なのですけれども、取りあえず売上げそのものは回復したことは間違いありません。

ただ、その中をもう少しのぞいてみると、実はコロナ薬が相当な額を占めています。それについてはもう少し検討が必要だと思いますが、先生方の御心配な患者数は、確かに長期投薬を含めて、どんどん外来レベルは減っていることは間違いありません。だから

## 【確定稿】

入院が減っているかというのと、そうでもないのかなと。額からするとそうですので、そこら辺もう少しのぞいてみないと分からないかなと思っています。

**【日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院病院長（錦見）】** 先生のおっしゃるとおり、高いお薬が増えているものですから収益は増え、一方、利益は減っています。中部地区だけで16の赤十字病院がありますが、その中で1病院だけコロナ以前に戻りましたと言って見えるところがあったので、不思議だなと思ってお聞きしました。

**【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】** 皆さん、そこら辺の御意見はどうでしょうか。

入院医療そのものがコロナの状況で相当厳しく入り口でブロックしていたことがあって、なかなかうまく入院につながっていなかったのかもしれませんが、ただ、それは本来の姿といえば姿ですので、実際2019年のデータが直近ではまともに議論できるデータで、2020年になるともう途端にコロナの影響で全く分からないというのが姿ですので、それこそ鷺見先生が言われたように、どの数字を基準に今後考えるかはまだ議論されていませんよね。だから2019年をベースで議論するのか、新しい数字をつくり直すのかはもう少し国のほうでも検討されるかなと思います。僕はそれぐらいしか今のところコメントできませんが、よろしいでしょうか。

いかがでしょうか。各医療圏の先生方も含めて、何か御発言ある。

**【名古屋市医師会会長（服部）】** 鷺見先生のお話、どうもありがとうございました。

その中で、私、気になったのは、名古屋医療圏は外来医師多数区域であり、外来機能報告を始めていますが、コロナ禍ということもあって、あまり実質的な議論が進んでいないです。問題は、最初のときに、例えば産業医をやるとか、一次救急に参加すると言ったところが、そういった業務を会長先生がそのクリニックに頼みに行くと、すみません、やっぱりやりませんと言ったらそれで過ぎていってしまうということ。今度、かかりつけ医機能報告が始まりますが、ここに在宅が入ってきています。先ほど幾つかの医療圏の先生たちから言われたように、最近の在宅はかかりつけ医がやる在宅じゃなくて、メガ在宅のグループが入ってきて、そういうところは数人のバイト医が交代で24時間365日やりますよという形で、本当にこういう人たちをかかりつけ医として一くくりにしていいのか。でも在宅医療を推進すれば、それはかかりつけ医機能を持つ形になっているので、形としては分かりますが、本当にうまく評価する形にできるかどうかに関しては、どのように考えておられているのかをお伺いできれば。

**【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】** 鷺見先生、よろしいですか。

**【内閣官房・内閣審議官（鷺見）】** ありがとうございます。

先ほどの説明で少しお話ししていない部分はまさに今後、かかりつけ医機能報告制度をつくる一番のポイントは、その地域において足りない機能が何かをあぶり出して、今まで担ってきた先生方にちゃんと担っていただくような研修を行うであるとか、あとはそうじ

## 【確定稿】

やない、先ほどのようなほかのところから入って補うこともあるかもしれませんが、そうしたことをどういった形で必要な医療を提供するために、足りない医療が何なのか、その量はどのぐらいなのかをきちんと議論していただくことが今後の課題になってくることになります。

先ほど先生が言ったメガ在宅のようなところの質について私は今コメントする立場にはございませんが、どういった形で必要とされる在宅医療を補っていくのか。それは、今おられる先生方がしっかりと提供していくことであれば、何らかの枠組みが必要でしょうし、そうした人たちとうまく連携、情報共有もしながら、質を下げないような形で提供することも1つのやり方でしょうし、まさにそれは地域ごとに御検討いただく課題だと思います。一般論になりますけど、そういうことかなと思っております。

**【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】** 1つ、診療報酬からの情報でしかなくて、そうするとなかなかそれに手を挙げにくいこともあって、実際はかかりつけ医だけでも、かかりつけ医にはなれない訳の分からない状況が現実にはあります。

それから、やっぱりメガ在宅の場合は、行くけれども、いざとなったときは紹介状を書いておくから救急車で行ってよねと。そういう形のある意味、それはかかりつけ医かなという感覚もやっぱり皆さんお持ちだと思うんですよね。そこら辺のところはやっぱり今後の問題かなと思います。いかがでしょう。

**【内閣官房・内閣審議官（鷲見）】** まさに、今後先ほど研修といった話も、医師会の役割も含めて、どういった形でその地域の先生方に研修を行っていくのかは、すごく実は大事になってくると思っておりまして、先生が今おっしゃったように、今後、診療報酬との絡みもありますが、かかりつけ医機能報告制度が施行に向けて議論されていく中で、当然そうしたようなことは議論がなされていくと思います。

一方で、冒頭申し上げましたように、開業医の基本はソロプラクティスである中で、柵木先生がお話になりました、患者さんに求められる医療をどうやって提供するのかというときに、どういった形であれば、求められる医療を提供できるのかが、地域ごとによってやっぱり医療資源が異なり変わってきますので、そうした外から入ってくる医療の力も使いながら、達成していくことももちろん1つの在り方だと思います。そこの辺りをぜひ皆さんで御議論いただくことかなと思います。

**【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】** ありがとうございます。

ほかにどなたか、いかがでしょうか。

なければ、ちょうど4時前になりましたけれども、よろしいですか。

じゃ、先生のほうにお渡しします。

**【愛知県医師会理事（浦田）】** 皆様の活発な御議論、感謝申し上げます。

本日の議事録につきましては、事務局が作成いたしまして、後日、皆様方に御確認をお願い申し上げますので、その節は御協力のほどよろしくお願い申し上げます。



【確定稿】

では、閉会に当たりまして、柵木会長から一言お願い申し上げます。

**【愛知県医師会会長（柵木）】** 本日に今日熱心な御議論をいただきまして、ありがとうございました。

一番のこれからの2040年にかけての課題、今日もこの会議で少し出ましたけれども、超高齢者というか、80歳以上の人が増えることは間違いない。それで、本当に患者が増えるのか増えないのか。医師会レベルでは、やっぱり患者が減ると。超高齢者が増えても患者は減ると、こういう認識なんですね。患者が減る。どこから出たかという、受療率という厚労省の統計課みたいところがあって、3年に1回ずつ、入院受療率と外来受療率をやっているんですよ。そうすると、3年に1回ずつをドットしていくと、経年、3年に1回ですから、ずっと下がってきていると。これを基に患者が減ると、こういう判断をしておると、こういうことなんですね。これがちょうど21年だったか22年にその3年に1回が回ってきたところがコロナになってしまったものだから、今までの流れが途切れてしまったと。なので、今日の議論でも増える地区もあるし、やっぱり減っていくんじゃないかという地区もあって、これからこの場で、私は地域医療構想というのは病床の適正配置だと思っておりますし、そうだろうと。驚見審議官はそうならないとおっしゃっていましたが、私はそう思っていますので、今後、救急も含めて、今までの一次救急、二次救急、三次救急という考え方、これもやはり1つの概念として一次救急、あえて言うならば高齢者救急、三次救急と、こんな感じに変わっていかないと、やはり今の医療提供をする側としては、やはり問題になるのかなと感じがいたしております。

いずれにせよ、これからも先生方のいろいろなお知恵を拝借しながら愛知県の医療、これからの高齢社会における医療を考えていく大きな機会ですので、先生方もぜひ今後とも御出席いただくようよろしくお願いを申し上げて、会を閉じるに当たっての御挨拶とさせていただきます。

本日は誠にありがとうございました。

— 了 —