

令和 7 年度第 1 回東三河北部構想区域地域医療構想推進委員会 会議録

開催日時 令和 7 年 9 月 25 日(木) 午後 3 時 10 分から午後 4 時 30 分

開催場所 新城保健所 大会議室

出席者 14 名(別添出席者名簿のとおり)

(新城保健所 川端次長)

大変お待たせをいたしました。ただいまから「令和 7 年度第 1 回東三河北部構想区域地域医療構想推進委員会」を開催いたします。

私は事務局として本日の進行を務めさせていただきます新城保健所次長の川端でございます。よろしくお願ひいたします。短い時間ではありますけれどよろしくお願ひいたします。それでは開催にあたりまして新城保健所長の宇佐美から御挨拶申し上げます。

(新城保健所 宇佐美所長)

新城保健所長の宇佐美と申します。

日頃から当構想区域の保健医療行政の推進につきまして多大なる御協力をいただきまして、改めて御礼申し上げます。この会議から御出席の皆様方におかれましては一部議題が重複しておりますので、御理解いただきますようよろしくお願ひします。

さて、平成 28 年 10 月に愛知県地域医療構想が策定されて以来、毎年度開催しております本委員会でございますが、今回が本年度 1 回目の会議という事になります。

本日の委員会では 2 件の議題と 3 件の報告事項を予定しております。

議題 1 としまして、今月の 11 日に開催されました、東三河医療圏合同会議で議論されました高齢者救急及び新たな地域医療構想について御説明させていただきますので、この地域の対応等につきまして御意見をいただきますようお願ひいたします。

また、議題 2 としまして、新城市民病院の再整備についてですが、新城市民病院はこの地域にとりまして大変重要な病院ですので、ぜひ皆様から御意見をいただきますようお願ひいたします。

限られた時間でございますが、皆様には活発な御意見・御協議をお願いできればと考えております。それでは、簡単ではございますが、これをもちまして私の挨拶とさせていただきます。よろしくお願ひいたします。

(新城保健所 川端次長)

本日の会議ですが、大変この地域にとって重要な議題が多いことから、説明時間も

長くなってしまいますが、少しお時間をいただきて、一応 16 時終了予定となっておりますが、場合によっては少し伸びる可能性がございますので、御了承いただきますようお願いいたします。

本日御出席の皆様のご紹介につきましては、時間の都合もございますので、お手元の出席者名簿と配置図をもってかえさせていただきますので、よろしくお願ひいたします。本日は北設楽郡医師会長の伊藤様が御欠席です。新城歯科医師会長の伊藤様の代理として理事永田様が、星野病院理事長の代理として副院長の星野様が、東三河広域連合事務局長の代理として介護保険課長の伊藤様が御出席となっております。

続きまして、資料の確認をお願いいたします。本日の委員会におきましては、事前に送付いたしました資料を使用します。

お手元に会議次第、出席者名簿、配席図、資料 1-1、資料 1-2、資料 1-3、資料 2-1、資料 2-2、資料 3、資料 4、資料 5、本日配布しました資料 6、参考資料 1、参考資料 2、参考資料 3、愛知県地域医療構想推進委員会開催要領がございますことを御確認ください。よろしいでしょうか。不足等がございましたらお申し出ください。また、資料 6 は非公開資料となるため、委員会終了後に回収させていただきますのでよろしくお願ひします。

次に、当委員会の開催要領に基づいて、定足数の確認を行います。当委員会の委員は 15 名で、代理出席を含め、現在、14 名の御出席をいただいております。定足数である委員の過半数の 8 名を上回っておりますので、本日の委員会は有効に成立していることを御報告いたします。続きまして、委員長の選出をお願いしたいと思います。当委員会におきましては、委員会開催要領の規定により、「委員長を置く」こととされており、「委員長は、委員の互選により定める」となっておりますが、事務局といたしましては、新城市医師会の米田会長にお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

「異議なし」の声

(新城保健所 川端次長)

ありがとうございます。御賛同をいただきましたので、新城市医師会の米田会長に委員長をお願いしたいと存じます。それでは米田様、よろしくお願ひいたします。

(新城医師会長 米田委員長)

ただ今、皆様の御賛同を得て、選任いただきましたので、委員長を務めさせていただきます。よろしくお願ひします。さて、本日の委員会でございますが、終了予定を午後 4 時としております。短い時間でございますので、御意見については簡潔にお願いし、委員会の円滑な運営に御協力いただくことにより、有意義な委員会となりますよう、皆様の御協力をよろしくお願ひします。それではこれから議題に入りますが、その前に本日の委員会の公開・非公開の取扱いについて、事務局から説明をお願いし

ます。

(新城保健所 川端次長)

御説明申し上げます。本委員会は、開催要領により「原則公開とする。」とされておりますが、報告事項6につきましては非公開とさせていただきます。よろしくお願ひします。

また、本日の委員会での発言内容、発言者氏名につきましては、概ね1か月以内に愛知県のホームページに会議録として掲載させていただきますが、この会議録につきましては、事前に事務局から発言者御本人に発言内容と、発言者氏名の掲載の同意について確認させていただきますので、よろしくお願ひします。

(米田委員長)

それでは、議題(1)「令和7年度第1回東三河医療圏合同会議について」事務局から説明お願ひします。

(新城保健所 川端次長)

新城保健所次長の川端でございます。9月11日に開催されました、令和7年度東三河医療圏合同会議について御説明いたします。以後、着座にて御説明いたします。

今回の合同会議では議題が二つありましたので、私からは東三河の高齢者救急について御報告し、もう一つの議題の新たな地域医療構想に対応した構想区域については、医療計画課の成田主任専門員から御説明いたします。本日の資料ですが、9月11日の会議資料の中から抜粋したものとなっておりますので御了承ください。

では、資料1-1をご覧ください。まず左上の1「高齢者救急」の概念についてです。令和9年から始まります新たな地域医療構想では、「高齢者救急」の項目が重要な議論の一つとして位置づけられる見通しとなっております。この「高齢者救急」については、高齢者の救急搬送や急性期をどのような施設・病棟で受け入れ、急性期後はどのような地域の医療・介護資源を活用・連携していくかを包括的に検討するということを含めて使われております。

続いて、2新たな地域医療構想に関する検討会(国)における「高齢者救急」の検討状況についてです。高齢者救急について、国では大きく分けて二つの観点で検討されております。まず(1)各地域の急性期基幹病院以外でも高齢者の救急搬送を受け入れるべきではないか、という観点です。その理由として一つ目の○に記載しておりますが、高齢者に多く見られる誤嚥性肺炎や尿路感染症についての対応では、急性期一般入院料を算定している病床と、地域一般入院料を算定している病床との間で、医療資源の投入量の点でそれほど大きな差は見られないため、「高齢者救急については高度急性期・急性期医療の中心を担う病院でなくとも十分対応が可能であるのではないか」という意見が出ております。

一方で二つ目の○にありますように、より重篤な疾患への対応ができないなど受入後の対応に課題があることから、「トリアージできる2次救急以上の急性期病院で受け入れることが必要」との意見もあり、議論は現在進行形で進んでおります。

続いて、資料右上の(2)急性期病棟から後方医療機関への下り搬送の推進を含め、様々な取組が必要ではないか、という観点についてです。これについては、急性期病棟から後方医療機関への下り搬送以外に、様々な追加の取組が必要であるとされております。

まず一つ目の○ですが、今後従来の回復期機能に、「治し支える」医療を提供する機能を加え、新たに「包括期」として区分がなされようとしております。

また、二つ目の○ですが、各地域で議論する中で、後方の目詰まりを防止するため、「在宅医療等連携機能」の位置づけを検討することが促されております。

次に、3. 過去の議論に基づく東三河における考え方についてです。(1)「高齢者救急」の議論の必要性についてですが、過去の議論から当地域においても「高齢者救急」を議論し、医療・介護体制全体を検討するような取組が重要であると思われます。一方で、療養病床以降の施設や在宅のことについては国の考えもまだ定まらない部分が多いいため、11日の会議では(2)本日議論したい項目についてのアとイの項目に重点を置いて意見交換が進められました。

まず、ア救急搬送の時点で市域の基幹病院以外に搬送する、という運用についてです。これは東三河地域の医療機関の分布と受療動向を踏まえると、豊川市、豊橋市においては検討余地があるかもしれないとの内容です。続いて、イ急性期病院から後方医療機関への転院の円滑化を図るための検討です。東三河の多くの地域では今後高齢者人口・介護需要の増加が見込まれますので、転院の円滑化は引き続き喫緊の課題であると考えております。このアイについて、いくつかの病院に対しましてアンケートが実施されましたので、次にこの結果について説明させていただきます。

資料を1枚おめくりいただいて、資料の1-2をご覧ください。今回は、大きく分けて2つのアンケートが実施されました。一つは救急に関するもの、もう一つは回復期や地域包括ケア病棟に関するものです。まず、資料の左上の1救急に関するアンケートについてをご覧ください。こちらのアンケートは、令和6年度病床機能報告において、予定外の救急医療入院を年10人以上受け入れたと報告のある病院、合計12の病院に対して実施されました。アンケートの対象となった病院は参考資料1に記載されております。アンケート実施の結果、10院より回答を得られました。このうち公開可とした9院の回答については資料を一枚おめくり頂いた資料1-3に掲載しております。回答のあった10院の分析結果について、一部のみ御紹介しますと、ア余力については、現状以上に受け入れたいとしたのは3施設であり、いずれも南部医療圏の医療機関様でした。

つづいてイより高次の医療機関からの患者の転院を受ける機会ですが、ある5

ない5と半々でしたが、新城市民病院様はあると回答され、特に豊川市民病院様からの転院が多いと回答いただいたおり、連携関係がよく見て取れる結果となっております。

続いて2回復期リハビリテーション病棟に関するアンケートについてです。こちらは病床機能報告上回復期リハビリテーション病棟を算定している病院を対象に実施しており、対象病院は7院でうち4院より回答を得られました。回答のあった4院の全体の分析結果の一部をご紹介しますと、イ余力については現状以上に受け入れたいとしたのは1施設であり、南部医療圏の病院様でした。

続いて、3地域包括ケア病棟に関するアンケートについてです。こちらは地域包括ケア病棟入院料を算定している病院を対象に実施しており、対象病院は5院でうち4院より回答を得られました。

回答のあった4院の結果分析の一部を御紹介しますと、イ余力は現状以上に受け入れたいとしたのは1施設であり、新城市民病院様でした。

最後に参考資料2を御覧ください。カラー印刷で、A4横方向の資料になります。こちらは、意見交換を行う上で地域の医療資源の分布を見やすくするために、医療計画課が作成したフロー図になりますが、令和6年度の病床機能報告を基に機械的に分類して作成されたものです。

まず、上の段の図についてです。左に患者の○がありますが、その右側に救急搬送等で利用する急性期病院、次いで急性期後を担う亜急性期・回復期の病院群、そして一番右に、後方にある療養病床や施設、在宅等の資源を示しております。赤色でお示ししております急性期の医療機関については、算定している入院料等により三つに区分しております。まず救命救急センターを有する3次医療機関として豊橋と豊川の市民病院様。次に急性期一般入院料を算定している病院群があり、これをAと略称しています。そして急性期一般入院料は算定していないものの、療養病棟以外での救急車の受入がある病院群。これをCと略称しております。そしてこれらの急性期後の患者を受け入れる回復期リハ病棟入院料や地域包括ケア病棟入院料を算定している病院群をDと略称しております。またこの急性期の病院群の下側にオレンジで示しておりますが、急性期と回復期の機能を併せ持ち地域包括医療病棟を有する医療機関をBと略称しております。この分類により各市域の医療機関を分類したものが下半分になります。

この中から北部医療圏について説明いたします。新城市民病院様はAであり、BとCの医療機関はなく、Dとして再び新城市民病院様が挙がります。そのほか北部にはDの病院はありませんが、地理的には、いくつかの南部医療圏の病院様が近くに存在します。

内容について説明後、出席者の皆様からいろいろな御意見が出されました。主な意見としましては、豊橋市では出口戦略として医療連携パスを活用して他病院との連携

を進めた結果入院期間が短縮することができた、新城市民病院では心疾患や脳疾患など自院の救急で対応できない患者さんについて、南部の病院と連携を進め、急性期の治療終了後に速やかに受け入れをしている、などの御意見がありましたが、連携を進めていくことにより改善が進んでいる事例が紹介されました。

一方で地域によっては連携できる病院が少ないため患者さんが留まってしまうことがある、北部の患者さんで子供家族が南部にいる場合は南部の医療機関を希望されることが多い。あとは、地域包括医療病棟を整備したくても職員配置で難しい、などの課題も紹介されました。

高齢者救急については、1回の議論だけで結論が出るものではなく、また今後は医療だけでなく介護や福祉との連携がますます重要になってくることから、引き続き検討していくこととされております。私からの説明は以上です。

(米田委員長)

はい、ありがとうございました。本件につきまして、何か御質問・御意見ございましたらお願いいいたします。よろしいでしょうか。それでは引き続き事務局のほうからお願いします。

(医療計画課 成田主任専門員)

引き続き御説明申し上げます。愛知県医療計画課の成田と申します。よろしくお願いいいたします。以後、着座にて失礼します。今回私の方からは「新たな地域医療構想に対応した構想区域の設定について」ということで、皆さんに発議をさせていただきます。これから私の説明には、A3の資料2-1、2-2、ならびに本日机上に配布しております追加資料2-3、2-4の2枚と、A4の参考資料3を使います。合計で資料が5枚あり量が多くて恐縮ですが、よろしくお願いします。

ではまずA4の参考資料を御覧ください。こちらは国の資料より一部転載してお示ししているものになります。2つめのスライドである、新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理を御覧ください。現在、地域医療構想において、病床の機能分化・連携を通じて持続性のある地域の医療提供体制を目指した重要な議論を行っておりますが、この地域医療構想は、現在は県が定める医療計画の記載事項の一つという位置づけになっております。

一方で、令和9年から始まります新たな地域医療構想においては、社会情勢を総合的に踏まえ、入院医療のみならず外来・在宅医療、介護との連携を含めた医療提供体制全体を含む大きな構想となることを踏まえ、地域医療構想は医療計画の上位計画となり、医療計画は地域医療構想に即して定めるものとされております。

裏面の上のスライド「新たな地域医療構想の記載事項案」をご覧ください。こちらでは、新たな地域医療構想に新しく含まれることとなった主な記載事項が太字で記さ

れており、今後は各構想区域の単位で設置されている地域医療構想推進委員会、こちらにおいてこの太字の部分も議論していく形となります。

続いて、A3 資料 2-1 を御覧ください。こちらの資料では、現在の地域医療構想では東三河には南北二つの構想区域を設置しておりますが、今後は南北二つに分かれるのではなく、東三河全体で一つの構想区域としたらどうか、という御提案をする資料となっております。まず、資料左上の一つ目の○のところですが、現行の地域医療構想では、「構想区域」の単位で、病床の機能分化と連携を進めるための様々な議論を行うこととされており、この「構想区域」は、二次医療圏を参考としつつ、各々の地域事情を加味して都道府県が設定することとされています。

次に二つ目の○の部分の太字の部分ですが、この地域のように人口 20 万人未満の構想区域は、医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から課題がみられる場合は、必要に応じて「構想区域」の拡大等の見直しを行うこと、とされています。

ここで少し補足させていただきますと、医療にまつわる区域というのは色々とあるのですが、特に二次医療圏と構想区域の二つが特に重要な位置を占めており、両者はイコールの関係ではありません。これについては後ほど補足させていただきます。

続きまして、2 愛知県における現状の部分を御覧ください。最初の○の部分になりますが、現在、愛知県において人口が 20 万人未満の構想区域はこの「東三河北部構想区域」のみとなっており、この地域の現状については、続く二つ目と、資料右上の三つ目の○の部分に簡潔にまとめさせていただいております。

続いて、資料右側の二つ目の○ですが、南部にとって、北部由来の患者は比較的少数といえるものの、これを受け入れることにより一定の負担がかかっている。地域の医療資源は限られている現状を踏まえ、今後の医療提供体制を効果的に検討するためには南部・北部が合流し東三河全体で検討を行うことが必要と思われる状況です。このことにより、3 事務局案の部分に記載のとおり、この地域において 2040 年とその先を見据え、将来的な医療提供体制を確保するための協議を十分に行うことができるよう、二次医療圏は現状のまま維持しつつも、東三河全体を一つの地域医療構想の「構想区域」として設定することとしてはどうかと考えております。

続いて、本日の追加配布資料 2-3、A3 の新たな地域医療構想における構想区域の検討について（補足）をご覧ください。1 新たな地域医療構想における「医療機関機能」についてのところですが、一つ目の○の部分です。新たな地域医療構想で医療機関機能の検討・確保という項目が重要となります。これは、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、各々の地域で医療提供体制の確保に向けた協議を行う見通しとなっております。なお、この場合の支えるとはリハビリ等の機能を意味します。

二つ目の○の部分ですが、この医療機関機能とは、表 1 の分類のとおり高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能といった分類が

示されており、表2のとおり、構想区域の人口規模に応じて、地域の医療提供体制について議論を進めることとなる見通しです。

ちなみに補足ですが、表1の医療機関機能の分類のうちの3つ目の急性期拠点機能とは、この地域においては豊川市民病院や豊橋市民病院のような大規模な基幹病院を指しております。

続いて右上の一つ目の○です。仮に、現行の東三河南部・北部構想区域に分かれた状態のまま新たな地域医療構想に関する議論を行った場合、特にこの地域において、議論に著しい支障を来すものと想定されます。区域内の医療資源の現状を鑑みると、表2の「人口の少ない地域」に記載のあるような体制を目指した議論を展開することが困難となることが想定されます。

二つ目の○ですが、住民の受療動向に照らすと、北部住民にとって重要な医療機関機能の一部は南部区域に存在しており、かつ、この受療動向は今後も継続すると見込まれます。新城市民病院の立て直しに係る方針により受療動向は多少変化する可能性自体はあるものの、そもそもこの地域では基準病床数に基づく病床の総量規制の観点から過剰地域でございますので、受療動向を大きく変え得るような増床や大規模医療施設の新規整備は現実的ではありません。要するに、この地域は病床過剰地域にあたるので、例えば新城市民病院を現在の199床を大幅に超える400床500床規模まで増床させるですか、あるいはその規模の病院を新設するなどの、受療動向を大幅に変えうるような大規模な施設整備は当面ほぼ不可能であり、現実的には、南部地域の医療機関で急性期医療の多くを受け持つてもらうという現在の受療動向は、今後も継続するのである、という前提にたって議論を進めるほかありません。

また、人口減少・高齢化・医療従事者の不足等の問題は南部区域も同じであり、南部区域の医療資源も有限であります。住民の受療動向のうえで東三河は一体であることは明らかであるにも関わらず、北部と南部区域で別々に議論を進めることは、各々の地域の将来を見据えた正しい議論ができなくなる可能性が高いと思われます。

また、資料の3つ目の○ですが、現行の地域医療構想における病床4機能の目安を定めた必要病床数は、構想区域単位で算定されており、地域における施設整備に深く関連しているこの重要な数字の算定区域が、実態の受療動向と乖離している状態も続いており、この是正も必要であります。

以上により、2040年とその先を見据えた協議が十分に行うことができるよう、令和9年度からの新たな地域医療構想において、東三河全体を一つの構想区域として設定することを提案するものです。

続いてA3の資料2-2を御覧ください。こちらでは、東三河全体を一体の構想区域とする場合のメリット・デメリットについて記載しております。こちらは資料に文字で書いてある通りで特に補足はありませんので、時間の都合もありますので、内容についての御説明は省略させていただきます。

最後に、追加資料 2-4 二次医療圏と構想区域の関係性についてを御覧ください。

これは、構想区域と二次医療圏の関係性について、色々と懸念される御意見がありましたことから、県としての考え方をまとめさせていただいた資料になります。

まず、1 の一つ目の○の部分ですが、二次医療圏は医療法を根拠に持ち、医療計画により規定されております。救急医療を含む一般的な入院治療が完結するよう設定された区域であり、区域内の完結を基本的な考え方とし、複数の市町村単位で設定されています。二つ目の○の部分ですが、構想区域とは、病床の機能分化と連携を推進するために設定した区域であり、現行の二次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を総合的に勘案して検討・設定するものであり、この構想区域の単位で地域医療構想推進委員会を設置し協議が進んでいます。

続いて、2 二次医療圏ならびに構想区域と諸制度との関連の例示の項目です。

ここでは、各々の区域と諸制度との関連についてまとめさせていただいております。まず、二次医療圏については、これは様々な制度と関連があり、基準病床数・災害拠点病院・二次救急医療施設（病院群輪番制）・保健所・患者調査・医療施設調査・KDB（国保データベース）・健康日本 21 などが挙げられます。一方で、構想区域は今のところこれらの制度と関連はなく、関連があるのは必要病床数のみとなります。また、この地域にとっての懸案事項であります自治医科大学卒医師の派遣について触れますが、東三河地域には現在 3 か所のへき地医療拠点病院（豊橋市民病院、豊川市民病院、新城市民病院）があるうち、新城市民病院にのみ県より自治医科大学卒医師が派遣されているのは「北設楽郡の診療所（東栄診療所、豊根村診療所、設楽町つぐ診療所）へ医師派遣を行うため」です。へき地医療拠点病院の指定基準や自治医科大学卒医師の派遣先医療機関の選定に二次医療圏や構想区域は直接的に関連はしていませんので、構想区域が一つになることが直ちに自治医科大学卒医師の派遣数に影響を与えるものではありません。

最後に、3 二次医療圏と構想区域に関する県の考え方についてです。国は現行の地域医療構想では、二次医療圏と構想区域を一致させることを原則としているものの、新たな地域医療構想に関するとりまとめにおいて、地域医療構想が医療計画の上位に位置づけられることを踏まえても「構想区域の設定に当たっては、引き続き二次医療圏を基本としつつ、（中略）二次医療圏の見直しに時間を要する場合は、構想区域の合併・分割等を先行して行うことも考えられる。」としています。新たな地域医療構想に関するガイドラインは未だ国から発出されておらず、あくまで現行制度に基づいた考え方を前提としますが、構想区域ならびに二次医療圏は、様々な国の基準を踏まえた上で、地域関係者の意見を尊重した上で県が定めるものであり、少なくとも地域の関係者の意向を無視し、県のみの一存で決定するものではありません。あくまで二次医療圏について言えば、現在の東三河北部医療圏の住民は、隣接医療圏に救急医療を含

む一般的な入院治療の多くを依存している状況であり、二次医療圏の本来の考え方に基づけば、区域が実態と合致しておらず、区域の見直しが必要と思われます。このため、今後も地域保健医療計画の見直し等の時節に応じて、継続して二次医療圏の見直しを地域関係者に提案していくことを予定しています。

一方で今回の構想区域の見直しの提案は、二次医療圏の統合とは別の提案であります。東三河を一体の構想区域とするように構想区域を見直すことは現実のメリットが大きく、かつ、現状の構想区域のままでは、将来に向けた議論に著しい支障を来しうると考えられるため提案を行っているのであって、将来的な二次医療圏の統合を目的とした提案ではございません。二次医療圏の見直しは、2の項目で示す諸制度との関連を念頭に、今回の構想区域の見直しとは別の合意形成が必要であると考えており、仮に、今年度の一連の議論のうちに、構想区域を見直すことの合意が得られたとしても、これをもって機械的に二次医療圏をも統合することは考えておりません。事務局からの説明は以上になります。

(米田委員長)

ありがとうございました。基本的なところは、2025年までに医療体制、病床をですね、ベッド数を調整しようという形できたわけですね。というのは、団塊の世代が75歳以上になるという、この時点を以って、一つの目標地点として進めてきたわけです。それによって、2年ぐらい前には急性期病床は目標の数を達成しており、今回は何を考えているかというと、2040年になると、全体の人口が減っているのに85歳以上の方々が非常に大きな比率を占めている。これまでの治す医療でいいのか、それよりはむしろ生活等を支えるという体制を考えた方がいいということで、新しく各地域に即した形で考えてくださいということできたのですね。2040年を見据えてみんなが85歳以上になった状態で、どういう医療体制、あるいは介護、あるいは福祉も含めて、それらのものをもろもろ全体で考えていきましょうということになっていきますが、その第一歩ですね。はい、ありがとうございました。本件につきましてはよろしいでしょうか。

いわゆる構想区域と医療圏、ここの新城はいわゆる東三河北部医療圏という形で、本当はこれも20万人を1つの目安として考えてくださいと言うんですが5万を切ってくるような、なかなか困難な状態だったんですが、この地域は非常に広域であること、また、地域住民を代表された皆様方の医療圏として独立させてほしいとの御意見で、独立した医療圏として存続することが出来ました。医療圏には、いわゆる保健所の機能があるとか基準病床とか、そういうものを整備しなさいというのが決められていることから、この地域に保健所がきちんと残っているということは、独立した医療圏として存続できたからだと私は理解しております。

ただ、二次医療あるいは三次医療については、豊川・豊橋の両市民病院の助けをも

らわないといけない状況となっています。これまで、新城市内の中でどうやって連携していくのか。市民病院、それぞれの診療所、あるいは、介護施設、福祉施設などが多種他業種間で連携をしながら何とかやっていこうということでしたが、いざ救急体制を考えると、かなり南部の方に依存しています。それについては、東三河全体として一つの考え方を持っていた方がいい、というのが今回の提案だと思っております。ただ、それが一つの組織になると、やはり人口的にも、あるいは医療機能についても、北部医療圏は劣勢になりますので、私どもが大きな声を出してこちらの機能についてもきちんと維持して守っていくということが大切ですので、その辺はまた皆様の御意見を聞きながら、合同会議等に出席していきたいと思います。

それでは、北部医療圏の機能が維持できるというのであれば、構想区域を東三河全体で考えていこうということで、この会としてよろしいでしょうか。

「異議なし」の声

ありがとうございます。それで進めていくということでお願いをいたします。それでは議題1を終了いたします。

続いて、新城市民病院の再整備についてお願いします。

(新城市民病院 説明者)

新城市民病院の服部です。よろしくお願ひいたします。

資料3をご用意ください。全部で31ページの資料となっております。議題が「新城市民病院の再整備について」でありますので、再整備に係る部分を中心に御説明をさせていただきたいと思います。そのため、省略させていただく部分については、会議終了後等、お時間がある時に御覧いただければと思います。とは言いましても、余り新城市民病院のことを御存じない方もいらっしゃると思いますので、概要から御説明いたします。

初めに3ページを御覧ください。病床数は一般病床で199床が許可病床となっております。ただ6階26床が休床となっているため、173床が稼働病床です。

続きまして5ページ6ページを御覧ください。5ページには入院患者数の推移を、6ページには外来患者数の推移を記載しています。入院患者数については、1日平均95.5人、外来患者数については264.0人となっております。

続きまして9ページを御覧ください。災害医療に関する内容となっています。新城市民病院は災害拠点病院の指定を受けています。そのため災害派遣医療チームDMAT隊を有しており、昨年1月の能登半島地震へ派遣しています。また災害支援ナースも同じく能登半島地震へ派遣しています。

10ページを御覧ください。公立病院の責務として、新興感染症・新型コロナウイル

ス感染症に当初から対応してきました。5類に移行するまでに、約17,000件の検査と、延べ約3,000日の入院対応を行ってきました。

次に11ページから13ページは、救急医療に関する内容となっています。平成17年度は救急車の収容率61%の収容率でしたが、その後医師不足に陥り、一時期は23%台にまで落ち込みました。その後、愛知県さんの御理解や御協力のもと、自治医科大学卒業医師を派遣していただき、近年では50数パーセントで推移している状況で、令和6年度では1,243件の救急車を受入れ、収容率は51.3%でした。脳血管疾患や心血管疾患等を含め、約半分は、東三河南部医療圏を始めとする医療機関に依存している状況です。ここまでが概要でありまして、まとめたものが15ページに記載しております。

続きまして、16ページから新城市民病院を取り巻く環境です。令和7年の人口が東三河北部医療圏全体でも約48,000人となっていますが、令和32年、25年後には、人口は3分の2になり、2人に1人は65歳以上になることが予想されています。新城市的人口は約25,000人に、医療圏全体でも3万人を切ることが予想されています。これに伴い、入院患者数将来推計(18ページ)では約24.6%が、外来患者数将来推計(20ページ)では約31.6%減少すると予測されています。

続いて21ページを御覧ください。市民病院の決算の状況です。令和5年度が約7,600万円の赤字、ここに記載はありませんが、令和6年度は約3億3,200万円の赤字となり、2年連続しての赤字決算となりました。なお、令和3年度、令和4年度と大きく黒字となっているのは、新型コロナウイルス感染症対策事業補助金が主な要因です。

続きまして23ページを御覧ください。市民病院の運営に関して、市から9億700万円の繰り入れを頂いて運営を行っている状況であります。しかしながら市の経常収支比率が年々悪化している状況でありますとか、先ほどお話しした通り、今後人口減少が進んでいくこと、また新城市では今後いくつかの大型事業が控えていること等々を勘案すると継続して市から安定的に繰り入れをしてもらえるかは、不透明な状況であります。

次に24ページから、新城市民病院を取り巻くリスクとなっております。25ページを御覧ください。新城市民病院の建物は、6つの建物により構成しており、最も古い西病棟は43年が、最も新しい外来棟でも29年が経過しています。ピーク時の病床は326床です。この6つの建物のうち西病棟は法定耐用年数の39年を経過しており、また耐震診断の結果、大規模地震に耐えられない建物構造という状況です。他の建物も法定耐用年数まで残り数年といった状況であります。増築に増築を重ねてきたことにより、患者様だけでなく職員の動線も良くない状況です。加えて敷地内に駐車場が少なく、駐車場から距離があることも、患者様・御家族様等から御意見を頂いているところです。

このため、今後も質の高い医療の提供や救急医療・災害医療を始めとする政策医療

の重責を担い、東三河北部地域の基幹病院としての役割を十分に發揮するためには、再整備を検討する必要があると考え、令和3年度に「新病院再整備に向けた基礎調査」を、翌令和4年度に「施設劣化調査」（資料の26ページ）を行いました。「施設劣化調査」を行うと同時に、市民病院職員や市役所関係課職員にも入ってもらい、再整備に向けた「あり方検討会」を5回に渡って開催し、「現地建て替え」「既存施設の改修」

「移転新築」の3つの再整備手法について建築的な視点や医療的な視点等、病院内外の視点から最適な手法について幅広く検討をした結果、あり方検討会としては全会一致で「移転新築」となりました。これを受け、翌令和5年度に地域住民の声を聴くため、パブリックコメントを実施するとともに、新城市医師会、北設楽郡医師会、歯科医師会、薬剤師会、代表区長様等からも意見を頂き、令和5年11月に総合的に判断して、再整備手法は移転新築とすることを市として決定しました。市として再整備手法は「移転新築」と決定しましたので、次のステップとなる基本構想・基本計画の策定に向け、令和6年度に計画策定の支援を受けるため、プロポーザル方式により事業者選定を行い、本年1月29日に、株式会社システム環境研究所と契約を行い、現在基本構想の策定に向けて取り組んでいる状況です。

28ページに入ります。具体的には、地域住民や職員に現状を知ってもらい、合意形成を図りながら進めていくことが重要であると考え、いくつかの取り組みを行っています。事務方が勝手に作るのではなく、様々な職種に参画してもらうため基本構想院内検討委員会を立ち上げ、定期的に開催しています。また有識者等による基本構想検討委員会も開催をしています。この有識者には、本日御出席の先生方や団体の代表者、代表区長様にも御出席をいただいている。また残念ながら北部医療圏・新城市民病院だけで救急も含めた医療が完結することができず、多くを南部医療圏の医療機関に依存していることもあり、東三河南部医療圏の関係機関の方々にも出席をいただいている。この他、市民病院で働く職員等に向けた職員アンケートや外来・入院患者様へ行った患者様アンケートを実施してきました。また地域住民の皆さんから市民病院に対する意見や思いを聞くため、「市民ワークショップ みんなで考えよう あなたのまちの市民病院」として、3回のワークショップを開催しました。このワークショップには、地域住民だけでなく、市役所職員・病院職員・消防職員にも参加してもらいました。1回目は、病院や医療圏・新城市等の概要説明を行った後、院内各所を周る院内ツアーを開催し市民病院をまずは知ってもらいました。2回目に、期待する役割や機能などをグループに分かれて検討をしてもらい、3回目でグループとしての意見を発表してもらいました。今後、ワークショップで頂いた意見を現在策定中であります基本構想の中に盛り込んでいく予定でいます。その他といたしましては、今後は、医療機関へのアンケートを実施すべく準備をしている状況です。

再整備の課題はいくつかあります。一つは建築費が高騰していることです。このため、近隣だけでなく全国的にも計画をストップしたり、規模を大幅に縮小したりする

などの動きが出ています。

また建築費は高騰していますが、病院の経営状況は悪化しているということです。これは、新城市民病院に限ったことではなく、公立・公的・民間も含めて同様の状況です。物価の高騰に加え、人件費が上昇しているわけですが、それに見合った診療報酬制度となっていないことが要因として挙げられます。これについては、既に各種団体が厚生労働省等へ要望を行っている状況です。

この他にも課題はありますが、人口減少が進み、医療従事者の確保も厳しい状況で、更に市の財政状況も厳しい状況であり、病院の経営状況も良くない状況でありますので、新城市民病院が持続可能として運営するために、新城市民病院が果たすべき役割や機能と新病院再整備に係る費用の双方を踏まえ、無理や無駄のない最適な機能の検討が最重要課題であると考えています。そのため、設楽町・東栄町・豊根村の北設楽郡3町村の皆さん、新城保健所を始め愛知県さんにも御理解と御協力を頂ければと思います。

最後に、現在行っています基本構想は、本年度中の策定を目指しており、策定後、令和8年度は次の段階となる基本計画の策定に進んでいく予定です。

以上、駆け足ではございますが、御説明とさせていただきます。

(米田委員長)

はい、ありがとうございました。新城市民病院の新しい病院、是非とも成功させていただきたいと思うのですが、御意見御質問ございませんか。後の方でいろいろな話がありましたように、経営状況がなかなか厳しい。年間に10億円近くの繰り入れをして何とか経営しているということ。それから、これが新城市のみで今後も続けられるかどうか。新しく100億円を超えるような債務を負うわけですから、これは本当にこのベッド数で返していくかというのは大きな問題だと思います。基本構想は今年度中に策定をして、その後基本構想の策定を進めていきたいというのは事務局の考えですけれど、ここはやっぱりもう一度立ち止まった方がいいのではないかという考えはあります。というのは国の方も今回の地域医療構想の考え方を出していますが、まだ完全には出て来ないんです。国の方もまとめ中なので、それを見てからこの地域に見合ったもの、あるいは絶対に必要なもの、これはちょっと勘弁してもらうというようなことを、もう一度検討する方がいいのではないかと私自身は考えています。

また今日言ったように、新城市だけではやはり市民病院を持って運営していくのは、非常に難しいと思います。ですから、少なくとも北設楽郡の町村も一緒にあって、奥三河公立病院的なものを作っていただくことも一つの考え方だと思います。ただ、なかなかすぐにはできないので、まず私が提案したいのは、地域医療の連携推進法人です。これは何かというと、いわゆる薬剤とか医療材料、そういうものを共同購入する法人です。規模が大きくなれば交渉も強くなるので、ぜひとも市民病院と作手診療所

も入れた 4 診療所を一体化した法人を作つて、 第三セクターでも何でもいいので作つて、 そして、 薬剤や医療材料などの購入については一緒にやっていただければと思っております。 つまり、 小さなところでやっていくと、 薬品についても有効期限があるので無駄が多くなり、 次から次へと廃棄ということになつてきます。 やはり全体で取りまとめて、 卸に交渉をして、 そして診療所の方でちょっとこれ期限切れそうだといつたら病院に回していただいて、 そこでうまく使っていただくというような、 有効に資材を使って無駄を少なくしていくことが大切です。 せっかく国が法人の運用をうまく楽にできるように制度を改正していただいたので、 ゼひともちょっと研究をしていただいて、 共同購入の組織をまずは作っていただき、 それからまた全体の統合に向けて体制を作るような方向に行っていただくということを是非とも検討していただければと思います。 各地で始まっており、 民間でやっているところもあるいは公的にやっているところもありますので、 是非そういうところを研究してやっていただきたいと思います。

新城市民病院の再整備は、 この地域にとってたいへん大きな意味があるし、 なくてはならない病院ですので何とかこの地域に見合つた、 そして必要なものを最低限運用できる、 あるいは長期間健全な形で持続していけるというようなものを目指して、 ちょっとここは立ち止まつていただいて國の方策を見て、 それから次の基本構想もう一度見直していただきたいなと、 個人的には考えています。

よろしいでしょうか。 では、 議題 2 を終了します。

続きまして、 報告事項になります。 それでは報告事項(1)に、 地域で不足する外来医療機能に関する検討について事務局からお願ひします。

(新城保健所 坂部主任専門員)

新城保健所の坂部です。 以後、 着座にて失礼いたします。

資料 4 をご覧ください。 地域で不足する外来医療機能に関する検討となっておりますが、 今回は、 外来医療機能の確保と関りがあり、 来年の 1 月から始まりますかかりつけ医機能制度について御説明させていただきます。

資料 4 の裏面を御覧ください。 まず、 制度の目的についてですが、 地域で必要とされるかかりつけ医機能の充実強化を図り、 医療サービスの向上につなげることを目指すものです。 地域で必要なかかりつけ医機能を確保し、 また各医療機関からの報告を受けて地域で協議を行い、 不足する機能を確保する方策を検討・ 実施していくことを重要と考えています。

御報告していただく内容については、 1 号機能が、 病院や診療所において普段行われている診療内容について、 2 号機能が、 通常の診療時間以外の診療、 入退院時の支援、 在宅医療の提供、 介護サービス等と連携した医療提供についてです。

続きまして、 表面をご覧ください。 報告を行つていただく対象期間ですが、 特定機

能病院と歯科医療機関を除く全ての病院と診療所が対象となります。

具体的な実施事項ですが、一つ目は、毎年 1~3 月の間にかかりつけ医機能の内容について県に報告していただきます。この報告は、現在お使いいただいている医療機関等情報支援システム(G-MIS)で行っていただきます。二つ目ですが、報告していただいたかかりつけ医機能の一定の内容を院内に掲示していただきます。三つ目は、患者様に対する説明です。おおむね 4 ヶ月以上継続して医療を提供することが見込まれ、患者様やご家族から求めがあった場合に、治療計画等について説明を行っていただきます。

資料にはございませんが、年間のスケジュールとしては、まず 1 月から 3 月の間に県に対して報告をしていただき、県が報告内容の公表を行います。その後協議の場での協議を行い、結果を公表するという流れになっております。説明は以上になります。

(米田委員長)

ありがとうございました。よろしいでしょうか。いわゆる家庭医ですね。その制度を導入していこうという考えですが、かかりつけ医も地域によっては開業医が減っていきます。特に山間部のところだとやっぱり 65 歳以上あるいは 70 歳以上のドクターが何とかやっていて、そのあとのがんがなかなか難しいというのが現状のようです。人口が減っていくですから経営的にどうだということもあって、自分の代で終わりだな、そういう考えもあって診療所の消失も今後は懸念していく必要があります。病院のためにも、診療所もまた継承ができる、住民そして病院からの期待に答えられるような医師会でありたいと思っておりますが、なかなか難しい点もあるかと思います。病院とか診療所の経営がきちんと成り立つような制度をやはり作っていかないと、若い人たちがなかなか帰ってこれないということもありますので、住民の皆様もその辺を理解をしていただいて、先生が残っていて、次の若い先生がきてもらえるかしらと心配の声を上げていただきたいと思います。これについてはよろしいでしょうか。

では次に病床機能報告をお願いします。

(新城保健所 坂部主任専門員)

新城保健所の坂部です。以後、着座にて失礼します。

資料 5 「地域医療構想の現状について」を御覧ください。

この度、地域医療構想の計画期間の終期となります令和 7 (2025) 年末まで残り僅かとなりましたことから、当構想区域における地域医療構想の現状を取りまとめました。

なお、今回お示しするのは、昨年度 1 回目の当委員会でもご報告した事項を直近の情報に更新したものとなります。

1 ページ目は、当構想区域の令和 7 年 4 月 1 日現在の政策医療等を担う医療機関の一覧となります。

下段は、当構想区域の令和 6 年度病床機能報告の結果と公立病院経営強化プラン及び公的医療機関等 2025 プラン提出医療機関の状況でございます。

2 ページ目は、当構想区域の主な医療機関の所在地を記しております。

3~10 ページ目で、当構想区域の医療提供体制の現状をお示ししております。こちらのデータは、名古屋大学医学部附属病院メディカル IT センターから御提供いただきましたデータを基としています。

3 ページ目は、当構想区域の将来人口推計でございます。

4 ページ目は、令和 2 (2020) 年から 令和 5 (2023) 年の当構想区域の DPC データを基にした患者推計でございます。DPC データとは、急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度 (=DPC 制度) に基づき、DPC 参加病院から報告される算定データをもとに厚生労働省が公開しているデータとなります。

5 ページ目は、当構想区域における MDC (主要診断群) 別患者推計でございます。患者の受療動向データと将来推計人口データから将来の患者数を推計したものとなります。6 ページ目は、うち 75 歳以上の推計となります。

7 ページ目は、MDC (主要診断群) 別患者推計を手術の有無で分析したものとなります。8 ページ目は、うち 75 歳以上の推計となります。

9 ページ目は、当構想区域における疾患別患者推計 (上位 20 疾患) でございます。10 ページ目は、うち 75 歳以上の推計となります。

11 ページ目を御覧ください。上の表は、構想区域ごとに、平成 27 年、平成 29 年、令和 6 年の病床機能報告結果と 2025 年の病床の必要量とを病床機能ごとに比較したものでございます。なお、平成 29 年に国が、本県の各構想区域の病床機能ごとに、病床機能報告結果を定量化・精緻化した定量的分析を行いましたことから、参考にその分析結果における病床数を記しております。なお、平成 29 年以降、国からは定量的分析結果は示されておりません。

下のグラフは、当構想区域の「病床機能報告の変遷」を病床機能ごとに示したものでございます。なお、当該資料は、不足もしくは過剰と思われる医療機能について、今後どのように対応していくかを考えるために参考として作成した資料であり、病床の増床又は削減を意味するものではありません。

高度急性期につきましては、病床機能報告結果では、平成 29 年から令和 6 年までに増減はありませんが、2025 年の病床の必要量を比較すると 19 床必要となっております。急性期につきましては、病床機能報告結果では、平成 29 年から令和 6 年までに 8 床減少していますが、2025 年の病床の必要量を比較すると 15 床過剰となっております。回復期につきましては、病床機能報告結果では、平成 29 年から令和 6 年までに 38 床減少していますが、2025 年の病床の必要量を比較すると

9床必要となっております。最後に、慢性期につきましては、病床機能報告結果では、平成29年から令和6年までに111床減少していますが、2025年の病床の必要量とを比較すると25床過剰となっております。説明は以上になります。

(米田委員長)

はい、ありがとうございました。消化器系が一番活躍しているなと思います。今外科の先生が本当に希望者がいなくて、外科そのものが大きな病院に集まるなど、集約されちゃうのではないかと危機感を強めています。ありがとうございました。これを含めて次の病院の支援案についての参考にしていただけたらと思います。他に御意見・御質問よろしかったでしょうか。では「令和6年度病床機能報告について」を終了いたします。

報告事項（3）「医療施設等経営強化緊急支援事業（病床数適正化支援事業）について」は非公開事項

(米田委員長)

以上で本日の議事を全て終了させていただきます。これをもって本日の委員長としての役割を終わらせていただきます。ありがとうございました。

(新城保健所 川端次長)

本日は長時間にわたり貴重なご意見をいただきまして、誠にありがとうございました。

また、時間が大変遅れたことや資料の不備がありましたこと、改めてお詫び申し上げます。それでは、これをもちまして「令和7年度第1回東三河北部構想区域地域医療構想推進委員会」を終了します。本日皆様からいただきましたご意見は、今後の保健医療行政の推進に十分生かしてまいりたいと考えております。

なお、資料6につきましては回収させていただきますので、よろしくお願ひいたします。それでは、お帰りに際しましては、交通事故等にお気をつけてお帰りいただきますようお願いします。本日はお疲れさまでした。