

## 愛知県地域医療構想(案) パブリック・コメントの結果

## 1 実施期間

平成28年8月13日（土）～平成28年9月11日（日） 30日間

## 2 意見提出者数

## (1) 方法別

郵送	ファクシミリ	電子メール	合計
0	11	53	64

## (2) 男女別

男性	女性	不明	合計
33	25	6	64

## (3) 年代別

20代	30代	40代	50代	60代	70代	不明	合計
3	6	15	11	12	7	10	64

## (4) 地域別

名古屋	尾張	海部	知多	西三河	東三河	不明	合計
11	3	1	2	20	27	0	64

## (5) 職業別

医師	歯科医師	会社員	公務員	団体職員	病院事務	その他・不明	合計
5	1	12	4	4	0	38	64

## 3 意見数

87件

意見の概要と県の考え方

番号	項目	意見の概要	県の考え方
1	策定の趣旨	<p>我国の医療制度の特徴のひとつに、どこでも、誰もが最適と思う医療を受けられるフリーアクセスがある。地域医療構想を実現するに当っては患者中心の医療体制の構築という視点が重要であり、先ずその点を確認したい。</p>	<p>地域医療構想は、人口が減少し、高齢化が進行する中、患者が将来にわたり適切な医療を受けられるよう、患者の症状に応じた病床の機能分化と連携を進めるもので、患者の受療行動を制限するものではありません。</p>
2	策定の趣旨	<p>「1. 策定の趣旨」で、平成37年に慢性的な疾病や複数の疾病を抱える高齢者、医療ニーズが大幅に増加するとしている。しかし、一方「5. 必要病床数の推計」では、高度急性期を含む急性期や療養病床数を大幅に削減している。これではこの構想の目的が、病床削減、医療費抑制にあると、この間各構想区域でのWGで多くの疑問や不安の声が出された。県は「1. 策定の趣旨」に「医療費削減が目的ではないこと」、「病院を含む地域医療提供体制を拡充し、県民の命・健康を守る」ことを明記するべきである。</p>	<p>「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」に「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p>
3	策定の趣旨	<p>地域医療構想策定の趣旨においては、「地域の医療提供体制を拡充して、誰もが安心して必要な医療が受けられる体制を作る」ことを明記してほしい。</p>	<p>「1. 策定の趣旨」において、「医療ニーズの増加に対応して、患者の病状に応じて急性期の医療から在宅医療まで適切な医療を将来にわたって継続的に受けられるようにするためには、病床の機能の分化及び連携を進めていく必要があります。」と記述しておりますが、ご意見の「誰もが安心して必要な医療が受けられる体制を作る」と同じ趣旨であると考えております。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
4	策定の趣旨	<p>「愛知県地域医療構想」が、結果として病床数の削減だけが進められるのではなく、医療や介護に携わる者が、誇りをもって働き続けられる職場環境の整備、誰もが安心して必要な医療を受けられる体制を作ることが中心の課題であることを策定の趣旨に明記してほしい。</p>	<p>「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p> <p>「6. 本構想を実現するための施策」に記述していますとおり、医療勤務環境改善支援センターを設置し、働きやすい職場づくりに取り組む医療機関の相談に応じるとともに、必要に応じてアドバイザーを派遣するなど、その取組を支援してまいります。</p>
5	本県の人口見通し及び医療資源等の状況	<p>本県の総人口の見通しは、日本の総人口が2013年比で2025年が0.05も減少する中、愛知県は0.01（約9万人弱）と低い減少見込みである。むしろ65歳以上人口の増加指数1.18、75歳以上人口の増加指数1.57と全国平均を上回り、高齢人口がハイペースで増加する見込みとなっている点である。医療需要は現状を大きく上回って増加すると予測されるが、本構想における2025年の医療需要は現状を大きく下回る内容で推計されているが、庶民感覚から乖離があり、不安を感じる。</p> <p>本県における医療資源実態は、いずれの指標も全国水準を大きく下回っており、医療資源の拡充強化は待ったなしの県民の命と健康を守る最重要課題と言える。しかし、本構想では、その対策・改善が盛り込まれていない。対策強化が急がれねばならないと考える。</p>	<p>平成37年の必要病床数の推計にあたっては、「5. 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想の考え方では、療養病床の入院患者数のうち医療区分1（軽度）の患者数の70%は在宅医療等での対応とされていること等から、平成37年の高度急性期から慢性期までの必要病床数の合計が平成27年の病床数を下回っています。なお、「6. 本構想を実現するための施策」に、今後必要となる主な方策を記載しておりますので、着実に取組を進めてまいります。</p>
6	本県の構想区域の設定	<p>各区域毎の章立ての中にも、医療圏に属する市町村名と診療所数など各医療圏の保健医療計画に記載のある内容の説明がほしい。</p>	<p>「4. 各構想区域の状況及び課題」に、市町村名を追記します。診療所数等の医療資源の状況は記述しております。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
7	本県の構想区域の設定	<p>「名古屋医療圏」と「尾張中部医療圏」を合併した「名古屋・尾張中部」区域とした点について、これ程の区域人口（約240万人）を抱える区域設定は、全国でも最大規模クラスの人口であり、区域内の東西南北での患者受療動向や医療機関の所在は大きく違っている。こうした中で「地域における医療及び介護の総合的な確保」を推進し、「地域にふさわしいバランスのとれた病床の機能の分化と連携を推進する」としているが、「地域医療構想」が想定している「地域」の概念から、面積及び人口規模が大きく遊離しているのではないか。病床機能ごとの「必要病床数」の推計も、区域全体でしか推計されず、他の区域と比較しても人口規模では、あまりにも格差が開きすぎており、きめ細かな必要な医療資源の確保は難しいのではないか。</p>	<p>地域医療構想策定ガイドラインにおいて、構想区域の設定に当たっては、現行の2次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向等を勘案して検討するとされており、尾張中部医療圏については、面積が著しく小さく、患者の多くが名古屋医療圏へ流出していることから、名古屋医療圏と尾張中部医療圏は統合して1つの構想区域とすることとしました。また、構想の達成を推進するために必要な協議を行う場として設置する地域医療構想推進委員会（仮称）において、地域の医療課題の解決に向け議論を行ってまいります。</p>
8	各構想区域の状況及び課題	<p>西三河南部東構想区域は、県内でも特に高齢化が進む構想区域であり、他医療圏に比べ早期から医療・介護ニーズが高まっていくと予想されている。地域で協議の場を設け、十分な議論を行うことで一つ一つ解決していったほしい。</p>	<p>今後、各構想区域において、地域医療構想推進委員会（仮称）を開催し、必要な協議等を行ってまいります。</p>
9	各構想区域の状況及び課題	<p>どの医療圏をみても回復期機能を担う病床が不足しているという課題が書かれている。病床機能報告で高度急性期・急性期に手上げしている病床の数と必要病床数の推計値とは大きく乖離している。希望的数字と実際のNDBデータやDPCデータから算出した数との整合性をどうつけるのか、この点について更なる議論が必要ではないだろうか。</p>	<p>現行の病床機能報告制度では、定性的な基準を基に医療機関がそれぞれの判断により病棟単位で病床の機能区分を選択していますが、国において制度の精緻化にむけた検討が行われています。今後、地域医療構想推進委員会（仮称）などの場において、各医療機関が担っている病床機能を分析し、不足する回復期等の病床が充足できるよう情報共有を図ってまいります。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
10	各構想区域の状況及び課題	<p>西三河南部東構想区域の受療動向について、特に高度急性期、急性期の入院患者自域依存率は約70%と低く、主に西三河南部西医療圏へ流出していると31ページに書かれている。</p> <p>これは岡崎市民病院等、既存の医療施設のキャパシティーを超えた数の患者が発生している、または既存の施設では対応できない疾患・高度な手術があることを意味しているものと思われるが、市外の安城更生病院や刈谷総合病院等まで行かなければ高度な治療を受けられない市民が約30%もいることに驚きを隠せない。</p> <p>これらの課題を解決するため取り組みのひとつとして岡崎市が2020年開院を目指して藤田保健衛生大学病院の誘致をすすめていると聞いている。大学病院は最先端で高度な医療を提供してくれるはずであり、やむを得ず流出せざるをえなかった患者が岡崎市内で高度な治療を受けられるようになることを期待している。</p>	<p>「4. 各構想区域の状況及び課題 (8) 西三河南部東構想区域」の医療資源等の状況に記述しているとおり、西三河南部東構想区域においては、人口10万対の病院の病床数は、県平均の81.4%（一般病床は65.8%）と少なく、人口10万対の医師数、看護師数が県平均の7割弱と少ない状況です。西三河南部東構想区域においては、岡崎市において岡崎市民病院の増床や新病院の誘致など具体的な取組を進めてきており、既存の医療体制と合わせて、一般病床や2次救急医療の不足が改善されることが期待されています。今後、開院が予定されている新病院の影響を見極めながら、必要に応じて地域医療構想の修正を行ってまいります。</p>
11	各構想区域の状況及び課題	<p>入院患者の自域依存率について、区域によっては、「70%程度で低い」とあるが、どういう考え方で高い低いとなっているのかがわからない。平均の7割ではなく全体の7割なら高いのではないか。補足があると思う。</p>	<p>平成24年に国が示した医療計画作成指針において、2次医療圏の見直しについて検討する必要があるものとして、流出の患者割合が20%以上が目安の一つとされていることを考慮して、70%程度は低いという記述をしております。</p>
12	各構想区域の状況及び課題	<p>11の構想区域ごとに記述されているが、「必要病床数」推計、病床機能報告、在宅医療の必要量等の区域ごとの分析記述はなく、その結果、「課題」の記述も詳細な分析に基づいた記述となっていない。</p>	<p>必要病床数及び在宅医療の必要量については、医療法に基づき、国から提供された推計ツールにより推計を行っています。病床機能報告制度は、定性的な基準を医療機関がそれぞれの判断により、病床の機能区分を選択しており、今後、地域医療構想推進委員会（仮称）などの場において、各医療機関が担っている病床機能を分析してまいりたいと考えております。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
13	必要病床数の推計	<p>必要病床数推計について、機械的な数字のあてはめの結果であり、各構想区域の状況及び課題で指摘された事項を無視している。42ページの「都道府県は医療提供体制の変化や医療関係者の意見を踏まえ医療需要を推計します。」という記載と整合しない。数字が独り歩きしないか懸念がある。東三河は大学病院も日赤・労災・健保などの公的病院もなく、地域医療の中核は自治体病院が担っているため、県の方針がストレートに反映されるのではないかという強い危惧がある。県議会での審議や東三河地域でのタウンミーティングを開催してほしい。</p>	<p>必要病床数の推計方法は医療法及び施行規則に定められているものであり、構想策定に当たっては、各構想区域での地域医療構想調整ワーキンググループ等を開催し、関係者のご意見を伺っています。</p> <p>「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」に「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p> <p>タウンミーティングの開催は予定しておりませんが、ご要望がありましたら、県政お届け講座等で説明させていただきます。</p>
14	必要病床数の推計	<p>平均的な患者数を基礎とする必要病床数に規制された「医療機関の自主的な取組、協議」となれば医療実態からかけ離れ、患者中心の医療体制から遠ざかる恐れが強い。従って、地域での取組・協議に当たっては必要病床数はあくまでも参酌数値である旨を確認したい。また、その旨を国に確認するとともに、必要であれば国に要望書を提出していただきたい。</p>	<p>「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p>
15	必要病床数の推計	<p>人口増加や高齢化により、将来も医療需要増加が見込まれる地域においては、2025年のみの必要病床数ではなく、2030年あるいは2040年までの医療需要を視野に入れた計画を構築する必要があるのではないかと。</p>	<p>医療法及び施行令の規定により、必要病床数は平成37年（2025年）のものを定めることとなっています。なお、本構想において、人口見通しとして、平成52年（2040年）の人口推計も記述しております。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
16	必要病床数の推計	地域医療構想による必要病床数と保健医療計画による基準病床数の関係を明確にすべきではないか。	必要病床数と基準病床数の関係性については、現在、国の「医療計画の見直し等に関する検討会」において検討されております。
17	必要病床数の推計	一般病床は、いずれ大幅な削減を余儀なくされることは、想像に難くない。そのような状況になった時、最も影響を受けるのは、圏域内で地域医療を支えてきた民間病院であり、急激な病床機能の変動により、圏域内の医療機能バランスが大きく崩れてしまうことが危惧される。今後、地域医療構想に基づいた病床整備が進められる中、より現状に則した形で、地域医療の基盤となっている民間医療機関が支援されるような医療施策の実施を強く望む。	「6. 本構想を実現するための施策」に記述のとおり、不足する病床機能が充足できるよう、病床の転換等を支援してまいります。
18	必要病床数の推計	策定の趣旨と出された病床の変化は本当に一致するものなのか。高齢者の疾病の特性から急性期・高度急性期が不要になるのはあまりに乱暴である。また、地域の中で1・2次医療を回復期でかなり対応しなければならぬが、医療供給側でこれに対応できる状態はない。医師・看護師などのマンパワーが不十分で今後改善できる方向も見えない。 名古屋医療圏の膨大な医療供給側をどのように区分して細かな計画を作るのか。巨大病院が、持てる急性期病床を回復期に転換すると、周辺の回復期を担う病院は潰れてしまう。数値目標が先にあって、これに合わせるよう今回の構想ができていると思われる。市民県民の意見を反映する、すべての医療機関が役割を達成できる人的目標と財政的保証を行うことを前提とした丁寧な議論を行ってほしい。	「5. 必要病床数の推計」に記載のとおり、必要病床数の推計は医療法及び医療法施行規則に定められた方法により算出されたもので、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。「6. 本構想を実現するための施策」に記載のとおり、地域医療構想推進委員会（仮称）などの場において、各医療機関が担っている病床機能を分析し、情報共有を図ります。その上で、特に不足が見込まれる回復期機能の病床への転換や新設及び機能ごとの円滑な連携に向け、医療機関の自主的な取組を促すとともに、医療機関相互の協議を行います。将来のあるべき医療提供体制を再構築する上では、必要不可欠な医療従事者の確保・養成に取り組む必要があり、取組を実施、支援するために地域医療介護総合確保基金を積極的に活用してまいります。

番号	項目	意見の概要	県の考え方
19	必要病床数の推計	<p>本年4月に発生した熊本地震で多くの医療機関が被災し、患者の搬送について地域間の病床確保の重要性が改めて指摘されている。愛知県内でも患者の搬送に1時間以上必要とする地域もあり、今後の災害のリスクも考慮し、各構想区域で余裕を持った必要病床数を算出するべきである。</p> <p>また愛知県は、一般病床数も療養病床数も、人口10万対比で見ると全国平均の70%台と決して多くない現状であり、診療機能を制限せざるを得ない病院もある。県民の受診抑制やフリーアクセスを阻害することのないよう、地域に応じた主体的な提供体制を構築できるよう、愛知県が柔軟性と主体性を持って策定すべきである。</p>	<p>必要病床数の推計は、医療法及び医療法施行規則に定められた方法により算出されたもので、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するため、医療の推計供給数を病床稼働率で除して推計しております。なお、地域医療構想は患者の受療行動を制限するものではありません。</p>
20	必要病床数の推計	<p>必要病床数は現在の流入・流出が変わらないと仮定し現在の流入・流出の状況が平成37年も続くものと仮定しているが、大学病院が平成32年に開院する当圏域の場合、仮定が変わるわけであるから、必要病床数の見直しは、当圏域の最も緊急を要する要望となる。見直しの時期、基準を明記すべきと考える。</p> <p>当圏域は一般病床数が少ない状況にあることは、自他ともに認めることである。医療機関所在地ベースでなく、患者住所地ベースで推計しなければ、いつまでたっても必要病床数(一般病床数)は増やせないし、圏域内での医療の完結も目指せない。</p> <p>長年の悲願であった当圏域の救急医療の充実のためには、大学病院が24時間365日体制で2次救急を担当してくれることは、きわめて望ましいことと考える。医療機関所在地ベースでの推計のために、人口に比して高度急性期、急性期の必要病床数が少ないことは、圏域内完結を目指すはずの地域医療構想の趣旨に反するといわざるを得ない。</p>	<p>病院の開設・増床の許可については、必要病床数ではなく、医療法30条の4第2項14号に規定する基準病床数に基づき、判断されます。</p> <p>必要病床数の推計方法については、一部地域では患者住所地ベースで検討すべきとの意見もありましたが、医療審議会医療体制部会において、将来、医療提供体制がどう変化するかわからない状況ではこの傾向は当面継続すると見込むことが合理的であり、医療機関所在地ベースを基に必要病床数を推計することとされました。今後、医療提供体制の整備等により、患者の受療動向に大きな変化が生じた場合、見直しを検討してまいります。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
21	必要病床数の推計	<p>人口減少が進む中で高齢者人口の比率が高まり、医療ニーズに適した医療供給体制を確立していくことは、適切な医療の確保という点で重要な課題となっている。しかし、今回の地域医療構想（案）を見る限り、適切な医療の確保とは違って、ベッドの削減につながることにならざるを得ないと考える。</p> <p>現在の許可病床数58,975床に対して、地域医療構想（案）の必要病床数は57,773床であり、少なくともその差分のベッドの削減が行われる可能性があるのではないかと。さらに、県の現在の基準病床数は52,796床であり、基準病床数と必要病床数がダブルスタンダードとなっており、なおかつ政府が医療費削減を進めようとしているもとでは、病床整備・規制の基準である基準病床数が必要病床数より優先される可能性があるのではないかと。病床機能ごとの必要病床数に関しては、県全体では、高度急性期、急性期、慢性期において許可病床数より、必要病床数が少なくなっている。これは、高度急性期と急性期については高い医療費のベッドの削減、慢性期については「在宅」へ、という流れにつながってしまうのではないかと。国が定めた画一的な基準で必要病床数を算定すること自体に無理があるのではないかと。WGの会議でも「国の進め方に無理に合わせる必要はない」という意見が表明されていた。こうした立場に、愛知県としても立つべきだと考える。</p>	<p>「5. 必要病床数の推計（4）必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p> <p>「6. 本構想を実現するための施策」に記述している取組を行い、病床の機能分化と連携を進め、将来のあるべき医療提供体制の構築を進めてまいります。</p> <p>なお、必要病床数は、医療法及び施行規則に定められた推計方法により算出することとされており、それ以外の方法は認められていません。また、必要病床数と基準病床数の関係性については、現在、国において、「医療計画の見直し等に関する検討会」が開催され、検討されています。</p>
22	必要病床数の推計	<p>在宅医療の必要量が人／日で示されていますが計算式が皆目わからない。在宅医療は私の住む蒲郡に豊橋の診療所から医師が来てくれるとは考えられない。東三河南部医療圏の数値ではなく、私の町の小学校区くらいの規模でどれくらいの需要があると示していただかないと、診療所数がいくつあるからあそこの診療所とこちらの診療所とが引き受けてくれれば安心だと、そういう判断ができない。</p>	<p>推計方法については、「5. 必要病床数の推計（1）構想区域ごとの医療需要の推計」に記述しています。なお、地域医療構想策定ガイドラインにおいて、在宅医療等の範囲については、「居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定する」とされており、居宅だけを対象としているものではありません。在宅医療の充実に向けては、今後、地域医療構想推進委員会（仮称）で議論の上、取組を進めてまいります。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
23	必要病床数の推計	<p>「平成27年度病床機能報告結果と平成37年度必要病床数との比較」では県全体で高度急性期、急性期の病床を膨大な数値で減らすことが必要と読み取れる。このような単純な数値の提示は急性期病床の強制的な削減が推し進められるのではないかと大変危惧する。</p> <p>地域医療構想策定ガイドラインには「都道府県知事による対応」で「削減の命令」や「医療機関名の公表」「承認取り消し」などの制裁措置が示されており、この構想が強権的に進められることが示唆されている。必要病床数の提示にあたっては「病床削減目標ではないこと」「病床の削減・転換を強制するものではないこと」「地域の医療機関、住民と一緒に医療提供体制を考える」ものであることを明示してほしい。また、「回復期病床」の整備が進まない原因は診療報酬や施設基準上の問題もあるため、財政的補助や国への働きかけも必要である。</p>	<p>「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」に「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p> <p>回復期病床の整備については、「6. 本構想を実現するための施策」において、「不足する病床機能が充足できるよう、病床の転換等を支援する」と記述しており、地域医療介護総合確保基金を活用した財政的支援を行ってまいります。</p>
24	必要病床数の推計	<p>構想区域別に入院受療率は載っているが、全国最小値、最大値、中間値（県単位）の県がどこなのか、愛知県全体の値はどうか。</p> <p>また、特例で目標を定められる要件である慢性期病床の減少率・高齢者単身世帯割合それぞれの全国平均値と本県構想区域それぞれの値がないので、東三河北部医療圏（構想区域？ 資料中に「医療圏」と「構想区域」という言葉が混在するのが散見される。）だけが特例に該当するという説明が正しいのかわからない。</p>	<p>ご意見を踏まえ追記します。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
25	必要病床数の推計	<p>2025年度の「必要病床数」推計と、2015年度の「病床機能報告」との過不足が区域及び4機能類型ごとに比較されているが、「病床機能報告」の4機能類型の選択は各医療機関の判断、報告に委ねられている。結果として、地域医療構想の4機能の医療需要推計に示されている出来高点数を基本とした分類（P42）とは実態は遊離しており、「病床の機能区分」（P1）に示された機能により各医療機関が分類した報告となっている。このようなあいまいな分類と、きわめて厳格な診療点数を指標とした分類を重ね合わせて比較することには無理があるのではないかと懸念される。</p> <p>構想区域ごとの医療需要の推計は、レセプトデータを使用した「医療資源投入量」を基準に算出されているが、構想区域内に必要な医療機関が不足していたり、経済的理由等により受診控え等が存在し、この指標のみでは患者のニーズが反映されているとは言い難いのではないかと懸念される。また2013年度の受療率をそのまま2025年の受療率として推計する方法は、あまりにも安易な推計ではないだろうか。推計に当たり、全国一律の算定式では、本当の地域の実態や事情が十分考慮されたものとなりえない。どの点が愛知県および構想区域ごとに地域の実情を加味した推計となっているのか不明である。</p> <p>「必要病床数」の推計では、高度急性期、急性期の病床が大幅に過剰となっているが、今後2025年に向けて急速に高齢化率が高まり、高齢者人口も急増する中では、在宅医療や慢性期の患者が急変した際の受け入れが今以上に充実していなければ必要な医療が受けられないこととなってしまわないかと懸念される。推計されている急性期病床の大幅な縮小を伴う病床削減は、医療および介護難民を生み出すことになるのではないかと懸念される。</p> <p>平均在院日数の短縮等により、十分な治癒とならぬうちに退院せざるを得なく、在宅及び介護施設へ移行させられている実態がある。しかし、介護施設や在宅での受け皿が不十分なまま、さらに病床も削減するとすれば、安全・安心の医療・介護の提供体制の充実とはならないと考える。</p> <p>在宅医療の必要量推計において1日当たり9.8万人もの在宅医療等の医療需要に対応できるのか？現状より1.64ポイントも必要量が増加するとの推計であり、その達成一供給量の見込みは、何ら具体的な方策は示されていない。とりわけ、東三河では北部251床（48%）、南部1,391床（21%）が「必要ではない病床」とされることになり、すでに住民から不安の声が上がっている。この病床数は豊橋・豊川・蒲郡の三市民病院の総病床数に匹敵する数字であり、東三河の場合は大学病院も日赤・労災・健保という公的病院もなく、地域医療の中核は自治体病院が担っている。このため、県の方針がストレートに反映されるのではないかと強い危惧がある。各地域医療構想調整ワーキンググループの意見にある「過疎高齢化対策が一番求められている。急性期も受け入れられる医療提供体制とともに考えないといけないが、そのような対策なしに病床規制されるのはおかしい」「在宅医療がかなり増えているが、無理やり在宅医療に放り込んでいるように感じる。北設楽郡の三分の一が独居高齢者世帯であり、在宅が成り立たない。施設の受け皿も必要」（東三河北部・1月6日）や「東三河南部だけが突出して病床を減らさなければならないことになっている。数字を入れてあてはめただけの目標数値をつくって本当に大丈夫か。数字が独り歩きしないかという懸念がある。」（東三河南部・1月8日）、「国の進め方に無理に合わせる必要はない」（尾張北部・1月20日）等に示されているが、県の見解を求めたい。</p>	<p>「5. 必要病床数の推計（4）必要病床数の推計」において記述してありますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p> <p>「5. 必要病床数の推計（4）必要病床数の推計（病床機能報告結果と必要病床数の比較）」に記述してありますとおり、地域医療構想の平成37年の必要病床数と平成27年度の病床機能報告による病床数を比較すると、県全体で回復期では13,328床の不足、他の区分は過剰になっていますが、病床機能の報告は定性的な基準に基づく医療機関の判断によるものであることに留意する必要があります。</p> <p>必要病床数は、医療法及び施行規則に定められた推計方法により算出することとされており、平成37年の医療需要の推計にあたっては、平成25年度のレセプトデータに基づき入院受療率を求め、平成37年の性・年齢階級別人口を乗じたものの総和とされています。なお、本県では、現在の医療提供体制が変わらないと仮定した医療機関所在地ベースにより、推計することとしております。</p> <p>地域医療構想においては、療養病床の入院患者数のうち一定数を在宅医療で対応する患者数として見込んでいることから、在宅医療の充実強化を図る必要があります。必要な介護施設等の整備も進めるとともに、医療、介護、福祉などを地域において切れ目なく提供する地域包括ケアシステムの構築を図り、在宅医療の充実を行っていきます。なお、在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、実際には全員が1日に医療提供を受けるものではありませんので、その旨本文に追記します。</p> <p>地域医療構想を実現するためには、病床の機能分化と連携を進める必要があります。そのため、まず地域医療構想推進委員会（仮称）などの場において、各医療機関が担っている病床機能を分析し、情報共有を図ります。その上で、特に不足が見込まれる回復期機能の病床への転換や新設及び機能ごとの円滑な連携に向け、医療機関の自主的な取組を促すとともに、医療機関相互の協議を行ってまいります。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
26	病床機能報告の状況	病床機能報告の必要病床数は医療機関所在地ベースで集計している。そこには高度急性期・急性期は充足しており回復期機能は不足していることが明記されているが、実際は2次医療圏間において患者の流入流出がある。したがって、正確な必要病床数を予測するためには医療機関所在地ベースだけでは不十分である。例えば、急性期患者の流出が多い地域では回復期機能のみならず高度急性期の増床が必要になってくる場合もある。患者の流入流出の実態を近隣医療圏同士で共有することが大切と考える。	必要病床数の医療機関所在地ベースにおける推計では、平成25年の2次医療圏間の患者の流入流出の状況が反映されたものとなっています。医療審議会医療体制部会で審議した結果、本県では医療機関所在地ベースによる推計が適切とされました。
27	病床機能報告の状況	病床数及び必要機能を検証するベースとなる病床機能報告制度において、それぞれの病床機能区分の定義の明確化が必要ではないか。	御指摘のとおり、現行の病床機能報告制度では、定性的な基準を基に医療機関がそれぞれの判断により病棟単位で病床の機能区分を選択されており、現在、国において制度の精緻化にむけた検討が行われています。
28	在宅医療等の必要量の推計	今後病床の削減によって在宅医療の必要性が大きく増すことが指摘されている。しかし、愛知県保険医協会が在宅療養支援診療所を対象に実施したアンケートでは、回答者の半数以上が構想への理解が不十分で、今後在宅患者が増加しても対応することは厳しいと指摘している。医療・介護も含め退院患者の受け皿作りの議論をする前に、削減ありきと受け取られる構想を策定することは、地域医療を支える医療・介護関係者に不安を与えることになる。愛知県は、在宅医療をICTや多職種連携によりサポートしているが、関係者が安心して医療・介護が提供できるよう、特養を始めとした施設の充実を図るとともに、国に診療報酬・介護報酬の増額を含めた働きかけを行うべきである。	今後、在宅医療の充実強化を図る必要があり、地域医療構想推進委員会（仮称）で議論しながら、地域医療介護総合確保基金等を積極的に活用し、強化に努めてまいります。
29	本構想を実現するための施策	構想案P54の6－（1）、「機能ごとの円滑な連携に向け、医療機関の自主的な」について「機能ごとの円滑な連携に向け、また、患者中心の医療体制の構築に向け、医療機関の自主的な」と加筆されたい。	患者の立場については、「1. 策定の趣旨」において、「医療ニーズの増加に対応して、患者の病状に応じて急性期の医療から在宅医療まで適切な医療を将来にわたって継続的に受けられるようにするためには、病床の機能の分化及び連携を進めていく必要があります。」と記述しております。

番号	項目	意見の概要	県の考え方
30	本構想を実現するための施策	<p>(1) 基本的な考え方で、「医療機関の自主的な取組を促すとともに、医療機関相互の協議を行う」としているが、具体的な協議方法等が、医療体制部会などを通じて一切示されていない。知事の権限強化されたことも医療機関関係者に不安を与えている。県は、構想の中に、具体的に協議方法などを示すと共に、今後の協議の場に行ける限り多くの住民・医療関係者を参加させるなど、開かれたものとして欲しい。</p> <p>東京都は医療関係者を対象とした説明会を8月7日に実施している。今回の地域医療構想策定の動きは、県民・医療関係者に十分に伝わっているとは言いがたい。愛知県は構想を確定させる前に、パブリックコメントだけでなく、県民・医療関係者に対して説明会を開催するなど、更に幅広い意見を集約し、確定まで更に時間をかけ議論すべきだ。今回の地域医療構想は、今後の医療や介護に関する計画、医療費適正化計画など幅広い分野に影響を及ぼす。県民の安全・安心を守るためにも性急な策定には反対する。</p>	<p>構想の達成を推進するために必要な協議を行う場としては、地域医療構想推進委員会（仮称）を設置しますが、協議方法等については、今後、検討を進めてまいります。</p> <p>構想策定に関する医療審議会等での議論はホームページで公開しており、またご要望がありましたら、県政お届け講座等で説明させていただきます。</p>
31	本構想を実現するための施策	<p>本構想を実現するため「地域医療構想推進委員会」により、分析・情報を共有し、病床機能転換や新設及び機能連携を図るとしているが、本構想案検討段階において、地域住民の代表や、医療を担う現場労働者の代表（労働組合代表）は排除された中で検討されるとともに、意見交換の場（タウンミーティングなど）すら設定されてこなかった。さらに各区域における該当自治体での検討・審議等が行われた経過はあるのか。地域住民に対する広報等は皆無に等しい。今後、「地域医療構想推進委員会」では、必ず地域住民や労働者の代表も入れて協議するとともに、地域医療に関わる内容は当該自治体や愛知県議会へも報告し、一定の審議に付されるべきと考える。</p> <p>本構想を実現するためには、「医療従事者の確保・養成」が必要不可欠とし、「ウ 医療従事者の確保・養成」として7項目の記述がある。しかし、具体的な数値目標は一切示されていない。医療資源は、全国最低レベルに近い水準で、全国平均にすら遠く及ばない実態があり改善計画が必要と考える。県は少なくとも2025年を目標とした医療従事者の確保目標数値を具体的にし、具体的な確保のための施策予算を措置するべきである。県は「医療介護総合確保基金」を積極的に活用しているが、今年度の基金（医療分野）の厚労省内示（8月発表）では、県の当初素案要求額50億円（国の総額903億円を人口比例配分すると愛知県は約53億円となる）が、わずか32億円あまりへと削減されている。これでは、2025年構想を実現することは、マンパワーの充足の点から画餅とならざるを得ない。改善にむけ積極的目標数値を設定し、実現にむけての計画作成と実行が求められる。</p> <p>地域医療のあり方を病院完結型から地域完結型—最終的に在宅医療中心へと医療・介護のあり方を大きく変える政策誘導を強力に進めようとした地域医療構想である。そのことによって医療費適正化(削減)を進めようと言うことであるが、在宅医療の受け皿の問題は、介護離職などを含め家庭の負担は大きい。さらに深刻となっている格差と貧困の問題が県民生活の根本問題として改善されなければ、あらゆる施策の土台から崩壊してしまうのではないかと危惧される。県民の生活確保に県が責任を持って、医療・介護の提供体制を確保していくべきである。</p>	<p>各構想区域で地域医療構想調整ワーキンググループを開催し、地域の医療関係者のほか、市町村や医療を受ける立場の代表である医療保険者のご意見を伺い、検討経過をホームページで公開しております。</p> <p>地域医療構想推進委員会（仮称）の詳細については、現在検討中ですが、現在のワーキンググループと同様に公開の会議にするなど、開かれたものにしてまいります。</p> <p>医療従事者の確保については、臨床研修や診療報酬といった制度の設計者である国でなければ解決できない問題が多く、数値目標は記述し難いものがありますが、「6. 本構想を実現するための施策」の取組を行い、対策を実施してまいります。</p> <p>地域医療介護総合確保基金については、各都道府県に対し人口比例配分されるものではありませんが、本県としても積極的に確保に努めてまいります。</p> <p>なお、「5. 必要病床数の推計（4）必要病床数の推計」において記述してありますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
32	今後の主な方策	54ページの下から4行目の「介護士」という表記は、「介護福祉士」に直してほしい。	当該箇所については、「介護福祉士」より広義としており、介護の仕事に携わる人の意味で「介護士」としております。
33	今後の主な方策	地域医療構想として、在宅療養支援病院等の設置状況や在宅医療サービスの実施状況、訪問薬剤指導薬局数等、各医療圏の状況をまとめ、県としてどう取り組むか、課題等を示してほしい。	在宅医療支援病院等の在宅医療に関する施設等の一覧については、参考資料に掲載しており、訪問薬剤指導薬局数についても参考資料に追加します。なお、在宅医療対策の課題等については、愛知県地域保健医療計画において記述しております。
34	今後の主な方策	医療福祉従事者は原案表記の職種のみならず理学療法士等リハビリテーション専門職種も患者・家族をサポートするチームの重要な職種であることから、54ページ32行目からの「市町村が主体となり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士・・・」を「市町村が主体となり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、理学療法士等リハビリテーション専門職、ケアマネージャー・・・」としてほしい。	ご意見のとおり追記します。
35	今後の主な方策	チーム医療は原案表記の医師、歯科医師、薬剤師、看護師のみならず多くの保健医療従事者が現に関与している現状である。チーム医療により参画が期待される職種を明記することが広く県民にチーム医療をアピールすることができると思われるので、55ページ18行目からの「医師や歯科医師、薬剤師、看護師を含めた保健医療従事者が、緊密な連携を保ち、患者に適切な医療を提供する「チーム医療」に対応できるよう・・・」を「医師や歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等を含めた保健医療従事者が、緊密な連携を保ち、患者に適切な医療を提供する「チーム医療」に対応できるよう・・・」としてほしい。	ご意見のとおり追記します。

番号	項目	意見の概要	県の考え方
36	今後の主な方策	<p>現在、医師、看護師、介護職などにおいて、適切な診療を提供するための必要人員の確保が非常に困難となっており、病院の運営に深刻な影響を及ぼしている。特に、介護職の確保に関しては、特に三河地域は各医療機関とも介護職の圧倒的な数の不足に喘いでいる状況である。現在、介護職の確保に関しては、一刻の猶予もない状況であり、一日でも早く実効性のある施策と外国人雇用に対する規制の緩和を望む。</p>	<p>医療従事者等の確保については、県としても課題と認識しており、「6. 本構想を実現するための施策」に、医療従事者の確保・養成の施策を記述しております。なお、介護人材については、愛知県高齢者健康福祉計画において記述しておりますが、ご意見は、今後の検討の中で参考にさせていただきます。</p>
37	今後の主な方策	<p>54ページ(2)アの「ICT(情報通信技術)を活用した地域医療ネットワーク基盤の整備を推進する」について、地域医療ネットワークに歯科医療機関を加えること。</p> <p>また、「病院内における周術期の術前から術後の口腔機能管理として前方連携及び後方連携を行うため、愛知県歯科医師会在宅歯科医療連携室等との連携強化を図る」では、要介護高齢者等の生活の質の維持と向上につながる在宅歯科医療・保健提供を図るために、歯科医師会に所属していない歯科医療機関を排除せず、希望する在宅療養支援歯科診療所を在宅歯科医療連携室に組織すること。また、要介護高齢者または家族のかかりつけ歯科に、直接訪問歯科医療・保健の依頼ができるようにすること。</p>	<p>地域医療ネットワーク基盤の整備については、病院等医療機関間における電子カルテの情報共有による医療情報連携を図ることを目的としており、歯科医療機関は直接関与しないと考えております。</p> <p>在宅歯科医療連携室は、地域の歯科診療所からの要請に基づき歯科衛生士を派遣し、歯科診療所スタッフ、施設関係者を対象に講話と実習を行うことが業務の中心となっており、在宅歯科医療を提供する歯科医院の紹介については、地域包括ケアシステムの中で充実が図られてきております。なお、要介護高齢者又は家族のかかりつけ歯科医がある場合などには、歯科医師会に所属・未所属に関わらず、直接かかりつけ歯科医へ在宅歯科医療の提供を依頼することも可能となっております。</p>
38	今後の主な方策	<p>54ページ(2)イ「市町村が行うICT(情報通信技術)による在宅医療連携システムの導入を支援する」について、ICT(情報通信技術)による在宅医療連携システムに歯科医療機関を加えること。</p> <p>「医療、介護、福祉などを地域において切れ目なく提供する地域包括ケアシステムの構築を図る」について、地域包括ケアシステムの構築には、要介護高齢者等の生活の質の維持と向上につながる在宅歯科医療・保健提供を図るために、歯科医師に所属しない歯科医療機関を排除せず、希望する要介護高齢者の長年のかかりつけ歯科医療機関である在宅療養支援歯科診療所を加えること。かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準をシステム参加の要件としないこと。</p>	<p>ICT(情報通信技術)による在宅医療連携システムを構成するに当たって、歯科医療機関の参加は必要なことと考えますが、運営主体は市町村であるため、それぞれで判断することになります。</p> <p>要介護高齢者または家族のかかりつけ歯科医がある場合などには、歯科医師会に所属・未所属に関わらず、直接かかりつけ歯科医へ在宅歯科医療の提供を依頼することも可能となっております。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
39	今後の主な方策	<p>54ページ(2)ウ「医師や歯科医師、薬剤師、看護師を含めた保健医療従事者が、緊密な連携を保ち、患者に適切な医療を提供する『チーム医療』に対応できるよう、資質の高い保健医療従事者の養成を推進する」について、医師や歯科医師、薬剤師、看護師だけでなく、“理学療法士”、“作業療法士”、“歯科衛生士”等を含めた保健医療従事者に改めること。</p> <p>「看護職員の養成や再就業の支援、資質の向上に努める」について、看護職員だけでなく“歯科衛生士”を含めた養成や再就業の支援、資質の向上に努めると改めること。</p> <p>「在宅医療を支援する歯科医師の養成を図る」について、入院患者の口腔健康管理（口腔機能管理、口腔衛生管理及び口腔ケアを含む。）及び周術期の口腔機能管理を実施するため、在宅歯科医療連携室および希望する歯科医師会の所属しない歯科医療機関の在宅療養支援歯科診療所からも歯科医師及び歯科衛生士を派遣できる体制を構築するための養成を図ると改めること。</p>	<p>「医師や歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等を含めた保健医療従事者が、緊密な連携を保ち、患者に適切な医療を提供する「チーム医療」に対応できるよう、資質の高い保健医療従事者の養成を推進する」と修正します。</p> <p>「6. 本構想を実現するための施策」の「看護職員の養成や再就業の支援、資質の向上に努める」という記述については、現在の看護師不足が課題であることという認識から記述しております。</p> <p>県が実施主体となって行っている在宅医療を支援する歯科医師の養成については、歯科医師会に所属しない歯科医療機関の歯科医師、歯科衛生士についても参加が可能としております。</p>
40	今後の主な方策	<p>高度、特殊、研究医療を全国的に行っている国のナショナルセンター、特定機能病院等の医療機能については今回の地域医療構想の趣旨と異なる部分も多く、地域での取組・協議に当たって考慮すべきである。「高度特殊、研究医療を全国的に行っている国のナショナルセンター、特定機能病院等の医療機能については別に配慮する。」の一文を構想案54ページの6(1)に加筆するとともに、名古屋、尾張東部、知多半島の各区域に加筆していただきたい。</p> <p>また、地域の医療機能は指導医・専攻医の地域偏在と深く関わっている。55ページの6(2)ウに初期研修・後期研修に係る情報共有、連絡調整等のため、4大学を構成員とする連絡協議会を設置する旨加筆していただきたい。</p>	<p>大学病院等の特定機能病院についても、地域医療を担っていることから、地域医療構想の対象外とはしておりません。なお、大学病院がある構想区域については、他の構想区域からの患者流入が生じていますが、必要病床数の推計においては、この患者流入分を反映させています。</p> <p>また、現在、県におきましては、県内4大学病院の代表者等を構成員とする地域医療支援センター運営委員会にて、臨床研修医の募集定員の調整や新たな専門医制度についての地域医療の確保の観点からの検証及び調整を行っているところであります。指導医・専攻医の地域偏在に関する検証及び調整につきましても、本地域医療支援センター運営委員会を通じまして、地域医療に配慮した対応を図ってまいります。</p>
41	今後の主な方策	<p>構想の策定、推進にあたって、構想区域ごとに設置される推進委員会には医療関係団体の代表だけでなく、医療従事者、一般市民の参画や傍聴を認めるなど、住民に開かれた場で議論を進めてほしい。また、区域内の自治体への説明や意見聴取、構想の策定後には県全体や構想区域ごとの住民向けの説明会を開催してほしい。</p>	<p>構想の達成を推進するために必要な協議を行う場としては、地域医療構想推進委員会（仮称）を設置しますが、協議方法等については、今後、検討を進めてまいります。</p> <p>構想策定に関する医療審議会等での議論はホームページで公開しており、またご要望がありましたら、県政お届け講座等で説明させていただきます。また、市町村への意見聴取はパブリックコメントとほぼ同時に実施いたしました。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
42	今後の主な方策	<p>「医療資源等の状況」では病床に対する医師数などは全国平均を上回る数値が示されているが、医師不足を理由に診療制限をしている病院数は減っていない。また公的病院での診療制限が多い事も、地域医療を守る上で大きな障害となっている。医療過疎地域への支援、医師不足への対応については県として責任を持って対策を講じてほしい。とりわけ医学生への修学資金の対象拡大や各種相談、補助事業の拡充を要望する。</p> <p>また、病院勤務の医師の労働実態は大変厳しく、慢性的な医師不足に加え、長時間・過密労働、医師の業務負担増、スタッフの不足など様々な問題が解決されないままである。地域医療に貢献したいと願う医師が健康に働き続けられるように、医師確保や医療従事者養成をより一層推進してほしい。医師確保については、特に最近増えている女性医師が継続して働き続けられるための就労支援事業の拡充が特別に必要である。</p> <p>「将来のあるべき医療提供体制を再構築する上では、必要不可欠な医療従事者の確保・養成に取り組む必要があります。」とあるが、必要性は今までも認識されていたことである。「取り組む」と明確に方向を示してほしい。</p>	<p>「医療従事者の確保・養成」については現在も取り組んでいる状況であり、御指摘のとおり、「将来のあるべき医療提供体制を再構築する上で必要不可欠な医療従事者の確保・養成に取り組めます。」と修正します。</p>
43	用語の解説	<p>用語の解説は、参考資料の中の用語には対応していないが、参考資料の中にも一般県民にはわかりにくい用語があるため、参考資料の用語も含めて、参考資料の一番最後に置いてはどうか。（例：在宅医療に関する各施設の解説（129ページ）、介護施設等の一覧の各施設の解説（131ページ：一部の施設は用語の解説あり）、あと、そもそも急性期（1ページ）という用語もわかりにくい。）</p> <p>用語解説の順番が、ページ数の順に並べてあるが、複数のページに出てくる用語の解説は、最初のページで整理されていて、読む人がページの順番に読むとは限らないので、五十音順に整理されてはどうか。</p>	<p>ご意見を踏まえ修正します。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
44	参考資料	<p>94ページの傷病別の移動時間別人口カバー率の表について、当方のパソコンの性能の問題なのか、色の境界などわかりにくい。参考資料は全てA4横書きで統一されており、この表はA4横に2つの地図が横に並んでいるが、そもそも縦書きの構想なので、少なくともこの表は見にくいのでA4縦に1つの地図でいいのではないか。</p> <p>また、62ページ医療資源等の状況は、施設数と人口あたりの割合が1枚で整理されているが、129ページからの在宅医療に関する施設等の一覧や介護施設等の一覧は、似た表なのに施設数と人口あたりの割合が別ページになっている。どのような違いがあるのか、ないのであれば、1枚でまとめて見られる方がよい。</p>	<p>色別の変更が難しいため、原案のとおりとさせていただきます。在宅医療に関する施設等の一覧及び介護施設等の一覧については、ご意見のとおり修正します。</p>
45	その他	<p>地域医療構想を実現していくためには、公的病院・大学病院・民間病院・医院など様々な医療機関の相互の関わりが不可欠になってくると思われる。今後、地域医療発展のためにも、岡崎市や行政関係各所の主導のもと、医療従事者を増やす政策を柱とし、地域の医療機関、特に民間病院の意見が適切に反映されるような仕組みや制度の構築をお願いしたい。</p>	<p>「6. 本構想を実現するための施策」に、医療従事者の確保・養成の施策を記述しております。また、構想策定後においても、各構想区域に地域医療構想推進委員会（仮称）を設置し、地域の医療関係者のご意見を伺ってまいります。</p>
46	その他	<p>岐阜県では自治体病院の機能が明示されている。自治体病院には、繰入金・補助金等名称は色々だが補填がなされている。補填に関する理由では、公でなければできない不採算医療に取り組んでいるとされる。今回の制度改革で、医療機関は4つの道を選択することになったが、予算配分をしまで守る医療とは何かを知りたい。</p> <p>公的医療機関等の役割の明確化をお願いしたい。</p>	<p>公的病院等においては、従来から救急医療、へき地医療、周産期医等の地域医療にとって欠くことのできない役割を果たしており、このことは、愛知県地域保健医療計画に記述しております。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
47	その他	<p>現在の増床は、病床に余裕があればほぼ承認される。しかし、今後は各構想圏域の必要機能にあわせた病床設置が必要となるため、構想圏域の中で審議する「場」の設置が必要ではないか。</p> <p>また、療養病床の基準病床数算定方法は、特別養護法人ホーム、介護老人保健施設の入所率が含まれているが、療養病床の入院率のみで算定すべきではないか。</p>	<p>必要病床数と基準病床数の関係性については、現在、国において検討されておりますので、今後の国の動向を踏まえて、必要な措置を検討してまいります。また、医療法及び施行規則で定められている基準病床の算定方法についても、現在、国において検討されております。</p>
48	その他	<p>国のデータを参考にして病院同士の話し合いで決めるというのが、本来の地域医療構想であると考え。今後の地域医療構想の進め方においても、医療者どうしの話し合いによる自主的な考えに基づき構築していく必要があり、県がそれを支援し、検討を促す仕組みづくりが必要ではないか。</p>	<p>構想策定後、各構想区域に地域医療構想推進委員会（仮称）を設置し、地域の医療関係者のご意見を伺ってまいります。</p>
49	その他	<p>JR岡崎駅南部に藤田保健衛生大学の新病院が出来ると聞いている。今まで殆どの救急患者は北部の市民病院に集中していたと思うが、南部で発生した救急患者が1秒でも早く治療を受けられるようになることは非常に有益であり、岡崎市民として新病院の開院は非常に喜ばしいと考える。</p>	<p>「4. 各構想区域の状況及び課題 (8) 西三河南部東構想区域」の医療資源等の状況に記述しているとおり、西三河南部東構想区域においては、岡崎市において岡崎市民病院の増床や新病院の誘致など具体的な取組を進めてきており、既存の医療体制と合わせて、一般病床や2次救急医療の不足が改善されることが期待されています。</p>
50	その他	<p>岡崎市南部の救急は隣の医療圏に搬送されていることから、急性医療の整備が急務ではないかと思う。大学病院ができることで、問題は大きく解決される。また大学病院には急性期医療だけではなく、高度急性医療にも期待する。</p>	<p>「4. 各構想区域の状況及び課題 (8) 西三河南部東構想区域」の医療資源等の状況に記述しているとおり、西三河南部東構想区域においては、岡崎市において岡崎市民病院の増床や新病院の誘致など具体的な取組を進めてきており、既存の医療体制と合わせて、一般病床や2次救急医療の不足が改善されることが期待されています。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
51	その他	<p>新病院開設が予定されている区域（西三河北部・西三河南部東構想区域）にあつては、将来に渡る医療提供体制に齟齬が生じないよう、地域において情報共有、協議等を行う会議に開設予定者を出席させ医療圏内で十分な話し合いを行う必要があると考える。</p>	<p>構想策定後においても、各構想区域に地域医療構想推進委員会（仮称）を設置し、地域の医療関係者のご意見を伺ってまいります。</p>
52	その他	<p>新城市民は医療を含む市民に直結するサービスのために国税・県税・市税を使ってもらいたいと考えている。愛知県から新城市政に対し財政面での指導をし、一日も早く、新城市民病院の経営を立て直してほしい。</p>	<p>市町村立病院の経営については、病院事業を設置する市町村において、公立病院改革プランを策定し、病院事業経営の改革に総合的に取り組むものとされております。</p>
53	その他	<p>岡崎市民として病床数・医療従事者数が県平均を大きく下回っていることは、早急に改善すべき課題と考える。行政主導で新病院誘致を進めているとのことだが、病床数・医療従事者数が増えることで今まで以上に手厚い医療提供体制が整備されることを期待している。</p>	<p>「4. 各構想区域の状況及び課題（8）西三河南部東構想区域」の医療資源等の状況に記述しているとおり、西三河南部東構想区域においては、岡崎市において岡崎市民病院の増床や新病院の誘致など具体的な取組を進めてきており、既存の医療体制と合わせて、一般病床や2次救急医療の不足が改善されることが期待されています。</p>
54	その他	<p>私の母親は市内の皮膚科で皮膚がんの疑いがあるとされ、岡崎市民病院を紹介されたが市民病院受診でさらに名古屋大学病院を紹介されて入院・手術を受けた。県内とはいえ遠方での手術・入院は家族にとって時間的・距離的に相当な負担があった。特にかんなどは誰にでも起こりうる病気であり、市内及び近郊で手術から病気が完全に治るまで医療が提供されることが望ましいと考える。 岡崎地域に新たに大学病院が開院予定となっており、この新しい病院が出来ることでこの問題が解決されることを期待している。</p>	<p>「4. 各構想区域の状況及び課題（8）西三河南部東構想区域」の医療資源等の状況に記述しているとおり、西三河南部東構想区域においては、岡崎市において岡崎市民病院の増床や新病院の誘致など具体的な取組を進めてきており、既存の医療体制と合わせて、一般病床や2次救急医療の不足が改善されることが期待されています。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
55	その他	私は、岡崎市内に勤務をしているが、西三河南部東医療圏（構想区域）において総合病院は岡崎市民病院のみで概要版の同区域の状況にあるように病院の病床数、特に一般病床数が少ない状況は、平時、災害時に不安を感じている。幸い藤田保健衛生大学病院が数年先ではありますが開院することので大いに期待している。市民病院、大学病院がこれからこの地域で市民の医療に対する重責を果して頂けることを祈念している。	「4. 各構想区域の状況及び課題 (8) 西三河南部東構想区域」の医療資源等の状況に記述しているとおり、西三河南部東構想区域においては、岡崎市において岡崎市民病院の増床や新病院の誘致など具体的な取組を進めてきており、既存の医療体制と合わせて、一般病床や2次救急医療の不足が改善されることが期待されています。
56	その他	高齢化社会が来るというのに、地域医療構想は病床を削減するときく。住民の実情を無視した病床削減はやめてほしい。地域医療構想は白紙に戻し、県民市民の声をきくべきで、議会でも審議してほしい。	「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」に「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。
57	その他	地域医療の充実、安心・安全の医療の確立、誰でもどこでも、いつでも医療機関にかかることができ、必要な場合には入院できる状況を確認することだと思ふ。地域医療構想（案）は、結果として病床削減につながり、安心・安全の医療の確立につながらないと思ふ。また、東三河では、地域医療の中核は自治体病院が担っている。県の方針がストレートに反映されるのではないかと強い危惧がある。パブリックコメントの実施で終わりとするのではなく、県議会での審議や東三河地域でのタウンミーティングの開催を希望する。	「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」に「この推計に基づき、本県が病床を削減していくものではありません。」と追記します。構想策定にあたり、タウンミーティングの開催は予定していませんが、構想策定に関する医療審議会等での議論はホームページで公開しており、またご要望がありましたら、県政お届け講座等で説明させていただきます。
58	その他	多くの患者がスムーズに自宅に退院できず、転院や施設への退院となるなど、何らかの退院調整が必要となることが多い。老老介護や独居の患者も目立つようになり、ベッドコントロールが困難な状況が続いている。急性期病院が急性期の役割を担えなくなる可能性があるため、回復期病床が増え、転院調整も簡易になってほしい。病床数ばかりが増えても、マンパワーが不足しているので、改善して欲しい。	「6. 本構想を実現するための施策」に記述しているとおり、病床の機能の分化及び連携の推進や医療従事者の確保・養成の取組等を行ってまいります。

番号	項目	意見の概要	県の考え方
59	その他	東三河は高齢者が多いため、現在入院していても、付添などない状況で、退院・在宅となると、それを抱えた家族は患者以上につらい生活になるのではないかと考えられる。回復期病棟の病床確保や回復期病棟や介護施設の充実が必要と思う。	特に不足が見込まれる回復期機能の病床への転換や新設及び機能ごとの円滑な連携に向け、医療機関の自主的な取組を促すとともに、医療機関相互の協議を行います。また、医療、介護、福祉などを地域において切れ目なく提供する地域包括ケアシステムの構築を図り、在宅医療の充実も行ってまいります。
60	その他	2025年のベッド数をどうしていくかということは非常に大切な問題である。「回復期機能の病床を確保する必要がある」という地域医療構想（案）の提起はその通りだと思う。ただ、高度急性期病床や急性期病床を減らして回復期病床にまわせばいいということではないと思う。現行の機能はある程度確保・維持しつつ、回復期病床を増やしていくことが必要だと思う。また、地域医療の充実のために求められるのは、安全・安心の医療の確立、誰でもどこでもいつでも医療機関にかかることができ、必要な場合には入院できる状況を確認することだと思う。どの地域にも必要な病床をある程度余裕をもって配置することが必要である。地域医療構想（案）は結果として病床を削減することにつながり、安全・安心の医療の確立にはつながらないと思う。	患者の病状に応じ適切に医療を受けられるようにするためには、病床の機能分化と連携を進める必要があります。そのため、地域医療構想推進委員会（仮称）の場などにおいて、特に不足が見込まれる回復期機能の病床への転換や新設及び機能ごとの円滑な連携に向け、医療機関の自主的な取組を促すとともに、医療機関相互の協議を行っていきます。なお、「5. 必要病床数の推計（4）必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、医療法及び医療法施行規則に定められた方法により算出されたもので、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するため、医療供給量を病床稼働率で除し、病床数は余裕を持たせておりますが、あくまでも、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「5. 必要病床数の推計（4）必要病床数の推計」に「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。
61	その他	愛知県の病床数は全国平均より少ない状況である中、結果として病床を削減することにつながる地域医療構想（案）には賛成できない。回復期機能の病床を確保することが必要ではあるが、高度急性期・急性期病床を減らすことは、安全・安心の医療の確立から遠ざかることになるため、反対である。県民の声をふまえて策定するべきだと思う。	「5. 必要病床数の推計（4）必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「5. 必要病床数の推計（4）必要病床数の推計」に「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。

番号	項目	意見の概要	県の考え方
62	その他	療養型病床は多いとあるが、東三河北部圏での治療ができず、東三河南部圏に流れている人は多い。その後の療養も、面倒が見られる若い家族が南部圏に住んでいる場合もあり、北部圏に戻られる方は少ないことを考えると、決して療養型の数が十分とは思えない。今後、第一次ベビーブーム世代が高齢者となることから、入院する人は増え、その子世代の人数が少ないことから、介護の人手は不足し、療養型病院を頼る人も増えることが予想される。急性期の機能は現在のまま存続させる必要があり、療養型病床の回復期をシェアできるようになれば（流動的にできるようになれば）一番理想であると考えている。	急速に少子高齢化が進行する中、平成37年(2025年)にはいわゆる団塊の世代の方々が75歳以上となり、医療や介護を必要とする高齢者が大幅に増加することが見込まれています。患者の病状に応じて急性期の医療から在宅医療まで適切な医療を将来にわたって継続的に受けられるようにするために、病床の機能の分化及び連携を進めてまいります。
63	その他	愛知県は人口10万対の病床数は全国平均を下回り、もともと病床数が少ない状況である。当然病床数が少なければ、病床100床に対する医療従事者は全国を上回る。病床数が減ることにより、医療従事者の流出が行われ、現在の医療をまかなえなくなると思われる。医療従事者が確保できているのであれば、病床を減らすのではなく、回復期病床を増やし、なおかつ在宅医療も増やすべきである。また、薬剤師は医師、看護師が確保されている中でも、その従事数は平均を下回っている。医師、看護師をフォローする薬剤師の数が少ないことにより、医療の質を下げているといっても過言ではない。より質の良い薬剤師を確保するためにも、薬剤師の待遇改善、地位向上を望む。	結婚、出産、子育て等により職場を離れた就業意欲のある未就業薬剤師に対して、託児付き研修会及び実務実習等、職場復帰を支援する事業を実施することで、薬剤師不足の解消に努めております。今後は、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、地域住民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する機能を備えた健康サポート薬局の取組を支援することで、薬局、薬剤師が地域包括ケアシステムの中で役割を果たし、薬剤師の地位向上に寄与できるよう努めてまいります。
64	その他	高度急性期病床、急性期病床と回復期病床でそれぞれに応じて対象者を分ける必要はあると思う。そのためには、まず回復期病床を充実（機能、実数、受入れ状況）させ、高度急性期病床、急性期病床からスムーズに移行することが必要である。ただ、高度急性期病床、急性期病床の定数を減らすのではなく、すみやかに受診・治療できる体制の確保をしていく必要がある。地域医療構想（案）については国民が納得できるようにかつ議論できるようにしていくことが必要である。	患者の病状に応じ適切に医療を受けられるようにするためには、病床の機能分化と連携を進める必要があります。そのため、地域医療構想推進委員会（仮称）の場などにおいて、特に不足が見込まれる回復期機能の病床への転換や新設及び機能ごとの円滑な連携に向け、医療機関の自主的な取組を促すとともに、医療機関相互の協議を行ってまいります。

番号	項目	意見の概要	県の考え方
65	その他	<p>地域医療の充実のために求められているのは、安全、安心の医療の確立、誰でもどこでもいつでも医療機関にかかることができ、必要な場合には入院できる状況を確立することだと思う。どの地域にも必要な病床をある程度余裕をもって配置していくことが必要だと思う。地域医療構想は結果として病床を削減することにつながり、安全、安心の医療の確立にはつながらないと思う。地域の人々がいてこそその地域医療だと思う。</p>	<p>患者の病状に応じ適切に医療を受けられるようにするためには、病床の機能分化と連携を進める必要があります。そのため、地域医療構想推進委員会（仮称）の場などにおいて、特に不足が見込まれる回復期機能の病床への転換や新設及び機能ごとの円滑な連携に向け、医療機関の自主的な取組を促すとともに、医療機関相互の協議を行っていきます。なお、必要病床数の推計は、医療法及び医療法施行規則に定められた方法により算出されたもので、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するため、医療の推計供給数を病床稼働率で除して推計しております。なお、地域医療構想は患者の受療行動を制限するものではありません。その趣旨を明確にするため、「5. 必要病床数の推計（4）必要病床数の推計」に「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p>
66	その他	<p>地域医療の充実のために求められているのは安全、安心の医療の確立、誰でもどこでもいつでも医療機関にかかることができ、必要な場合には入院できる状況を確立することだと思う。どの地域にも必要な病床をある程度余裕をもって配置していくことが必要だと思う。地域医療構想（案）は、結果として病床を削減することにつながり、安全、安心の医療の確立にはつながらないと思う。</p>	<p>患者の病状に応じ適切に医療を受けられるようにするためには、病床の機能分化と連携を進める必要があります。そのため、地域医療構想推進委員会（仮称）の場などにおいて、特に不足が見込まれる回復期機能の病床への転換や新設及び機能ごとの円滑な連携に向け、医療機関の自主的な取組を促すとともに、医療機関相互の協議を行っていきます。なお、必要病床数の推計は、医療法及び医療法施行規則に定められた方法により算出されたもので、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するため、医療の推計供給数を病床稼働率で除して推計しております。なお、地域医療構想は患者の受療行動を制限するものではありません。その趣旨を明確にするため、「5. 必要病床数の推計（4）必要病床数の推計」に「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
67	その他	<p>東三河北部医療圏は、県の地域医療構想計画だと、新城市民病院から民間の病院まで今ある入院ベッドを、約半分に削減するという内容である。これでは、現場の医療現場は立ちいかなくなります。一番困るのは患者を受け入れる家族である。ベッドを半減した分の受け皿は主に在宅だということだが、少子高齢化社会の中で、老老介護、一人暮らしの高齢者が主な実態であることは、県も調査で把握していると思う。ベッド削減計画と同時に在宅援助支援計画や、南部医療圏での入院治療を行っていた市民を新城に戻ってこれるベッドを確保して頂きたい。つまり、急性期から回復した患者を安心して受け入れる回復期ベッドの確保をしてほしい。</p> <p>今でも、新城市では高度急性期の患者ベッドがない。一方で、人口減少で回復期ベッドなどが減らされるのたまりません。</p> <p>また、南海トラフ大地震の時には、ベッドが半減した場合の負傷者の受け入れ体制が出来ません。新城市民病院は災害指定病院の役割が出来なくなる。</p> <p>今後の、地震モデルでさえ東三河の命の砦である豊橋市民病院が、津波と液状化減少で1週間籠城する想定がある。この想定の中で、愛知県地域医療構想で実際に、ベッドの半分が削減されてしまえば、災害時の住民の混乱と県の責任問題が浮上してくると思われる。</p> <p>現場の医師・看護師・市民の声を聞いていただきたいと思う。医療構想について、影響を受ける医療機関ですら内容をよく知らないという声をよく聞く。住民の健康と命に直結する大事な問題ですので、介護関係、市民などに説明する機会も設けず、パブリックコメントだけですすのは、行政の説明責任を果たしていないと思う。ぜひ、それぞれの市町村で説明会を開いてほしい。</p>	<p>患者の病状に応じ適切に医療を受けられるようにするためには、病床の機能分化と連携を進める必要があります。そのため、地域医療構想推進委員会（仮称）の場などにおいて、特に不足が見込まれる回復期機能の病床への転換や新設及び機能ごとの円滑な連携に向け、医療機関の自主的な取組を促すとともに、医療機関相互の協議を行っていきます。なお、「5. 必要病床数の推計（4）必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「5. 必要病床数の推計（4）必要病床数の推計」に「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p> <p>また、構想策定にあたり、説明会の開催は予定しておりませんが、構想策定に関する医療審議会等での議論はホームページで公開しており、またご要望がありましたら、県政お届け講座等で説明させていただきます。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
68	その他	<p>わたしの住む東三河南部医療圏においては現有の病床数の2割もの削減案が示されている。南部医療圏においては、北部医療圏の新城市民病院が2次救急医療の機能を失い、豊川にその過半数がお世話になり、豊川市民病院は100%の病床稼働率と聞く。豊橋市民病院は3次救急病院として90%の病床稼働率と聞く。蒲郡市民病院だけが60%台の稼働率で低迷している。それでは蒲郡市民病院のベッドを削減しようという話になるように推測される。</p> <p>しかしそれは間違いだ。蒲郡市民病院に医療の需要がないのではなく、糖尿病の専門医の常勤がないなど、医師と看護師が不足しているために需要があってもベッドが稼働できない。この点を改善することなく、病床数の削減案を提示されたのでは拠点病院でない病院は強制的につぶされる、拠点病院の後方病院へ貶められることになる。</p> <p>医療福祉計画課の責任において蒲郡市民病院の二次救急医療機能、総合病院機能を守っていただかないと、豊川、豊橋と蒲郡とが削減ベッド数で張合った時、蒲郡が負けるに決まっている。蒲郡市民病院がこの削減計画でワンサイドで病床を削減することになれば、蒲郡市民病院へ医師は来なくなり、蒲郡市民病院が新城市民病院と同様になる。その時は、蒲郡市民病院が現在診療をになっている患者の大半が豊川、豊橋の市民病院へ行かざるを得ないが、それぞれの病院の能力では添付の資料から判断して、それが受け入れきれない。つまり、東三河全体の医療供給能力が不足することになる。</p>	<p>患者の病状に応じ適切に医療を受けられるようにするためには、病床の機能分化と連携を進める必要があります。そのため、地域医療構想推進委員会（仮称）の場などにおいて、特に不足が見込まれる回復期機能の病床への転換や新設及び機能ごとの円滑な連携に向け、医療機関の自主的な取組を促すとともに、医療機関相互の協議を行っていきます。なお、必要病床数の推計は、医療法及び医療法施行規則に定められた方法により算出されたもので、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するため、医療の推計供給数を病床稼働率で除して推計しております。その趣旨を明確にするため、「5. 必要病床数の推計（4）必要病床数の推計」に「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p>
69	その他	<p>在宅医療を望んでいる人もいますが、実行するのはなかなか難しいことだと思う。ただ数字だけをかかげて計算で医療を左右してはいけないのではないか。</p>	<p>今後、在宅医療の充実強化を図る必要があると考えており、「6. 本構想を実現するための施策」に記述している取組を行ってまいります。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
70	その他	<p>自治体の役目の1つは、住民の福祉の向上のはずである。愛知県は国のガイドラインに沿って、病床削減をしようとしているが、削減することは地域医療の崩壊になるし、住民の福祉の向上とは矛盾する。</p> <p>また、この構想について県民に知らされておらず、理解もされていない。県内全市町村でのタウンミーティングをしてほしいし、県議会での審議を求める。</p>	<p>「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p> <p>なお、構想策定にあたり、県内全市町村でのタウンミーティングは予定しておりませんが、構想策定に関する医療審議会等での議論はホームページで公開しており、またご要望がありましたら、県政お届け講座等で説明させていただきます。</p>
71	その他	<p>東三河南部医療圏の2025年の必要病床数は、地域の実態ではなく、国から示された基準で算出されたもので、数字だけがひとり歩きしているように思える。蒲郡で高度急性期や急性期の受け皿になっている蒲郡市民病院の病床が減れば、医師も減り、いざという時の救急体制がとれなくなってしまう。</p> <p>県は数字だけでなく、それぞれの地域の実態に目を向けていただきたい。丁寧に意見を聞いてほしい。</p> <p>国が医療費を増やさない方向に向いている今、何らかの圧力が加わって病床が減らされてしまうのではないかと心配している。</p>	<p>「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p> <p>構想実現にあたっては、各構想区域の地域医療構想推進委員会（仮称）でご意見を伺いながら、取組を進めてまいります。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
72	その他	<p>厚労省が示したガイドラインは、2013年の入院受療率を2025年の年齢階層別人口推計に当てはめるとしており、地域の医療の提供状況を評価した上で必要な医療を確保するという視点に立っているとは言えない。愛知県は一般病床数も療養病床数も、人口10万対比でみると全国平均の70%台と決して多くない。医療機関へのアクセスも地域により大きく異なり、入院の場合、搬送に一時間以上要する地域も存在する。医療従事者の充足状況も十分といえず、診療機能を制限している病院も少なくない。また、昨今の診療報酬改定で平均在院日数や重症度、在宅復帰率などの要件が厳しくなる中、患者さんは早期退院を迫られ安心して医療を受けることができなくなっている。</p> <p>これら現状の問題点について検討することなく機械的な計算により病床数を算出することは、県民の医療確保にとって問題があると思われる。慢性期医療と在宅医療を包括的に考えるとしていることについても、診療報酬上の制限や介護保険との給付調整等が煩わしいとして敬遠する医療機関は少なくない。病床削減により今後増大する在宅医療を担う医療機関を今後増やすことは困難と思われる。</p> <p>病床の削減・転換を「医療機関の自主的な取組みと医療機関相互の協議」に委ねると記載しているながら、県知事の権限が強化されたことも医療関係者を不安にさせている。医療保険者を協議会のメンバーとすることや地域保健医療計画や医療費適正化計画とのリンクなど、医療体制の整備より、医療費削減が主目的だと考えるのが自然といえる。今一度、現状の医療の問題点を明確にし、県民に必要な医療を確保するために必要なことを明らかにした上で計画を策定すべきである。</p>	<p>必要病床数は医療法で定められた方法で算出しております。</p> <p>「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」に「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p> <p>急速に少子高齢化が進行する中、平成37年(2025年)にはいわゆる団塊の世代の方々々が75歳以上となり、医療や介護を必要とする高齢者が大幅に増加し、慢性的な疾病や複数の疾病を抱える患者の増大による疾病構造の変化も見込まれています。こうした状況に対応するため、地域にふさわしいバランスのとれた病床の機能の分化と連携を進め、効率的で質の高い医療提供体制の構築を進めていく必要があると考えております。</p> <p>今後、在宅医療の充実強化を図る必要があると考えており、「6. 本構想を実現するための施策」に記述している取組を行ってまいります。</p>
73	その他	<p>現在政府の医療費削減策は、診療報酬の施設基準を厳しくして、患者を在宅に追い出すことと、地域医療構想という法律による病床削減で病院に患者さんの治療をさせない政策をとっている。患者さんは早期に在宅に追い出され、その患者も在宅放置である。この地域医療構想にはさらに国民健康保険の治療費に、都道府県単位で総枠を止め、これを上回らない様にする仕組みも併存させようとしている。</p> <p>またさらにこの構想では病床を制限して患者が医療をうけるチャンスを失わせることも計画しているように見える。この構想で愛知県は、高度急性期をはじめ急性期病床を1,400床を廃止する。地域ごとに対応可能であったこれまでの急性期医療が機能しなくなる。病床の数が少なくなることから、患者さんは居住地からかなり離れたところに行かなくてはならなくなってくる。これまでも多くの中小の病院の病床が廃止され、二次救急ができない社会となっている。そのため住民は安心して治療をうけることができなくなった。その上介護保険が大きく削減されるため、地域医療は崩壊する。国民は住んでいる町で医者にかかれない。在宅に放り出される。介護からも追い出される。そして孤独な状態で放置される重症者に悲劇が襲っている。政府と自治体は現状を把握して、より人道的な地域医療構想を行うべきである。</p>	<p>「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」に「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p> <p>急速に少子高齢化が進行する中、平成37年(2025年)にはいわゆる団塊の世代の方々々が75歳以上となり、医療や介護を必要とする高齢者が大幅に増加し、慢性的な疾病や複数の疾病を抱える患者の増大による疾病構造の変化も見込まれています。こうした状況に対応するため、地域にふさわしいバランスのとれた病床の機能の分化と連携を進め、効率的で質の高い医療提供体制の構築を進めていく必要があると考えております。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
74	その他	<p>団塊の世代が2025年に大量に75歳に到達する時期に病床必要量が減るとは思えない。むしろ病床がもっと必要なのに国の削減ありきの結論を導きだしている。東三河南部医療圏域では各首長がそれぞれ病床が減る心配はないと発言したり、県には削減しないよう意見書を提出すると言っている現状で、推進委員会（仮称）等で議論しても目標数が達成するとは思えない。できない場合でも県は強制しないというのが、国から迫られれば抵抗はできない。地域医療構想の目的は単なるプランニングではなく、実効性を確保することである。関係者の協議だけで達成が実現できない場合は、知事には所定の措置を講ずる権限が与えられているのだから、権限を行使しないというのは信用できない。</p> <p>総務省が出している「新公立病院改革ガイドライン」では、経営状況等を勘案し、再編・統合を含む見直しを迫っている。地域医療構想の目標が達成できない場合に福祉医療担当が権限を行使しなくとも、市町村課がガイドラインで縛りをかけてくることは容易に想像できる。</p> <p>急性期等の病床を減らし、在宅医療へ移行させたい計画だが、かかりつけ医など地域の受け入れ態勢はまったくめどがたっていないばかりか、医師会の様子を聞くと、まともな議論はされていないようである。在宅医療提供体制は2016年段階で現実的とは思えない。地域包括ケアシステムの構築も計画年次に達成できるとは思えない。</p> <p>医療従事者の確保・養成は、医師の偏在と不足、看護師の過酷な労働と低賃金で今まででも確保は困難を極めてきた。机上の計画では一朝一夕に実現できない。診療報酬の改善等による賃金・労働条件の改善なくして確保は難しい。</p>	<p>「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p> <p>今後、在宅医療の充実強化を図る必要があります。必要な介護施設等の整備も進めるとともに、医療、介護、福祉などを地域において切れ目なく提供する地域包括ケアシステムの構築を図り、在宅医療の充実を行ってまいります。</p> <p>「6. 本構想を実現するための施策」に記述しておりますが、医療勤務環境改善支援センターを設置し、働きやすい職場づくりに取り組む医療機関の相談に応じるとともに、必要に応じてアドバイザーを派遣するなど、その取組を支援してまいります。</p>
75	その他	<p>第一に、高齢者にとって高齢者医療に不安な点が多い。病床数の削減がなされれば、老後の健康は守れない。</p> <p>第二に、東三河では大学病院や公立病院が少なく、唯一市民病院があるのみである。県・市広域連合での意見交換が行われることを希望する。</p> <p>第三に、県は国に対して県民の立場に立ち、県民の命と健康を守り、老後も安心して暮らせる医療制度の確立を願う。</p>	<p>「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p> <p>今後、各構想区域において、地域医療構想推進委員会（仮称）を開催し、必要な協議等を行いながら、本構想を実現するための施策を実施してまいります。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
76	その他	<p>今後在宅医療の需要が大きくなることは解るが、入院患者を減らすことばかりに目が行き、不安が大きくなる。在宅医療をもっと充実させる計画も早めにしていかないと、不安ばかりが先行する。在宅医療がどこまですすんでいるのか、どのようになっていくのか、良い事例など具体的に報告していただければ不安は少なくなる。医療費の高騰ばかりが叫ばれているが、予防がいかに医療費を減らすことができるかなどに力をいれるべきだと思う。</p>	<p>在宅医療の充実強化を図るため、「6. 本構想を実現するための施策」に記述している取組を行ってまいります。また、生活習慣病の発症予防と早期発見に取り組み、生活習慣の改善による健康の保持増進等を行うことにより、将来の医療需要の増加を抑制し、限られた医療資源を有効活用しながら適切な医療を受けることができる体制づくりを進めてまいります。</p>
77	その他	<p>構想全般に渡って入院患者の在宅医療への移行が謳われている。在宅医療の基盤整備は重要ですが、患者・家族が在宅医療を受けるためには、住宅環境や家族の状況が大きく影響するため、地域のサポート体制が十分整備されていても在宅療養を強要することはできない。 患者や家族が療養の場を自由に選択できるように、在宅医療の基盤整備と併せて、療養病床、老健施設、特別養護老人ホームなどの長期療養の施設整備も必要である。</p>	<p>在宅医療の充実強化を図り、必要な介護施設等の整備も進めるとともに、医療、介護、福祉などを地域において切れ目なく提供する地域包括ケアシステムの構築を推進してまいります。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
78	その他	<p>東三河南部圏域である豊橋、豊川、蒲郡、田原で1391床も病院のベッドを減らしたら、市民は十分な医療を受けることが難しくなってしまう。東三河南部の将来の患者数の推計では、ガン、脳卒中、肺炎、消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓系疾患は、高度急性期も急性期も増えている。病床を減らすのではなく、増やす必要がある。</p> <p>蒲郡市は人口に対する医師の割合が、全国平均の半分である。高齢者100人あたりの介護保険施設の定員数は、東三河で最も少ない2.2人しかない。もともと医療資源も介護資源も少ないのに、さらに医療を減らし、受け皿とする介護を充実する保障もない地域医療構想案は、医療から介護へどころか医療も介護も受けられない。</p> <p>厚生労働省の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」では、「最後まで自宅で」を希望している国民は、毎回20%前後しかない。日本の在宅医療、在宅介護の体制では家族の大きな犠牲を前提とするからである。いわゆる北欧の福祉のように、一人暮らしの寝たきりでも、朝の顔ふきから2時間おきにヘルパーが訪問し、自己負担はほぼないなどの体制が整わなければ、療養病床の半減というこの案は検討できない。</p> <p>この構想で直接、影響を受ける医療機関ですら内容をよく知らないということが、ある開業医さんと話していてわかった。医師会長や民間病院の院長がワーキングに参加していても、他の医師には伝わっていない。ましてや、介護関係、市民などに説明する機会も設けず、パブリックコメントだけですますのは、行政の説明責任を果たしていない。それぞれの市町村で説明会を開いてほしい。</p>	<p>「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p> <p>構想策定にあたり、説明会は予定しておりませんが、構想策定に関する医療審議会等での議論はホームページで公開しており、またご要望がありましたら、県政お届け講座等で説明させていただきます。</p>
79	その他	<p>医療機関の協議においては、利害関係が絡んでくると思われるので、強力なまとめ役が存在しないと難しいのではないかと。</p>	<p>構想を実現するために必要な協議を行う場としては、地域医療構想推進委員会（仮称）を設置しますが、協議方法等については、今後、検討を進めてまいります。</p>
80	その他	<p>今でもかなり遠いところから通院・入院しなくてはならない人が多い。県の地域医療構想によって、ベッド数が削減され、介護保険の給付が削減されれば、病人老人は死ぬと言っているのと同じだ。病の時には、安心して入院・通院治療がしたい。ベッドを減らさないでください。</p>	<p>「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化と連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。</p>

番号	項目	意見の概要	県の考え方
81	その他	私はこの「構想」が策定の趣旨にあるまさしく団塊の世代の人間だ。これからは老人夫婦がお互いに助け合いながら老後を過ごしていくことになるが、車も近い将来には手放すこととなり、体調の悪い時には公共交通機関などで通院できる病院が近くにあることが必要である。 人口数だけで割り振りを考えるのではなく、自分の地域に必要な医療機関があることが大切である。	急性期の医療から在宅医療まで、患者が病状に応じた適切な医療を将来にわたって受けられるようにするため、地域医療構想により病床の機能の分化及び連携を進めていかなければならないと考えております。
82	その他	これから高齢者が増加する。病院に入院できなくなることは大変心配である。個人の病院もなかなか見つけられず、不安になる。	「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。
83	その他	豊田市上郷町に病院を作ってほしい。 病院の近くに患者専門アパートを作ってほしい。 外国人向け医療ツアーの新病院を作って受け入れてほしい。 デザイナーズベビーを作ってほしい。 安楽死を合法化すべき。 豊田市駅前に外国人向け病院を作ってほしい。	地域医療構想は、患者が症状に応じた適切な医療を将来にわたって受けられるようにするため策定するものです。
84	その他	国がすすめる「医療・介護総合確保法」は、わたしたち国民を病院や施設からしめだし、在宅へとすすめていく方向がうかがえる。地域の実情を考慮せず構想にもとづいて病床数を減らしていくことに納得できない。県民全体で考えていくよう議論の機会をつくるようお願いする。	「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」において記述していますとおり、地域医療構想で定める必要病床数は、構想区域において平成37年における機能区分ごとの医療需要に対応するための病床数であり、病床の機能の分化及び連携を推進するための目標になるものです。その趣旨を明確にするため、「5. 必要病床数の推計 (4) 必要病床数の推計」に「この推計に基づき、県が病床を削減していくというものではありません。」と追記します。 なお、構想実現に向けては、地域医療構想推進委員会（仮称）を設置し、協議しながら取組を進めてまいります。

番号	項目	意見の概要	県の考え方
85	その他	<p>概要版だけ見る方には、そもそもの構想区域の考え方がわからないと思う。さらに医療圏（しかも2次）という言葉もあり、唐突に結論から始まるのではなく、医療行政に関わりがない一般県民向けに、概要版であってもその中で補足や用語の解説を入れてはどうか。</p>	<p>概要版は、あくまで本編の要点を取りまとめたものであると考えております。</p>
86	その他	<p>概要版3ページにおいて、いきなりパターンBという用語が出てきても何かかわからないと思う。構想案で用語の解説のあったものは、概要版においても、表中又は最後に1ページ主な用語解説を加えてはどうか。特に（1）の中には、「高度急性期」始め各機能や、「在宅医療等」、「入院受療率」等、用語の解説が概要版内にもあると良い用語がいっぱいある。</p>	<p>概要版は、あくまで本編の要点を取りまとめたものであると考えております。なお、概要版においては、「パターンB」という用語を使わないようにします。</p>
87	その他	<p>概要版に、現在の病床数データも入れて欲しい。</p>	<p>概要版はあくまで本編の要点を取りまとめたものであると考えております。</p>