

「愛知県地域保健医療計画」の中間見直し(案) パブリックコメントの結果

1 実施期間

令和3年5月15日（土）～令和3年6月13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
		11	11

(2) 男女別

男性	女性	不明	合計
7	4		11

(3) 年代別

20代	30代	40代	50代	60代	70代	不明	合計
	1	1	3	2	4		11

(4) 地域別

名古屋	尾張	海部	知多	西三河	東三河	不明	合計
6	1				4		11

(5) 職業別

医師	会社員	団体職員	その他	合計
1		4	6	11

3 意見数

34件

意見に対して計画案からの修正はありませんが、各意見及び意見に対する考え方については、「2～3」ページのとおりです。

また、関係団体等からの意見及び修正内容は、「3-2」ページにまとめさせていただきました。

「愛知県地域保健医療計画」の中間見直し（案）へのパブリックコメントの意見と県の考え方

番号	項目	意見内容	県の考え方
1	保健施設の基盤整備	新型コロナ関連は次の機会となっておりますが、感染症対策における保健所への役割に関して、県知事も、県民のみならずその重要性を痛感しているかと思えます。県保健所の設置及び所管区域の見直しは、保健所の増設及び分室から支所への格上げの方向でお願いしたいと考えます。	保健所の設置基準は地域保健法に規定されており、原則、二次医療圏ごと1か所の設置とされています。また、本所と分室について、本県では訪問指導、監視指導等の業務を保健所本所に集約するとともに分室は窓口業務等に特化するとして、役割分担をしているところですが、今後も諸状況を踏まえながら、保健所の適正設置に努めてまいりたいと考えております。
2	母子保健事業	母子保健事業において「子育て支援」「虐待予防」を重視することはとても大切です。市町村の保健センターが、健診後に親子ともにいていかな支援を展開できるよう、ゼロ歳児からの親子が楽しく通える「親子教室」の実施を県が補助することを検討下さい。また、妊娠・出産に関する正しい知識の普及に向けて、まずは県立高校での系統的な性教育の実施方針を具体化して下さい。	御意見として参考にさせていただくとともに、必要に応じて関係する機関と共有させていただきます。
3	地域医療構想の推進	コロナ禍で、入院が必要な人が入院できずに自宅で亡くなる医療崩壊となっている現状、病床削減計画そのもの見直しは必須である。2013年度のレセプトデータを基にした医療需要の推計では、現状に全くそぐわない内容である。愛知県として、病床削減計画を早急に見直すことに着手することが必要であり、今回の中間見直し（案）でも医療計画のなかはそのことを明記すべきだ。愛知県として、国に対してもコロナ禍で地域医療構想を推進することはやめ、新興感染症に対応できる余裕ある病床数と人員体制へと見直しを行うよう要望して頂きたい。	新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた、今後の地域医療構想に関する国の考え方としては、人口減少や高齢化は着実に進み、医療ニーズの質や量が徐々に変化することから、医療提供体制を維持していくためには、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠であるとされており、地域医療構想については、その基本的枠組みを維持しつつ、着実に取組を進めていくこととされているため、今後も国の動向を注視しながら、進めてまいります。
4	感染症・結核対策	新型コロナウイルス感染症の影響や、それに対する対策の記述が全く見当たらない。4 感染症病床の整備のところでも、現状の72床では、今回のように新興感染症のパンデミックが起きた際には全く足りない状況となることが明らかになった。県として感染症病床を増やす計画を立てるべきではないか。次期医療計画（2024年度～）では遅すぎるため、今計画中間見直しに盛り込むべきである。	新型コロナウイルス感染症については、新たな変異株の流行、ワクチンの普及、新たな治療薬の開発等、状況が絶えず変化しており、現在、専門家の意見を聞くなどして、状況の変化に応じた対策を講じているところである。現状では、今後の感染状況が予測できず、計画を立てることが困難であることから、今回の見直しでは盛り込むこととします。
5	保健医療従事者の確保対策	看護職員は「量的な確保及び資質の向上等に取り組む」とあるが、愛知県は県立愛知看護専門学校（岡崎）の廃止を決定している。学費の安い公立の看護学校は、低所得世帯でも看護師を目指すという選択肢を確保するものであり、看護師不足の中、廃止ではなくむしろ拡充してほしい。「看護業務従事者は年々増加しています」とあるが、新型コロナウイルス感染症の影響で退職者が増え、かつ中途入職者が減っていることから、看護現場はますます深刻な人手不足に陥っている。県として責任をもって看護師養成数の目標を持ち取り組んで頂きたい。2018年に廃止した看護修士学資金貸付制度についても復活させてほしい。看護職員需給推計について、シナリオ①、②では、有給休暇を5日～10日しか取得できない前提での推計であり、有給休暇が取得できない現状を放置したもとなっている。このような看護師の労働環境では長く働き続けることができない。有給休暇を全て消化できるくらい余裕をもった看護職員の人員体制を目指して頂きたい。また、近年、紹介業者を使って就職する看護師、介護職が多く、高額な仲介手数料が医療機関や介護施設の経営を圧迫している。これらの業者への規制や、ナースセンターやハローワークでの就職についての広報を強化する等、対策を講じて頂きたい。	看護師の養成については、看護師等養成所への指導・助成や各種研修事業を通して、看護職員の質・量の充実に図ってまいります。看護職員需給推計については、国の示した推計方法を元に推計を行い、現在中間とりまとめとして公表されているところですが、県として、病院内保育所の運営・整備助成等を通して労働環境の改善に取り組むとともに、看護職カマド研修等の再就業支援に力を入れて取り組んでまいります。また、看護職無料職業紹介事業については、県内3箇所の一ナースセンター事業の周知を引き続き図ってまいります。
6		今回の「中間見直し」に当たり、各項目の「現状」数値の変更は、概ね令和元年（2019年）～最新令和3年（2021年）1月程度の数値へと変更されているが、基本的には、2019年の数値の変更となっています。現状認識を「中間見直し」として、当初数値（主に2016年）から最新の数値へと変更することにより、各計画の現状を正しく認識し、本計画に於いては、2023年度までの計画後半期への対応を行うための見直しです。よって、基礎的なデータである人口や、病院・診療所数や既存病床数は2020年10月現在の数値へと変更となっています。にもかかわらず、第3部「医療提供体制の整備」に於ける数値は、最新データによらず変更する数値そのものが古い（主に2018・2019年）数値による変更となっているなど、数値の記載年度に一貫性がないものとなっており、最新の数値を記載すべきと考えます。	各種調査や統計において、取得できる最新の年度が異なっているため、全ての数値の記載年度を統一することは困難です。また、今回の中間見直しは新型コロナウイルス感染症対応のため、策定期間が1年延長されていることから、公示までに新しいデータが公表される可能性がありますが、記載時点において、可能な限り最新の内容に置き換えております。
7	感染症・結核対策	現状に於ける最重点課題・問題となっている「新型コロナウイルス感染症」の2020年から今日にかけての「現状」及び、それへの2023年度までの対策等の記述が全く抜け落ちている。これは「計画策定の背景」「計画の目的」「計画の性格」など『第1章計画の基本理念』からも著しく逸脱する内容であり、骨抜き「中間見直し」と言わざるを得ません。「新型コロナウイルス感染症」が当計画策定時には存在しなかった新興感染症であるからこそ、この「中間見直し」に於いて、少なくとも「現状」（この1年半の期間の実態）をしっかりと記載し、現状でまとめられる対処方策を記載しなければ、本計画の後半期（～2023年度まで）を見通した地域の保健医療計画とは到底言えません！コロナの字句が一字も無いことは当然に不自然です。県民の安全・安心に寄与するための計画となっていません。これでは、計画自体が県民の信頼を得ることは出来ません。	新型コロナウイルス感染症については、新たな変異株の流行、ワクチンの普及、新たな治療薬の開発等、状況が絶えず変化しており、現在、専門家の意見を聞くなどして、状況の変化に応じた対策を講じているところである。現状では、今後の感染状況が予測できず、計画を立てることが困難であることから、今回の見直しでは盛り込まないこととします。
8	基準病床数	今回、県及び各二次医療圏単位の人口等が相当数変動しているにもかかわらず見直しを行わないことは、片手落ちではないか？その結果、6年も経過した2024年に大幅な「基準病床数」の見直し変動が行われると、さらに混乱することも予測されるのではないかと考えます。	基準病床については、国の示す算定式に変更がないことから、今回の中間見直しでは変更を行わないこととしております。
9	保健医療従事者の確保対策	新たに策定された「医師確保計画」を追加したのみで、他は数値の変更のみが基本となっています。とりわけ看護職員の確保問題は、焦眉の緊急課題でもあり、現状を分析した上での課題を解決・改善して行くための具体的施策と、県としての明確な目標を設定する必要があります。本計画に於ける記述は、全く不十分であり、単に課題を列挙するだけでなく、具体的施策はほぼ何も具体化されていません。よって、本県に於ける具体的な「看護職員確保計画」を医師確保計画とともに策定する必要があり、その計画が無い本計画は片手落ち計画となっています。	医師確保計画については、医療法の改正に伴い「地域保健医療計画」の一部として策定を求められているものであります。なお、看護師確保については、個別計画は「定められてはおりませんが、引き続き「養成と資質の向上」「職能の防止と再就業の支援」及び「普及啓発」を柱に、看護職員の確保に努めてまいります。
10	へき地保健医療対策	この「中間見直し」で多くの記述が変更・削除されています。とりわけ「削除」箇所についてその根拠が示されず、さらには「東栄医療センター」の問題等について、何の記述もなく、淡々と実績数値のみを記載変更しています。県として、どの様な方向性と目標を持って「へき地医療」の拡充・強化を進めて行くのが、不明です。	へき地医療については、自治医大卒業医師等の適切な配置やへき地医療拠点病院からの医師派遣等の推進により、医師等医療従事者の不足への対応に努めるとともに、へき地診療所からの代診医等派遣要請に係る充足率やへき地医療拠点病院の支援実績を目標値に掲げる等の取組により、対策を推進してまいります。
11	感染症・結核対策	中間見直し（案）は、コロナウィルスが感染症法の対象外であることから、コロナ禍での問題に対応していない。コロナ禍で明らかになったのは感染症病床が72床しかなく、県としての対応ができないだけでなく、コロナの重症患者を受け入れた医療機関では他の疾患の重症を引き受けられない状況もあったはずだ。また、救急車が受け入れられない問題もたははずだ。新型コロナウイルス感染症が法の対象外だからといって、医療の対象外ではないはずだ。愛知県地域保健医療計画では、新型コロナウイルス感染症に対応できなかったことは、明らかだ。また、保健所機能についても感染拡大する中で、機能停止状態に陥ったのではないのか。機能強化とする以上、保健師の人数確保は喫急の課題であるべきはずだが、まったく触れていない点は是正すべきだ。障害に関わる事項は、あまりにも不十分だ。障害者・児の医療に関わる従事者がすくないことは、県としても十分把握しているはずだ。計画に障害者・児の医療について記載すべきだ。以上のから、病床削減ありきの計画は抜本的に見直すべきだ。加えて、計画の策定にあたっては、障害当事者団体からの意見聴取を要望する。	御提出いただいた御意見は、本県事業の参考とさせていただきます。なお、障害児者に関わる医療従事者の確保については、医療介護総合確保促進法に基づく県計画に記載させていただいております。

「愛知県地域保健医療計画」の中間見直し（案）へのパブリックコメントの意見と県の考え方

番号	項目	意見内容	県の考え方
12	地域医療構想の推進 感染症・結核対策	今回の中間見直し（案）では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大によって明らかになった問題点についての記載が全くされていない。また、地域医療構想をはじめとする病床削減計画については、計画期間中（2023年度まで）は変更なく続けるとして、コロナ禍を経験した今、病床削減計画の見直しは必須であり、見直し作業が終了するまで計画そのものを凍結すべきだ。新型コロナウイルス感染症の感染拡大で、これまで進められてきた地域医療構想をはじめとする病床削減の計画では、パンデミックへの対応ができないことが明確になった。基準病床数の算定方法の見直しや感染症に対応できる医療従事者の育成、新興感染症の感染拡大時の医療提供体制の在り方などについての見直しは必須だ。国会で成立した医療法では医療計画上のいわゆる「5疾病5事業」に、新興・再興感染症対策を追加することとされたが、これが反映されるのは次期（2024年度から）の計画からで、それを得ていては遅すぎる。愛知県として、病床削減計画を早急に見直すことに着手することが肝要で、今回の中間見直し（案）でも医療計画のなかはそのことを明記すべきだ。同時に、今まで進めてきた計画では、県民の健康を守ることが困難なことが明らかになった以上、病床削減計画は一旦白紙に戻す必要がある。少なくともこれ以上の病床削減推進については、見直し作業が終了するまで凍結すべきだ。愛知県の今回の中間見直し（案）で病床削減計画が撤回されていない背景には国がコロナ禍のなかでも地域医療構想を推進しているということがある。愛知県として、国に対しても見直しを要望することも求めたい。	2021年5月末に医療法が改正され、2024年度からの第8次医療計画において、「新興感染症等の感染拡大時における医療」が、記載項目として追加されたため、本県においても、次期医療計画の策定や地域医療構想の推進に向けて、必要な検討を行ってまいりたいと考えております。また、新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の地域医療構想に関する国の考え方としては、人口減少や高齢化は着実に進み、医療ニーズの質や量が徐々に変化することから、医療提供体制を維持していくためには、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠であるとされており、地域医療構想については、その基本的枠組みを維持しつつ、着実に取組を進めていくこととされているため、今後も国の動向を注視しながら、進めてまいります。
13	災害医療対策	災害医療対策については、今後、発生が予想される大規模災害に備えるうえで、現在の医療提供体制では不十分であることは明らかであり、医療提供体制の抜本的な拡充は欠かせない。中間見直し（案）の大幅な見直しを求めたい。大規模災害時には医療需要の増大だけでなく医療提供体制の一部または全部を喪失することも想定する必要がある。また近隣の県でその様な事態が起こった場合は、愛知県でその医療需要に応える必要もあることから、県内の需要だけでなく、近隣県などの需要にも一定できることのできるものが必要で、計画として不十分だ。これらを踏まえた医療提供体制の抜本的検証を求めたい。災害時の医療については一朝一夕で行うことができないのではなく、平時から災害に対応できる医療従事者の育成などを積極的に進める必要がある。また災害発生時に即時に対応するためには、医療提供体制に一定の余裕があることが重要であり、この点からも病床削減計画の推進は行うべきではない。	大規模災害時にも医療を継続して提供するための拠点となる「災害拠点病院」を広域二次救急医療圏単位で複数指定し、平時からその運用や役割について検討するとともに、被災地で活動する医療チームであるDMATの養成及び質の向上を図っております。また、被災地内での重症患者の治療が困難となった場合には、被災地外での医療施設まで搬送できる体制を整備しております。
14	へき地保健医療対策	東三河北部医療圏は、県下の医療圏で最大の面積105万km ² （全県の5分の1）に、県下最小の5万2000人が暮らしています。年少人口および生産年齢人口は県下最低、高齢人口は最高の超過疎地域です。入院患者の半分以上が他の医療圏に流出する一方、圏内の病床利用率は県下最低の49.4%です。病院がわずか4つ（新城市市民病院、茶臼山厚生病院、今泉病院、星野病院）、北設楽郡唯一の有床診療所・東栄医療センターの救急中止、さらに医師不足などで住民の入院需要に応えられなくなったことが流出の原因と考えます。県は、平成30年の計画で「東三河北部医療圏は所在する病院数の少ない医療圏となっていますが、東三河北部医療圏は地形的な面から東三河北部医療圏と連携を図っています」と記しました。新城市市民病院が「地域支援病院」ではない以上、私たち北設楽郡に住む者は「東三河南部医療圏」に行くしかありません。最北にあたる旧富山村の患者が、90km離れた豊川市民病院に搬送されること自体、もはや「連携」といえません。夜間・荒天時に運行できないドクターヘリは、抜本的な対策にはなりません。人工透析患者は、日常的に長野県立阿南病院に通院せざるを得ません。東栄町には静岡県浜松市へ通う透析患者もおられます。今年4月11日付中日新聞コラム「三河だより」が投げかける「地方税収が全国4位の県に住む女性が、なぜ17位の県の病院へ通院しているんだろう」という疑問は当然です。東三河北部医療圏を構成する新城市と北設楽郡では、両者の地理的条件、高齢化率、民間クリニックの数などが大きく異なっており、私は、より困難な北設楽郡に特化した抜本的な支援策を求めるものです。東栄町では、令和2年度の救急搬送件数は188件で、搬送先は新城市市民病院99件、茶臼山厚生病院3件、東栄医療センター10件、豊川市民病院41件、総合青山病院2件、豊橋市民病院13件、豊橋ハートセンター2件、精進三方原病院4件、浜松赤十字病院1件、佐久間病院5件、ドクターヘリ8件です。新城市消防本部によれば、東栄町内では患者が望まない場所に搬送されることを理由に救急搬送を断るケースがあります。令和2年度には、町内の救急出動216件中、不搬送は28件に達しており、搬送の必要な患者が相当数「自棄」しているものと考えます。遠方の豊川市民病院・豊橋市民病院へ搬送されることは、家族の移動手段や、帰りのタクシー代が高額になるなど、患者とその家族に大きな心理的・経済的負担となっています。誤嚥性肺炎のような適切な入院と点滴で回復する患者が、数十kmの長時間搬送によって消耗し、命を落とすようなことがあってはなりません（愛知県医師会『愛知報』6月1日号掲載の郡医師会長の寄稿を参照）。平成31年4月の東栄病院廃止・診療所化で救急告示が取り下げられ、北設楽郡の救急医療は危機的な状況です。東三河北部医療圏全体の令和元年の救急車の現場到着所要時間は13.8分です。全国平均8.7分、県平均7.5分を大幅に上回っています。病院受容までの所要時間は、県全体では60分以内98.0%、60分以上120分未満1.8%、120分以上0.7%です。東三河北部医療圏では60分以内58.4%、60分以上120分未満38.9%、120分以上2.6%で、4割超が60分以上かかっています。救急搬送の遅れが、県下トップの死亡率（11ページ）の要因になっていると考えられます。このまま何の対策も講じなければ、新城市市民病院の医師不足・診療科の削減のおそれ、東栄医療センターの無床化方針、消防署富山駐在所の閉鎖などにより、さらに深刻化するでしょう。自治体任せではなく、県の主体的な支援が不可欠です。※参考：平成30年『愛知県消防年報』、新城市消防本部『消防年報』、総務省報道資料「令和元年版 救急・救助の現況」より	東栄町からの要望を踏まえ、県から自治医大卒業医師等の派遣やへき地医療拠点病院からの医師派遣等を調整するなど、東栄医療センター（東栄診療所）への支援を行ってまいります。
15	へき地保健医療対策	愛知県は療養病床の患者を入院から在宅へ置き換える方針です。しかし、北設楽郡は高齢者のみの世帯・高齢者単身世帯が多く、家族を遠方の病院まで送迎することも、在宅介護を担うことも難しくなっています。東栄医療センターの丹羽センター長は町の会議の資料に「本人、家族、地域の選択と覚悟が求められる。今は早期施設入所の流れが強くなっている」と記しています。患者の家族は、いざいざとうきに入院できるベッドのない地域での在宅介護に不安を抱えています。高齢者が骨折などで町外の病院で手術・入院すれば、完治しても東栄町の自宅には戻れず、そのまま老人ホーム等施設に入所せざるを得ないのです。さらに東栄町では、看護師不足・介護士不足によって、自前の介護ができない事態も想定されています。東三河北部医療圏とりわけ北設楽郡の東栄町では、町独自の力で医師・看護師・技師などの医療スタッフの確保と、町立有床診療所を運営する財政を確保することが困難とされています（朝日新聞6月7・8日付「ゆれる『花』の里」）。県も、原案55ページで「（公立病院は）救急、へき地医療など採算性の確保が難しい医療を担っていることから、多くが経営問題を抱えています」「診療体制の縮小を余儀なくされる状況もあります」と記しているのとおりです。私は東栄町の町議会議員になって2年余り、毎議会、町の医療問題を取り上げてきましたが、国の地方交付税（診療所への特別交付税、地域社会再生事業費など）を投じれば、自治体負担は大幅に軽減できると考えています。しかし、県の財政支援は、あまりに少なすぎます。今年3月施行の「過疎地域自立促進法」第7条は、過疎地域の医療確保のための人的・技術的援助・その他必要な援助を都道府県に求めています。県には、東栄町のような自治体の医療に配慮する責任があります。東栄医療センターへの愛知県の財政支援（不採算診療所・診療所への財政支援）を強めていただきたい。また県は、旧東栄病院（東栄医療センター）への派遣医師を、平成27年度から平成29年度には1名に減らしました。へき地の特殊性を鑑みて、医師を優先的に派遣していただきたいです。	関係市町村からの要望を踏まえ、県から自治医大卒業医師等の派遣やへき地医療拠点病院からの医師派遣等を調整するなど、へき地診療所等への支援を行ってまいります。
16	地域医療構想の推進 感染症・結核対策	本計画案には、「新型コロナ」の文字がありません。今後3年間の保健医療計画には、新型コロナウイルスによる影響と対策を考慮に入れるべきです。ワクチン接種が進んでも、ウィルスの変異の状況によっては取束への道筋は簡単に描けません。私は、①感染者を医療圏ごとに収容・治療できる医療体制（医療従事者・感染病床・宿泊施設）の確保、②医療従事者・保健師等の命を守る体制と特別手当の支給、③医療機関の経営への支援などを計画に組み入れるべきだと考えます。県内では、新型コロナの発生から今年6月12日までに888名の方が命を落としました。在宅療養中に死亡した方もおられます。この経験を踏まえて、愛知県には病床を削減する方針を見直していただきたいです。また、県の責任において国に「地域医療構想」を是正するよう求めたいと思います。私は、現政権が病床を削減する「地域医療構想」に従うのではなく、県民・医療従事者の生命を守る観点から計画を策定するよう要望します。	2021年5月末に医療法が改正され、2024年度からの第8次医療計画において、「新興感染症等の感染拡大時における医療」が、記載項目として追加されたため、本県においても、次期医療計画の策定や地域医療構想の推進に向けて、必要な検討を行ってまいりたいと考えております。また、新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた、今後の地域医療構想に関する国の考え方としては、人口減少や高齢化は着実に進み、医療ニーズの質や量が徐々に変化することから、医療提供体制を維持していくためには、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠であるとされており、地域医療構想については、その基本的枠組みを維持しつつ、着実に取組を進めていくこととされているため、今後も国の動向を注視しながら、進めてまいります。

「愛知県地域保健医療計画」の中間見直し（案）へのパブリックコメントの意見と県の考え方

番号	項目	意見内容	県の考え方
17	へき地保健医療対策	東栄町は数年前まで入院40床、透析10床、救急対応の病院があり近隣町村との協力のもと運営されていましたが、東栄町は近年の赤字、入院患者の激減を理由に、また国・県の医療整備計画にも合致しているとして無床診療所新設を住民の理解・地元北設医師会の理解のないまま議会制民主主義を主張し計画を強行したため、町長リコール運動に発展し正に成立しようとしています。当地域は三連南信道の整備により交通の便は良くなってきていますが、医療については脆弱で南部医療圏（60km）を頼らざるを得ない状況になってきています。特養老人ホームは多く、地域内での交通弱者も非常に増えてきています。私たちの町では首長の交代が実現するかもしれませんが、地域医療に北設医師会と緊密に連携し体制を考え直していただける首長になった場合に向け、側面も柔軟に対応いただけるよう切に願います。該当の議員・町長を選出してしまった町民に非があることは間違いございませんが、それを正そうと努力しているときであります。豊根村・設楽町・東栄町の北設3町村の連携を取り戻し、医療体制の立て直しを検討することもできるかもしれません。県では「北部医療圏」として新城以北をくくり新城市市民病院を中核病院と位置づけのお考えかもしれませんが、地域性を鑑み北設案に小規模でいいので中核医療施設が必要と考えます。現在は東栄診療所は中核としての位置づけであると思われませんが、規模は縮小すれど3町村の中核であるべきと思います。	現行医療計画（計画期間：2018年度から2023年度）では、東三河北部医療圏を通院医療から入院医療までを包括的に提供する2次医療圏として取組を進めているところですが、また、東栄診療所は、住民の医療の確保に必要なへき地診療所であることから、引き続き支援を行ってまいります。
18	感染症・結核対策	コロナ禍のもと地域保健医療の体制が崩れていることが不思議でなりません。保健所の体制強化、感染症の病床の確保、呼吸器内科の強化、ワクチン接種の業務体制など再検討・追加してほしいです。	新型コロナウイルス感染症への対応で得られた知見を踏まえ、今後、検討してまいります。
19	へき地保健医療対策	私が住んでいる北設案部の医療過疎の問題を解決する対策だけが弱いと感じます。他の医療圏は、それなりに機能していることが分かりますが、東三河北部医療圏だけが、入院・救急から精神科（病床ゼロ）まで、ほとんど何もかも不十分です。北設案部は、愛知県の「姥捨山」なのではないでしょうか。計画では、人口が減っている、高齢化が深刻で先がない、そういう理由で医師の数を増やさない、据え置き、という方針に受け取りました。私たち住民は、豊川・豊橋に引越せよと言っているように読めます。どうか、勘弁してください。同じ東三河北部医療圏でも、北設案部と新城市では、ぜんぜん、環境が違うことを理解してください。	東三河北部医療圏は、人口の減少及び医療需要の減少が見込まれる中、他の医療圏の医療機関との連携により医療が提供されており、今後も、関係市町村からの要望を踏まえ、現行の医療計画の中では、現状の医療従事医師数の維持を目指し、引き続き必要な対策を行ってまいります。
20	へき地保健医療対策	愛知県は、東栄医療センターの無床化と透析・救急中止について、どのように考えているのか、読み取れませんでした。どんなへき地に住んでいようとも、県民の命を守るため、北設案部唯一の入院・透析・救急を守るために、医師の確保・財政支援を強化していただきたい。	東栄町からの要望を踏まえ、県から自治医大卒医師等の派遣やへき地医療拠点病院からの医師派遣等を調整するなど、東栄医療センター（東栄診療所）への支援を行ってまいります。
21		愛知県政に於ける 医療分野の優先順位の相対的低下を強く感じる。元来は自由診療であるべき高度医療が、平準的な保健医療に組み入れられたことによる制度の軋みはないのか？ 昨今の生命科学の進展、特にゲノム分野の無畏が基盤しく、2020年以降のゲノム医療、ゲノム創薬時代に不適応な原案に仕上がっているのは残念である。	参考させていただきます。なお、がん医療につきましては、県がんセンターにてゲノム医療の実用化を始めとする新しいがん医療の基礎研究及び臨床応用研究など、がん医療に役立つ研究を推進します。
22		一般病床の自地域依存率が、異常に低い東三河北部。原因は？新城市の公的医療の質・量の低下によるものか？ 東三河南部や隣接県（長野県、静岡県）への受診・入院の依存に頼っているのか？ 人口減少を加速しているのは明らかで、県は本医療圏の消滅を容認しているのか？	東三河北部医療圏は、人口の減少及び医療需要の減少が見込まれる中、他の医療圏の医療機関との連携により医療が提供されており、
23	糖尿病対策	総論に記されていた「生活習慣病」は、糖尿病学会が提唱している「多因子性疾患」に改めるべき。Ⅱ型糖尿病もゲノム解析テクノロジーの進展により、遺伝的な発病因子が強く影響していることがわかり、近く遺伝子診断も可能になる疾病であり、早期の血液検査が実施できれば、発症そのものを大幅に抑制されることが期待される疾病される。具現化すれば、多岐にわたる長期化に苦しめられることもなく、健康な人生を送ることが叶い、医療の負担軽減にも資するのではないかと考えている。保健アプリケーション「とよはし健康マイレージ」糖尿病の発症予防に活用。豊橋市全体の包括的な取り組みは、糖尿病などの多因子性疾患の発症予防にも役立てられる優れた政策であると評価している。	国が示す「医療提供体制の確保に関する基本方針」や「医療計画策定指針」で、「生活習慣病」という用語が使われていることから、本計画においても使用しています。御意見については、参考にさせていただきます。
24	感染症・結核対策	まずは、PCR検査すらろくにできなかった（現在も）、新型コロナウイルス感染症対策の失敗をしっかりと検証し、カイゼンすべき。結核や、赤痢などの食中毒には有効だったクラスター対策は、感染力の強い新型コロナウイルスでは役に立たなかった。新型コロナウイルス感染（人獣共通感染症）の収束が見通せない今、古い医療に依拠する保健所に任せることは危険である。迅速大量のゲノム解析ができる県独自の生命科学の学術・産業プラットフォームの創設を要望したい。地球温暖化の最も危惧される災禍である感染症から人類を守り、これからの多岐にわたる新産業の核となり得るこの分野への関心を持っていただきたい。	県としましては、感染症に関する情報の収集、分析及び公表を適切に実施するための体制の整備を通じて、感染症の発生及びまん延を防止していくことに重点を置くとともに、関係機関及び関係団体等と緊密に連携を図り、健康危機管理の観点に立った迅速かつ適切な対応を推進してまいります。
25	災害医療対策	新型コロナウイルス感染で生じた、検査体制の不備や、入院が必要でも入院できない医療崩壊。地球温暖化により今後も頻発が予想される新型感染症も、災害医療の領域に含めるべき。東京都墨田区の新型コロナ対策を考察すると、この災害医療体制のきめ細かな整備が、円滑なワクチン接種にも活かされており、参考になると思う。視覚障害者・糖尿病の見地から南海トラフ地震津波の備えについて 睡眠者の時から取り組んできたこの課題。津波被害、液状化、地盤沈下、河川堤防の決壊による浸水など、想定される被害に対して逃げ場が確保できず、地盤のしっかりした高台の現在の県営住宅に事前避難目的で転居したこと。基礎自治体に要望していること ・視覚障害者への情報提供 ・新型コロナでも置き去りにされてきた教訓から ・糖尿病の避難の際の処方薬の必要持ち出し量の目安と追加時期の目安 ・提供される食事が炭水化物中心であることから 提案：災害ごとに策定されているであろう基礎自治体ごとの被害想定と避難計画。障害者自らも、避難計画の拡充に協力したい。	新型コロナウイルス感染症への対応のうち、医療機関や福祉施設におけるクラスター発生及び拡大を抑制するための初動対応を、災害派遣医療チームであるDMAT隊員が、災害医療の経験を活かし、医療体制緊急確保チームとして行っています。また、災害時の被害想定や避難計画については、医療計画とは直接関係ないものと思われるため、案に反映していませんが、「あいち障害者福祉プラン2021-2026」において、防災対策について施策の方向性と取組を定めております。
26	へき地保健医療対策	一日も早い遠隔診療・オンライン医療の標準化 東三河北部の極端な医療資源の脆弱化は早急には正すべき。医療体制の足切りによる治山治水の担い手の減少は、林産資源の量・質とも劣化を招き、自然災害の被害を増大させる。人口が間もなく80億人に達しようとする地球にあつて、益々重要度が高まる水資源を含む林産資源。長い年月をかけて育成されるものが多いのも特徴である。ゆえに、環境立県を標榜する愛知県には、短期的な収支に翻弄されることなく、50年・100年の計を持って山間地、島嶼の振興発展を行ってほしい。少子高齢化による人口減少を反転させるためにも、医療の量と質の更なる拡充を要望する。	へき地の医療提供体制の確保においては、自治医大卒業医師等の派遣などによる医師の確保に加え、地域の実情に応じて、オンライン診療等の導入についても関係機関と検討を進めてまいります。 なお、専門医がいない地域であっても情報通信機器を活用することで考えると考えております。本県では、県内在宅医療の現状を把握・分析し、保健・医療・福祉・行政など関係機関が連携して在宅医療の円滑な提供体制を構築するための「在宅医療推進協議会」を設け、協議するとともに、「在宅医療推進協議会」として地域の医師等を対象に、在宅医療の導入方法や関連職種との連携構築に関する研修を行ってまいります。今年度からは介護支援専門員等を対象に「入院調整支援事業」を行っており、地域の在宅医療の充実のため
27	在宅医療対策	プライマリーケアとは総合診療のことと理解している。すべての疾病を網羅的に診て、診療に繋げられる能力のある医師は、プロの病人のわたしでも思い当たる方は無い。既に、確定診断がついている慢性疾患の治療や温存療法には「かかりつけ医」は適任だと思うが、少なくとも、在宅個人にこの「プライマリーケア」の能力を求めるのは酷である。在宅・訪問医療は、拠点づくりが急務。そして、医師、看護師、介護士、ケアマネ、社会福祉士、リハビリなどのチームで臨むのがベターである。「看取り」が大きな割合を占めることには思うが、決して、個人の善意に依存してはいけない公共サービスである。拡充を希望する。	プライマリ・ケアとは個々の患者に対し、医師等が家庭や地域社会の状況を考慮し、身近で包括的な医療を継続的に提供することであると考えております。本県では、県内在宅医療の現状を把握・分析し、保健・医療・福祉・行政など関係機関が連携して在宅医療の円滑な提供体制を構築するための「在宅医療推進協議会」を設け、協議するとともに、「在宅医療推進協議会」として地域の医師等を対象に、在宅医療の導入方法や関連職種との連携構築に関する研修を行ってまいります。今年度からは介護支援専門員等を対象に「入院調整支援事業」を行っており、地域の在宅医療の充実のため

「愛知県地域保健医療計画」の中間見直し（案）へのパブリックコメントの意見と県の考え方

番号	項目	意見内容	県の考え方
28		各種の緊急事態に備えた、地域強靱化計画ともタイアップした、行政・保健医療機構に加え、地域の民間事業所等も組み込んだ、地域連携BCPの構築を望みます。今般のコロナ禍においては、どの関係者も、対処に苦慮したことと思います。そのような中で、各自治体や関係機関等の対応・努力は目を見張るものがありました。しかしながら、ワクチン接種に係る方針については、各市町村において独自の対処設計がなされ、その方法は千差万別であり、それらの違いに若干の驚きがありました。それに重なる形で実施された県の大規模集団接種は、一部の市町村の方策の修正を余儀なくさせる事態を産んだという状況があり、気になるところがありました。予想される緊急事態、つまり人々の通常の経済活動や生活の維持が困難になるような事態は、自然災害 地震、津波、洪水、台風、噴火等のほか、強毒性感染症の流行、原発や化学工場等の事故有害物質環境流出、大規模停電、地球温暖化による異常猛暑、洪水・干ばつ、病害虫大発生、飢饉凶作+食料輸入途絶、石油等資源輸入途絶、恐慌、広域テロ、有事等が考えられます。このような事態の発生下において保健医療の機能の維持を図りかつ必要な機能を創出する計画が求められると思います。その設計のための要素として、各首長の権限の強化・明確化、行政と地域の医師会等関係諸団体との有機的な連絡協議体制の構築、医療体制部会、圏域保健医療福祉推進会議、地域医療構想推進委員会、地域医療対策協議会等の有機的集束、地域の診療所をはじめとする多彩な関係諸機関・団体の機構への参画がものを言うと思います。今般のワクチン接種に際しては、歯科医師による接種の展開が示すように、緊急事態時における臨時の対応の備えが肝要と思います。退職看護師はじめ潜在有資格者の把握や登録等をもとにざとというときの活動要請、専門的または特殊な設備や技量を備えた地域の診療所や民間事業所等の把握や協定などをおとて、地域に潜在している資源を緊急事態時に有効活用できる条件の整備が大事だと思います。	地震、豪雨等の自然災害の発生や、新型インフルエンザをはじめとした多様な健康危機に対する備えも求められている中で、地域の限りある医療資源が、その機能を十分に發揮できるような連携体制を確立できるよう、計画の推進を図ってまいります。
29	総論	計画の策定の背景 ・ ・ ・ 新型インフルエンザをはじめとして、 新型コロナウイルス感染が拡大し 、多様な健康危機に・ ・ ・ （太文字挿入）	新興感染症等の感染拡大時における医療については、次期医療計画において、必要な検討を行ってまいりたいと考えております。
30	地域医療構想の推進	医療需要については、平成25（2013）年度のレセプトデータとなっていますので、直近のデータの提示をお願いします。	地域医療構想策定ガイドラインにおいて、医療需要の推計は、2013年度のデータに基づいて推計することとされています。
31	基準病床数	基準病床数、既存病床数、必要病床数の直近の各医療圏別の区分表を作成がいます。表2-1基準病床数の基準作成日は2015年（H27年）？いつですか？ 計画時の時点でしたら、表2-2既存病床数（令和2年9月末現在）との整合性が合わないのではないですか？ P.51表1-1-2 ①基準病床数の数とも関連	原案の15ページ、26ページにそれぞれ記載済みです。表2-1の基準病床については、2018年度～2023年度の6年間の基準として算出しております。一方、既存病床については、毎年、3月末、9月末時点の病床数について、集計を行っています。
32	基準病床数	感染症病床の増床見直しはありますか？	国の基準に基づき感染症病床を指定しています。今後も国との連携を密にし、県内に必要な病床の確保に努めてまいります。
33	感染症・結核対策	P.134～P.137の中に新型コロナウイルス感染の現状と今後の取り組みの経過報告の記載が必要となるのでは？	新型コロナウイルス感染症については、新たな変異株の流行、ワクチンの普及、新たな治療薬の開発等、状況が絶えず変化しており、現在、専門家の意見を聞くなどして、状況の変化に応じた対策を講じているところです。現状では、今後の感染状況が予測できず、計画を立てることが困難であることから、今回の見直しでは盛り込まないこととします。
34	保健医療従事者の確保対策	西三河南部東・東三河北部区分表の医療施設従事医師数の基準日 2016.12.31現在を直近の基準日で再計算して区分表を作成願います そのうえで目標医師数を算出、コメントをお願いします。	医師確保計画は、3年ごと（最初の計画は4年）に計画の実施・達成を積み重ね、厚生労働省が示す医師備在指標の計算式、計算結果に基づき、都道府県において医師備在指標を定めるとともに、二次医療圏ごとに医師確保の方針について定めた上で具体的な目標医師数を設定することが厚生労働省通知（医師確保計画策定ガイドライン）で規定されているため、ご意見に沿った目標医師数の算出は対応いたしかねますのでご了承ください。