

## 令和7年度第1回 東三河医療圏合同会議 議事録

- ・開催日時 令和7年9月11日（木）午後3時から午後4時30分まで
- ・開催場所 豊川商工会議所 2階 ホール
- ・出席者 出席者名簿のとおり
- ・傍聴者 1名

### <議事録>

（愛知県保健医療局健康医務部医療計画課 森担当課長）

お待たせいたしました。少々時間が早いですけど皆様お揃いになりましたので、ただ今から「令和7年度第1回東三河医療圏合同会議」を開催いたします。

本日の会議は、全て公開となっておりますので、よろしくお願いいたします。  
また、本日は傍聴の方が1名いらっしゃいます。

開会にあたりまして、豊川保健所 増井所長から御挨拶申し上げます。

（豊川保健所 増井所長）

愛知県豊川保健所長の増井です。

本日は御多忙にもかかわらず「令和7年度 第1回 東三河医療圏 合同会議」に御出席いただき、誠にありがとうございます。

また、日頃は、本県の保健医療行政の推進に格別の御理解・御協力をいただき、この場をお借りして、厚く御礼申し上げます。

さて、当会議は東三河地域の南北二つの医療圏の現状や今後のあり方について協議や検討を行うため、令和5年度から設置されているものでございます。

今回は、今までの東三河医療圏合同会議における議論で浮かび上がりました、この地域の課題を踏まえまして、「東三河の高齢者救急について」と、「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」の二つの議題を予定しております。

限られた時間ではありますが、東三河全体の今後の医療提供体制にとって有意義な会議とするため、活発な御意見を期待しておりますのでよろしくお願いいたします。

（愛知県保健医療局健康医務部医療計画課 森担当課長）

議事に入ります前に、資料の確認をお願いいたします。

まず、本日机上に配布させていただいた資料は次第（差替え）と、配席図、ならびにA4の参考資料4から7と、A3の資料1－5と1－6となっております。

す。先日あらかじめ郵送させていただいた資料と併せると、全体の配布資料は、次第（差替え）に記載させていただいたとおり、出席者名簿、配席図、資料１－１から１－６、そして２－１から２－２。それと、参考資料は１から７となります。

資料につきまして、不足等がございましたら、お申し出ください。

本日の出席者の御紹介につきましては、時間の都合上、お手元に配布しております「出席者名簿」及び「配席図」によりまして、御紹介に代えさせていただきますので、あらかじめ御了承願います。

それでは、これから議事に入りたいと存じます。最初の議題は、「議長の選出について」でございます。

議長は、参考資料として用意いたしました、「東三河医療圏合同会議開催要領」第４条第３項により、構成員の互選により定めることとされております。

事務局といたしましては、豊橋市医師会会長 福井様に、当会議の議長をお願いしたいと考えておりますが、いかがでしょうか。

#### 【「異議なし」の声】

ありがとうございます。では、議長は福井様にお願いしたいと思います。

それでは、以後の議事進行は、議長にお願いします。

（福井議長）

ただ今、皆様の御推挙により当会議の議長に選出されました、福井でございます。皆様の御協力をいただきまして、会議の円滑な運営に努めてまいりたいと考えますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議題（２）「東三河の高齢者救急について」、事務局から説明をお願いします。

（成田主任専門員）

御説明申し上げます。医療計画課の成田と申します。以後、御説明、着座にて失礼させていただきます。

本議題への説明に関しましては、Ａ３の資料１－１から１－６までと、Ａ４の参考資料２から５までを使用します。資料の数が多くて恐縮ですが、よろしくお願いいたします。

まず、Ａ３の資料１－１と資料１－２を御用意下さい。こちらは今までの本会議における参加者の方々の主要な意見要旨をまとめた資料になります。資料１－１が全体のダイジェスト版。資料１－２は昨年度の冬に開催しましたワーキンググループでの意見要旨の御報告となっております。大事な御意見を多数い

ただいておりますので本来であれば詳細に一つ一つ御紹介したいところですが、なにぶん時間の都合もありますので、内容についての詳細な御紹介は、申し訳ございませんが、この場では割愛させていただきます。

ただ、こちらの一連の御意見によりまして、東三河地域では、特に高齢患者に独特な諸課題により地域医療に様々な非効率な部分が生じていると、いうことが解釈できますので、これが本日の議題として高齢者救急を取り上げさせていただく出発点となっております。

では次に、A3の3枚目の資料1－3を御覧ください。

ここからは、本日の議題であります高齢者救急について、御説明させていただきます。

まず左上の1.「高齢者救急」の概念について、です。

皆様方の中でもすでに御承知の方も多いものと思いますが、令和9年から始まります新たな地域医療構想において、「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、単なる救急搬送のみならず、地域の医療・介護提供体制全体の中で、高齢者の救急搬送や、救急搬送ではないが救急であるもの、またそれ以外の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ために使われております。

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。今後、様々な地域で高齢者救急について議論するにあたりまして、具体的にどういった部分を議論すればよいかについては、国では、現段階では大きく分けて二つの観点で検討されています。

一つ目は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。これは、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ことから、「高齢者救急については地域の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はないか」という意見が出ており、また、これに関連して、高齢者救急の新たな受け皿として、診療報酬上、地域包括医療病棟が新設され、徐々に広がりを見せている状況です。

一方で、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等から、「トリアージできる二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います。

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の推進は非常に重要であるものの、

これ単体では乗り切ることができず、様々な追加の取組が必要であるとされております。

このうち、まず一つ目の丸の部分ですが、今後、従来の回復期機能に、地域包括医療病棟等の高齢者の急性期患者に「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います。

また、二つ目の丸ですが、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。

そして三つ目の丸ですが、これは従来から言われていることの連続でもあります。高年齢者施設等でのACPの取組強化。これについても促されているところでもあります。

続いて、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。

ここまで、高齢者救急について具体的にどういった部分を議論すればよいかにあつての国の考えなどを御紹介しました。ここからは、この地域の話をしていただきたいと思います。

まず、(1) ですが、過去の議論における意見要旨等から、当地域においても「高齢者救急」を議論し、地域の医療・介護体制全体を検討するような取組が重要であると考えております。一方で、これは非常に範囲が広く、また特に療養病床以降の施設であつたり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ため、(2) 本日議論したい項目について、に記載させていただいておりますア、イに重点を置いて意見交換を進められたらと考えております。

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独特な特徴である、市の単位である程度住民の受療動向にまとまりがあるという特性を踏まえまふと、蒲郡市、田原市、北部医療圏ではアは、あまり現実的ではないと思われまふが、一方で、豊川市や豊橋市においては検討余地があるかもしれない、と考えております。なお、これについては、豊橋市域ではすでに先進的な取り組みが始まつていようでありますので、後ほど豊橋市域の方々に本件を教えていただきたいと思つております。

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。以前の本会議でも転院の円滑化が重要との御意見をいただいており、さらに東三河南部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。

いま申しあげましたア、イについて、当地域で今後よりいっそう活用ができる医療資源の余地などを探るため、いくつかの病院に対しましてアンケートを行いましたので、この結果は後ほど御紹介をさせていただこうと思ひます。

続いて資料を1枚おめくりいただいて、1－4を御覧ください。ここからは、

本日の議論の参考となりそうなデータを少し掲示させていただいております。

まず左上の東三河の救急搬送において高齢者が占める割合ですが、概ね各市6割から7割が高齢者となっております。なお、最も割合が高いのが新城市消防管内でありまして、74%、実に全体の約4分の3が高齢者でありました。

続いて二つ目の丸の、東三河地域で地域包括医療病棟を有する医療機関ですが、これについては現在、成田記念病院様と蒲郡市民病院様で運用が始まっております。なお、こちらの算定要件ならびに施設基準について抜粋して記載しておりますので、こちらについてはまた後ほど、各自で御覧になってください。

続いて資料の右側ですが、こちらには日本医師会地域医療情報システムより抜粋した将来の人口推計と医療介護需要の予測のグラフを掲示しております。

上段横二つが南部医療圏のグラフで、こちらは、現在約70万の人口は今から25年後の2050年には57万人と13万人減少し、医療需要は2020年を100とした時にほぼ横ばいである一方で、介護需要は今後5年間は急増し、その後いったん横ばいになるものの徐々に再び増加に転じ、2050年には現在と比較して約35%増加している。という推計となっております。

下段横二つは北部医療圏のグラフで、現在5万3千の人口は今から25年後の2050年には約3万人に減少し、医療需要は今後ほぼ一定のペースで減少し、介護需要については2030年頃にピークを迎え、以後は減少するという推計がなされています。

続いて資料を1枚おめくりいただいて、資料の1－5、ならびにその次の資料1－6、合計3枚の資料を御覧ください。ここからは今回実施させていただいたアンケートの結果について簡単に御説明をしたいと思います。

今回は、大きく分けて二つのアンケートを実施させていただきました。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。

ではまず、資料の左上の1. 救急に関するアンケートについて、を御覧ください。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せていただきました。具体的な対象病院やアンケートの様式は、A4の参考資料2と3に記載させていただいておりますので、こちらは後ほど各自で御覧ください。

アンケート実施の結果、10院より回答を得られ、回答率は83%でした。このうち公開可とした9院の回答全文については資料を1枚おめくりいただいた資料1－6に掲載しておりますので、こちらも併せて御覧ください。

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、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、成田記念病院様、蒲郡市民病院様、渥美病院様の3院でありました。

続いてイ、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、あるが5、ないが5と、半々であり、豊川市民病院様と豊橋市民病院様は高次の医療機関からの転院を受け入れる機会はほとんどなく、蒲郡市民病院様は特に豊川市民病院様からの転院を、渥美病院様は豊橋市民病院様からの転院を、新城市民病院様は特に豊川市民病院様からの転院が多いと御回答いただいております、地域の連携関係がよく見て取れるものと思います。

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、うち4院より回答を得られ、回答率は57%でした。このうち、公開可とした2院の回答全文については資料1－6の2枚目に掲載しておりますので、併せて御覧ください。ちなみに、資料1－6では上の2行がこの回復期リハに関する御回答になります。回答のあった4院の全体の分析結果の一部を御紹介しますと、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、これは豊川さくら病院様でした。

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。こちらも病床機能報告上、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させていただき、対象病院は5院でしたが、うち4院より回答を得られ、回答率は80%でした。このうち公開可としたのは4院全てでございまして、こちらも資料1－6の2枚目に掲載しておりますので、併せて御覧ください。回答のあった4院の結果分析の一部を御紹介しますと、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。

続きまして、最後にA4の参考資料4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、本日、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、事務局において作成したポンチ絵になります。

こちらの図は、令和6年度の病床機能報告を基に機械的に分類しておりまして、実際の地域の肌感覚とは異なる可能性がございますが、あくまで行政的な報告を基に機械的に作成したものであることを御承知おきください。

まず、上の段の図についてです。左に患者の丸がありますが、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であったり施設、在宅等の資源を示しております。

このうち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三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

定はしていないものの、療養病棟以外での救急車の受入がある病院群。これをCと略称しています。

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と略称しています。

またこれら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と略称しています。

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。

まず、蒲郡市が最もシンプルなので一番上に記載しておりますが、まず蒲郡市民病院様はAとB両方であり、Cにあたる病院はなく、Dとして蒲郡厚生館病院様がございます。

続いて北部医療圏ですが、こちらでもシンプルで、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げられます。そのほか北部にはDの病院はありませんが、地理的には、豊川の後藤病院様、豊川さくら病院様、総合青山病院様、光生会赤岩病院様が地理的に近くに存在します。

続いて田原市域です。こちらは北部とよく似ており、渥美病院がAとDの機能を持っております。BとCにあたる病院はなく、Dの病院は地理的には福祉村病院様、弥生病院様、第二成田記念病院様が近くにあります。

続いて今度は豊川市域です。こちらは豊川市民病院様は三次で救命救急センターでございます。続いてAの医療機関としては総合青山病院様、Bの病院はなく、Cとして後藤病院様、宮地病院様が挙げられます。Dとしては総合青山病院様、後藤病院様、豊川さくら病院様、可知病院様が挙げられます。

最後に豊橋市域です。こちらは豊橋市民病院様は三次で救命救急センターであり、続いて、Aの医療機関としては豊橋医療センター様、成田記念病院様、光生会病院様、そしてハートセンター様が挙げられます。Bとしては成田記念病院様であり、Cとしては第二積善病院様と弥生病院様が挙げられます。Dの医療資源としては福祉村病院様、弥生病院様、第二成田記念病院様、光生会赤岩病院様が挙げられます。

以上について、先ほど御紹介申し上げましたアンケートの結果と併せて、地域のデータとして活用しつつ、本日、地域の高齢者救急医療体制について、様々な観点から御意見いただけますと幸いと考えております。なお、このあとの意見交換の進行につきましては、県の地域医療構想アドバイザーの伊藤健一先生にお願いしていく形で考えております。事務局からの説明は以上になります。

(福井議長)

ありがとうございました。

ただいまの事務局からの説明に関して、現時点で質問、御意見ございましたらお願いいたします。

特に無いようですので、本議題の意見交換の進行につきましては、愛知県地域医療構想アドバイザーの伊藤健一先生にお願いすることといたします。

それでは、伊藤先生よろしくお願いします。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

アドバイザーの伊藤でございます。着座にて失礼します。

今、事務局の方からいろいろ説明がございました。理解の一助となる資料の提供であったと思います。ここからは、平たくそれぞれの立場の御意見を拝聴したいと思いますので、どなたか先に発言という方はおみえでしょうか。

平松先生、お願いします。

(豊橋市民病院 平松委員)

豊橋市民病院でも高齢者の救急に関して少し取り組みを始めております。

一昨年から去年にかけて高齢者の入院が増加し、病床が満床の状態が続き、救急医療ができない時期がありました。この教訓から私どもは、出口戦略を具体的にしました。

救急医療における入口は救急隊、消防隊が担っておりますが、当院では「急性期地域連携パス」を作成し、12の会員病院と連携をしています。パスの内容としては、高齢者救急の代表的な疾患である尿路感染症や誤嚥性肺炎、整形、骨折です。これらの疾患を当院で受け入れた場合には、パスを運用して患者に転院していただくことを想定しており、会員病院とは積極的に患者の転院を受けていただくことをお願いしています。

このような出口戦略を立てた結果、以前は転院までに2週間から3週間程度を要していたものを、1週間から10日程度に削減することができました。

全体としても、以前は入院期間を35日以上要していた患者が半分存在しましたが、現在は2週間程度まで短縮していますので、会員病院と連携し、非常にうまく展開できていると感じます。

また、同じ市内の医療機関であっても、医療資源が豊富な医療機関と医療資源が少ない医療機関が存在します。医療資源が乏しければ、休日夜間の受け入れや対応等に差が生じることはやむを得ないため、休日夜間は当院のような医療資源が豊富な医療機関が対応し、平日の日中に転院する体制の方が好ましいと考えております。



(伊藤地域医療構想アドバイザー)

はい、ありがとうございました。国が言うところの短期間での下り搬送ではなくて、ある程度、医療機関が満足できる形での受け入れ・受け渡しと理解しました。この件について皆さん、何か御意見ありませんでしょうか。

病院の立場からすると、今、非常に経営的に難しい状態になっていますので、病院のことを考えると、ある程度の入院期間が全体的に必要なというのが、これは院長として偽らざる心境であるかなと思いますし、それはその通りであると思います。ただ、患者さんが上手くまわれば、結果として良いわけですし、今、平松先生がおっしゃったのは愛知県で特有の姿を示していきまして、それはまず救急は全て一時的に受け入れるのだという姿勢が愛知県の救急はほとんどそうなので、それが今は上手く機能していると思います。ただ、それがいつまで続くのかというのが、人の問題であったりとか、施設間の医師の問題であったりとか、様々なのですが、いかがでしょうか。

佐野先生どうですか。

(豊川市民病院 佐野委員)

豊川市としては、現在の豊橋市の取り組みをぜひ参考にさせていただきたいと考えております。地理的にも隣接しており、県境にまたがる地域もあることから、さまざまな手法について学ばせていただければと思っております。

また、当院では過去3年間、年末年始の病棟の受け入れ体制が非常に厳しく、救急センターでありながらも患者の受け入れが困難な状況が続いております。そのため、豊橋市の医療機関に御協力をお願いする場面も多く見られました。今年は特にインフルエンザと新型コロナウイルスの急激な流行がありましたが、前年・前々年も同様に、構造的な課題が背景にあります。

豊橋市には、救急医療体制において「A分類」に該当する病院が複数存在していますが、豊川市では総合青山病院のみが該当しており、医療提供体制において特殊な事情を抱えています。このような状況の中で、地域単独での対応には限界があると認識しております。

また、以前の会議でも話題となりましたが、ウォークインで来院される患者数が豊橋市及び豊川市とも非常に多いことが特徴です。

この点については、行政の皆様にも御協力いただきながら、患者様や市民の皆様に対して、医療機関の受け入れ体制の変化や現状について、積極的に情報発信していただくことが重要だと考えております。

医療圏内では一定の認識共有が可能です。市民の皆様の中には「市民病院だから全て対応してもらえるはず」といった期待を持たれている方も多くいらっしゃいます。また、「一度入院すれば、完全に回復するまで治療してもらえる」

といった感覚を持たれている方も見受けられます。特に高齢者の救急医療においては、もともとのADLが低下している場合も多く、例えば股関節の不調などで入院された方が、以前のように歩いて退院できるとは限りません。

このような現状を踏まえ、療養の場の変更が必要となる場合もあることを、市民の皆様に広く周知していただくことが重要だと考えております。医療提供体制の整備と並行して、受診される方への啓発活動を積極的に進めていただくことで、地域の医療環境に対する理解が深まり、状況の改善につながるのではないかと強く感じております。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

ありがとうございました。私も院長をやっていた時に、歩いて来たのなら歩いて帰って当然だろうということを住民の方から言われたことがあります。今、佐野先生がおっしゃったように、行政という問題が非常に大きくて、今後の地域医療構想の中には、行政の参加を非常に強く言うような、そういう文言が入っておりますので、今後、その行政の方々の議論についても、理解をする、もしくは、参画が必要になってくるかと思っておりますので、今後行政の方には重ねてお願いしたいと思っております。

では、蒲郡の中村先生、いかがでしょうか。

(蒲郡市民病院 中村委員)

当院は比較的病床の余裕があり、普段は夜間休日の救急受け入れが可能である場合が多いです。ただ、病床に空きがない場合もありますので、状況に応じて難しいこともあります。

当院の患者は比較的高齢の方が多いため、蒲郡厚生館病院に転院をお願いすることが多くあります。

しかし、蒲郡厚生館病院の病床が空いていないこともあるため、転院後に調整していただいていることが多いと思います。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

ありがとうございました。新城の金子先生、いかがでしょうか。

(新城市民病院 金子委員)

新城市民病院の金子です。北部の東三河医療圏は、先ほどの資料でありましたように、高齢者が74%と群を抜いて高いわけですが、救急車の搬送を見ると、その中でも80代、90代が半分以上を占めているような状態です。ですので、高齢者救急という意味では、新城地区が一番、かなり切羽詰まってい

るというか、この案件に合っているものではないかと思います。

うちの病院で、救急搬送の大体、北部の6割くらいを見ているんですが、4割くらいの方は、豊川、豊橋の南部の方に流れているような状態。これは、心疾患とか脳疾患の患者で、当院の救急で対応できないような状況の方がほとんどなのですが、そういった方々が、急性期を脱して、こちらの地域に戻って来られるような状態になった場合は、病診連携を通して、現在、総合内科の先生たちが速やかに引き取ってくれるような状態ではあります。ただ、こちらに住んでいるからといって、去年の検討会でも意見として言われているように、南部の方に肉親がいる等の理由により、急にこちらの地域に戻ってくるということは、なかなかすんなりとはいかないような状況もあります。そこは患者さんや家族の意思決定が優先されると思いますので、そちらを優先して、こちらに戻ってこれるようになったら戻ってくるような、そういったものを大事にしております。

地域包括医療病棟について、病院としてはやはり診療報酬上こうしたものを取っていききたいとは思っていますが、理学療法士と栄養士の常設という施設基準が、これがやはりうちの病院では全く足りていないということで、ちょっとそれがネックになって導入が難しいというような状況です。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

ありがとうございました。今、主な病院の方から、御意見を伺ったのですけれども、医師会の先生の方から御意見を伺いたいと思います。

では、よろしくお願いします。

(豊川市医師会 後藤委員)

豊川市ではこの表にあるように、救急患者を総合青山病院、宮地病院、そして、当院（後藤病院）の3医療機関で受け入れています。

先程出席しておりました東三河南部構想区域地域医療構想推進委員会で関連するデータが提示されておりましたが、豊川市民病院や豊橋市民病院に対して、軽症の患者が搬送されている傾向がありましたので、できるだけ、軽症群は私たちが受け入れていきたいと考えております。

ただ、私どもも病床に空きがないことが珍しくありません。全てを受け入れることは難しいかもしれませんが、なるべく多くの救急対応をしたいと考えております。

また、豊川市では今年7月、医療関連部会という部会を豊川市が立ち上げ、豊川市や県保健所、消防等で協議していくことになりました。今後、この会議を通じて、課題を一つずつ検討していけたら良いと考えています。

なお、Dの医療機関についても、比較的少ないと思います。

しかし、豊川市は在宅医療に力を入れておられる先生がいらっしゃいますので、在宅の方も、なるべく早く受けられるようにしたいと思っています。

以前と比べると、私ども後方病院に対して「患者を転院させたいため、受け入れをお願いします。」という連絡が早く来るようになっていきます。

また、豊川市では「電子連絡帳」というシステムの機能を使い、どの病院がどの程度の空床があるのか情報を共有しておりますので、この仕組みをうまく活用すれば、状況をすこしずつ改善できるのではないかと考えております。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

ありがとうございました。 それでは、米田先生いかがでしょうか。

(新城市医師会 米田委員)

新城市医師会の米田です。南部の先生方に非常にお世話になっている地域があります。この表の中には、慢性期のいわゆる療養型の病床が入っていないのですが、新城市には、二つの病院がありまして、合計 100 床の病床があります。

慢性期・療養型の病床の扱いを今後国としてはどういう風に考えているかということは気になっています。それから、二病院の世代交代が進んでおりまして、今日も星野病院の若先生に来ていただいておりますが、今後、この地域包括ケア病棟などへの移行が可能であれば、新城市も大分変わってくるのではないかと期待はあります。以上です。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

はい。ありがとうございました。伊藤先生いかがでしょうか。

(北設楽郡医師会 伊藤委員)

北設は、特養の入所者で誤嚥性肺炎とか救急で南部医療圏や新城市民病院でお世話になった後、戻ってくる方の戻り方を見ていますと、割と、こちらの資料の中にもありますが、息子・娘たちが豊川や豊橋といった地域に住んでいる場合が多いです。そういったことがありまして、南部医療圏の方で回復期の病棟とか施設に留まったり、移るというケースが結構あります。何か、北設地域に戻ってくることに特段、非常に難渋するというケースはそれほどないですが、南部医療圏の中での他の病院の中に入る、施設に移るケースが多いなと思っています。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

ありがとうございました。では、続いて近藤先生お願いします。

(蒲郡市医師会 近藤委員)

蒲郡市医師会では夜間の救急当番を医師会で決めて受け入れていたのですが、その体制をやめてしまったため、蒲郡市の救急は蒲郡市民病院で担ってもらっています。

また、回復期は蒲郡厚生館病院、慢性期は蒲郡東部病院と蒲郡厚生館病院で担ってもらっており、蒲郡市内における患者の流れがある程度定まっております。

先程、豊橋市民病院から出口戦略という言葉がありましたが、蒲郡市内においては市民病院と市中病院の間に連携がなされており、市民病院の救急受け入れが滞る事態には陥っていないと認識しております。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

ありがとうございました。

今回の議論は、高齢者の救急医療などの話をしていただいています。患者の救急搬送や搬送先施設、回復期を終えた、さらにその先の患者の流れについては、今日はどこまで議論が到達できるか分かりませんが、この部分について、資料を出していただいています。豊橋市保健所の新井所長から少しお話ししていただけますか。

(豊橋市保健所 新井委員)

参考資料7を御覧ください。

これは豊橋市の救急医療体制や高齢化社会における「医療と介護の関係」の考え方を整理しようと思い作成したことになります。

資料に記載している数字は豊橋市のものですが、考え方としては東三河医療圏で共通していると考えているため、資料提供させていただきました。

御意見がありましたら、皆様からも意見いただけると幸いです。

左下と右下にある3,800床と6万人という数字は、それぞれ病床数と高齢者です。これだけの数を支えようと思うと、地域における連携は不可欠だと思いますので、医療や福祉の連携について色分けしました。

左半分は医療に関することを図示したものです。

委員の先生方からも意見いただいている出口戦略の重要性について記載したもので、救急で受け入れた患者の転院を推進することにより、この地域の救急医療体制を維持していくということが重要だと考えております。

右半分は医療と介護の連携について図示したものです。

自宅か施設かの違いはあると思いますが、高齢者が体調を崩した際には、一次救急医療を担うことになるかかりつけ医や訪問看護ステーションに活躍していただく必要があると思います。

しかし、介護施設はどうしても医療提供が十分でない面があるようですので、提携医療機関の先生に対応していただく必要があるのと考えています。

なお、在宅医療を担っていただいている先生方には、入院加療になった場合、入院先をどうするか考えていただく必要がありますので、有床医療機関の先生方に協力いただく必要があると考えています。

病状にもよりますが、この部分については、回復期や慢性期の病床を有している医療機関の先生方に御協力いただいてもよいかもしれません。

在宅医療を考えていくと、豊橋市では介護サービス事業所である特別養護老人ホームや老人保健施設といった介護保険に係る施設ではなく、サービス付き高齢者住宅とか有料老人ホームといった施設の需要が高く、そこが医療提供先になることがわかってきました。

ただ、連携の面では、法人が病院だけでなく介護施設も運営していれば円滑に連携できる一方で、介護施設だけ運営している法人では、医療提供体制が遅れていることもわかっています。

この課題については、先生方の力を借りながら、救急医療も含めた医療サービスを提供できればよいのではないかと考えています。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

ありがとうございました。今、新井所長から、全体の流れの中での医療と介護の連携のことでしたが、そここのところに視点を移した議論が必要であると思います。

青山病院の小森先生、先生のところは、特に「急性期」と「その他」のところで、少し分かれたような形の機能で、県の資料に書いてあるのですが、先生、ここの御意見はどうでしょう。

(総合青山病院 小森委員)

当院は 200 床の病床を有しておりますが、そのうち 100 床が急性期で、7 対 1 の看護体制をとっております。残りの 100 床は回復期と慢性期を 50 床ずつ有しており、ケアミックスな医療を展開しています。

病床稼働率は回復期、慢性期ともにほぼ 90%以上で推移しており、急性期病床についても、平日はほぼ 90%以上で推移しています。

豊川市民病院からの転院受け入れはそれほど多くはありませんが、中間的な病院として可能な範囲で受け入れを行っております。しかし、看護必要度やその他の情報を加味しながら、受け入れる患者を選定せざるを得ないため、すべての打診を受け入れることができていないわけではありません。

また、当院に在籍している医師はそれほど多くありませんし、年齢も高齢化し

ておりますので、フットワークが良くない面もあるかもしれません。

救急については、昼間の取れる時間で空いた医者が診察する体制をとっておりますが、外科系は手術もありますので患者を受け入れる余力がない場合もあります。診察できる医師が居ないことが原因で救急受け入れが困難であることが往々にあり、豊川市民病院に受け入れてもらっていることもあると思います。

ただ、当院としては、他の医療機関と協力しながら可能な範囲で救急を受け入れていると認識しております。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

はい、ありがとうございました。

一通り皆さんには御意見を賜りたいと思いますので、厚生連渥美病院の吉田先生、お願いいたします。

(厚生連渥美病院 吉田委員)

当院は田原市で唯一の有床医療機関ですので、様々なことで豊橋市民病院にお世話になっております。

機能としては、急性期、回復期、慢性期の病床を持っていますので、ある程度、院内で完結できると考えております。ただ、院内の資源では完結できない場合もありますので、その場合は豊橋市民病院に受け入れをお願いするとともに、連携パスを活用しながら治療を行っていきます。

また、最近課題として感じていることがあります。

実は田原市では、夜間のタクシー営業がなくなってしまったため、救急車で来院された患者や老々介護の方が帰宅できなくなることがわかりました。

その課題についても、田原市とともに考えていきたいと思っています。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

ありがとうございます。

実は今、先生がおっしゃったことは離島の問題でも同じようなことがあります。船のその日最後の便に乗り遅れると家に帰れないと。どうするんだ。という議論が、実は当県でも行われておりまして、陸と海とで違いはあっても同じかなと承りました。

それでは、山下先生、いかがでしょうか。

(豊橋医療センター 山下委員)

当院では「まずは豊橋市内の二次救急をしっかりとやろう」と呼び掛けており、その認識を多くの職員に持ってもらっているものと思います。

しかし、内科医が少ない等の要因もあり、意気込みどおりにはいかない面もあります。

豊橋市東地区には当院と同規模の医療機関はないため、昼間においては、すべての救急車を受け入れるつもりでいますが、夜間休日は医療資源が限られます。

アンケートにも記載しましたが、たとえば「ショックバイタルの上部消化管出血については、対応不能なタイミングがあり豊橋市民病院にお願いせざるを得ない」といった形で対応せざるを得かない面もありますが、救急医療体制を維持できるよう、できる限り多くのケースを受けています。

また、心肺停止の状態にあるような患者が発生した場合、近医で受け入れることは当然の判断で、当院の職員も頑張ってくれています。

しかし、医療圏内の当番日が割り当てられている一方で、実態としては当番と関係なく救急患者の受け入れ要請は打診があり、輪番制が機能していないとも感じています。

高齢者救急については、豊橋市民病院のワーキンググループに入れていただいておりますが、一方で、豊橋市の東地区については当院が二次救急を受け入れておりますので、そのバランスをどういくか頭を悩ませています。

院内では「診療報酬を取るための3日以内にこだわる必要はないのかもしれない」という話もしておりますが、当院としては地域の医療体制を維持するため、豊橋市民病院とより連携を図っていく必要があると考えています。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

ありがとうございます。

二次救急の輪番制が全然意味をなしていない、というのは、随分昔から指摘されていきました。ですので、それが行政として、本当はもっとダイナミックに考えていただきたいとは思っています。ありがとうございます。

黒田先生、いかがでしょうか。

(蒲郡厚生館病院 黒田委員)

当院は回復期と療養型にほぼ特化した病院ですので、救急医療を担うことはほぼありません。

救急医療を受け入れるとすれば、腰椎圧迫骨折の患者受け入れを考えており、実際に蒲郡市民病院の救急外来を受診した腰椎圧迫骨折の方を受け入れたことがあります。

ただ、それ以上のことは、病院の特性上なかなかできません。



(伊藤地域医療構想アドバイザー)

はい、ありがとうございました。

一通り、医療機関の先生方から意見をお伺いしましたが、何か他に御意見のある方はございませんか。

当然議論は、やりだすと尽きないので、高齢者救急についてはもっと深める必要があるのか、連携が必要なのか、もしくは何か別の手当があるのかということは、今後議論を続けていきたいと思います。

それでは、参考資料5の方を見ていただけますか。これは、この8月27日の国の会議のデータを参考に作っており、区域で提供する医療について、全身麻酔と緊急手術についての分析が記されています。これをじっくり見ていただくとよく分かりますと思いますが、全身麻酔による手術件数の上位5つについての診療科名を考えると、消化器外科・内科、そして整形外科となっています。要するに、数が多いのは、そういう診療科のものが多いいことが一つです。それから、下の「時間外緊急手術」と書いてありますけれども、これの一番上の、創傷処理というのは、これはもう明らかに、軽症の切り傷を含めて時間外で何か医師が処置をすれば手術という取り扱いになってしまうので、これを除外してみると、そこにあるのは、循環器の血管系、血管系には脳梗塞を含めてもよいかもしれませんが、それと、血管系と消化器の吐下血。これらが上位にあるということです。

なので、高齢者を含めて救急の位置づけというのは、多分こういった診療科・疾患に特に着目する必要があるのかなと。上の表の全身麻酔の疾患というのは、だいたい救急の当日手術というケースではないですね。こういうところが、国の方で議論が始まっているということと、少しお伝えしたいと思ひまして、敢えて、資料として出させていただきました。

下の方は、人口の少ない地域での診療形態について、今後こういう形のを議論しようということの提案ですので御参考にしていただければと思います。

それでは、特に御意見ございませんか。

無いようでしたら議長に進行をお返ししてもよろしいでしょうか。

(福井議長)

はい、伊藤先生ありがとうございました。

いろいろ病院の現状についての意見交換でした。

それでは議題(2)を終了したいと思います。

続きまして、議題(3)に移りたいと思います。

議題(3)「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」、事務局から説明をお願いします。

(成田主任専門員)

医療計画課の成田と申します。引き続き御説明申し上げます。以後、着座にて失礼します。では、A3の資料2-1を御覧ください。こちらの資料の左上の1、地域医療構想における構想区域に関する国の考え方です。

まず、一つ目の丸のところですが、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。

二つ目の丸ですが、新たな地域医療構想では、現行の議論に加え、介護・在宅等の多くの領域が取組事項に追加される見込みではありますが、その中に「将来の医療機関機能の確保のあり方」に関する協議があり、各構想区域において将来の医療提供体制の維持・持続性について議論することとされており、人口20万人未満の構想区域を目安に、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。

続いて2、愛知県における現状です。

最初の丸の部分ですが、愛知県では現在各々の二次医療圏をそれぞれ構想区域として設定しており、現在11の構想区域がありますが、このうち、現在、人口が20万人未満の構想区域は東三河北部構想区域のみである。

ちなみに補足になりますが、二次医療圏とは医療法と医療計画で規定される区域で、構想区域は地域医療構想において規定される区域になり、両者はイコールの関係ではありません。

資料の二つ目の丸に戻りますが、東三河北部構想区域は、医療資源が少なく、急性期医療の分野を中心に、主に東三河南部医療圏に多くの患者が流出しております。また、多くの診療所、病院で医療関係者の高齢化・後継者不足が生じ、病院においても残念ながら診療制限や非稼働病棟などの機能低下もすでに生じておりまして、将来的な改善の目途も立たない等の、将来的な医療提供体制の維持・持続性に課題を抱えています。

続いて、右上の丸ですが、現状の北部の地域医療構想推進委員会では、地域の様々な問題点を確認しているものの、地域の医療資源の不足によって、その対応を検討・実行することが単独では難しい状況であります。

また、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おります。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。

続いて3.事務局案になります。これらのことより、東三河地域において、2026

年度以降の新たな地域医療構想に向けた協議に対応し、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に、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。

続いて資料を 1 枚おめくりいただいて、資料 2－2 を御覧ください。こちらの資料では、東三河全体を一体の構想区域とする場合の地域にもたらすメリット・デメリットについて記載しております。

まずメリットについてです。こちらでは 5 点挙げさせていただいております。

一つ目は住民の保健・医療・福祉を取り巻く環境の維持向上です。これは特に北部の住民にかかる内容になりますが、次期地域医療構想では現在の議論に加え、保健・福祉領域の事項も包含されるため、北部にとって、南部と一体の構想区域となることは、住民の実際の受療・サービス利用動向に基づいた区域で議論を行い、この結果を医療計画の各々の圏域項目に反映し実効性を高めることができますので、住民の取り巻く保健医療福祉環境の維持向上に有効であると考えています。

二つ目は医療提供体制に関する会議の実効性向上です。北部の南部への医療依存に端を発する諸課題について、南北の垣根のない対話・調整をより深めることが可能となりますので、地域の対応力が向上すると考えております。

三つ目は災害医療・保健対策の向上です。ここからはやや各論の要素になりますが、例えば南海トラフ地震に対する内閣府の応急対策活動に関する計画によれば、DMAT 等の各種支援者は、北部を経由し東三河全体に展開する可能性が高く、また消防・警察が設置する東三河の進出拠点の 4 / 5 は北部に置かれると計画されています。このため、災害時の私たち地域関係者にとっては、北部と南部の垣根のない情報連携等が重要となると思われますが、構想区域の合併はこれらの連携を進めやすくすると考えています。

4 つ目は新興感染症対策の向上です。こちらは次回の新興感染症が COVID-19 のような呼吸器感染症ならばの仮定の話になりますが、COVID-19 の先例に基づけば北部と南部では流行期が到達するタイミングや流行の程度が異なることが予想されますので、南北双方の医療機関が臨機応変に時節に応じた連携をすることが、東三河全体の対応力向上のために効果的であると考えています。構想区域の合併はこれらの連携を進めやすくすると考えています。

最後の 5 つ目。こちらは統計的連続性の維持になります。これは保健医療に関する各種統計は医療法を根拠とする二次医療圏単位で算定されているものが多く、二次医療圏が保持されるということは、この統計の連続性という点は南北ともにメリットとなると考えています。

続いて、(2) デメリットの例です。デメリットについては大きく二つを考え

ています。

まず一つ目は、会議体の大きさです。最大であります名古屋・尾張中部構想区域の実質的会議体は実質4つに分かれていると考えると、現在の東三河南部構想区域は、単独の会議体としての一般病床数の総量では県内5位、療養病床等を含める総量は県内最多であり、これに東三河北部構想区域が合併すると、一般病床数ベースでも県内4位の規模となります。また、南北双方の地域医療構想推進委員会の構成員を単純に足し合わせると40名弱程度となり、単独の会議体としては人数がやや多くなるものと思われます。

次に二つ目は構想区域の広大さについてです。南北の構想区域を合併させると、渥美半島から北設楽郡の山間部まで、都市、平地、山間、沿海が含まれる広大な地域を一体の会議体で取り扱うこととなり、構想区域の辺縁部では、対角の辺縁部との日頃の交流は希薄であるという点が挙げられます。

続いて2. デメリットに対する考え方です。

これらのデメリットのうち、(1) 会議体の大きさについては、そもそも東三河には8市町村6医師会6歯科医師会5薬剤師会があり、構成員の多さについては不可避な側面があり、運用に支障が生じるなどの必要に応じて、よりスリムな運用を目指した構成員の調整等を協議することとしてはどうかと考えています。

続いて(2) 構想区域の広大さです。これについては、下の点線の箱に記載のとおり、構想区域は確かに広大ですが、面積や区域内の最長距離の点では全国に類例が多数あります。点線の箱内ではあえて近隣県の情報のみを載せており、これよりも大きなものは全国に多数存在します。

また、特に人口分布に着目すると、北は新城の長篠まで、南は田原中心街までの平坦部に集中して分布(95%以上)しており、これら人口の多い地域を見れば特筆して広い構想区域とは言い難いと考えております。

また、渥美半島の先端部や北設楽郡等の地域課題は、地理条件は違うものの課題としては類似点が多く、例えば医療施設の少なさ、診療所医師の高齢化等になりますが、議論の進行に一定の工夫は必要ではあるものの、地域課題の解決に向けた取り組みを検討することは可能であると考えております。

最後に、本日の配布資料として参考資料6をお配りしておりますが、こちらの資料は昨年度の地域医療構想推進委員会にて愛知県医療計画課のほうから委員の皆様にご説明させていただいた資料から一部抜粋したのになっており、新たな地域医療構想のあらましと、新たな地域医療構想における構想区域の基準等が記載されておりますので、こちらは参考として御覧ください。

事務局からの説明は以上になります。

(福井議長)

ありがとうございました。

それでは、本件に関する意見交換を行います。

ただいまの事務局からの提案のあった東三河の構想区域の拡大について、御意見等がございましたら御発言をお願いします。

挙手ありました米田先生、御意見をお願いします。

(新城市医師会 米田委員)

北部医療圏は非常に医療に困っている地域ではありますが、これまで二次医療圏として維持をさせていただきました。地域の考え方としても、たとえ5万人を切っても維持したい、ということで、前回の医療計画の策定の際に、二次医療圏を維持していただいたという経緯があります。これがどうしてかといいますと、医療圏ごとに急性期の病床、病院あるいは慢性期の病院、それから保健所、その他がきちんとそろっていないと医療圏としては整わないと思っていますが、そういう約束事があるんですね。医療圏ごとに。それが南部と一緒に広域となると、広域の計画では、三次も二次もあるじゃないか、新城にわざわざ市民病院を作る意味があるのかという議論になりかねないことを恐れている。

二次医療圏として北部医療圏があることによって、北設の診療所を支援するという名目で県から自治医科大学卒業生の医師が8人新城市民病院に派遣され、総合診療科で勤務していることにより、救急で年間1300人を診ることができているということです。それを仮に、南部を含めた広域的視点では南部に施設があるから北部に救急施設が無くなって、それで本当に良いかというと、その場合は、ただでさえ豊川・豊橋の市民病院が大変なところに、そこに新城市民病院が年1300人見ている救急車がなだれ込む形となり、東三河全体の救急医療体制がすぐにドミノ倒しになってしまうという危惧を私は持っている。さらには、市民病院なのだから豊川の市民だけで手いっぱいですよ。豊橋の市民だけで手いっぱいですよ。新城さんまではちょっと面倒を見きれないよね、というような事が、起こるかもしれないという心配をしているのです。

だから今回、必然的に、こういう広く東三河全体でみていこう、連携を進めていこうという会議は非常に大事だとは思っておりますが、医療圏としてまとまった際に、これまで担保されていた人の派遣ということが出来るのかということと、コロナの時に新城でもたくさんの患者が発生して、新城市民病院が多くの患者さんを受け入れていただきましたが、それに加えて非常に助かったのが、新城に保健所があったことです。保健所があることによって、保健所長を始め保健所の職員が、獅子奮迅の働きをしていただき、病床の確保や入院調整についても保健所が関与していただき、非常に助かりました。

これが二次医療圏が統合して、全体で、ということになると、豊川に一つ保健所があれば新城の保健所は支所でもいいんじゃないかという話が出てくる可能性があり、そうすると、次回の新興感染症の流行があったときに、新城市あるいは北設が、置いて行かれるのではないかという危惧をもっているわけです。

それから大きな組織になりますと、人口あたりの発言力とすれば北部の発言力が落ちるのですね。そういう時に本当に北部の意見が反映されるのか。95%の中には北設は入っていない。切り捨てられている。そういう考え方が全体に広がっていくと、ちょっとこちらの考え方といわゆる地域医療構想の考え方がちょっとずれて、将来的に何かあったときに蚊帳の外になるのではと心配はしております。

(福井議長)

ありがとうございました

他にこの他の意見をお持ちであれば、お願いいたします

(新城市民病院 金子委員)

新城市民病院の金子です。先ほどの高齢者への医療のこととちょっとかぶってくる話になると思うんですが、これだけ大きな、北部だけでもかなり広い地域を新城市民病院で、急性期の患者をみていますので、医療圏としては北部と南部がすぐに合併というわけにはいかないのではないかなと思っておりますが、愛知県の地域医療構想については、指針として、人口規模 20 万人未満、いろいろな問題を抱えている場合には、地域の区域を拡大。これ多分、地域独特のことがいろいろあると思うんですが、うちの病院で一番問題なのは、新城地区を含めた北部医療圏の救急搬送の 6 割をなんとか一つの病院で見ているんですが、うちの病院で見切れないような 4 割のものが、豊橋・豊川に流れていると。これは、なかなか今の新城市民病院では、増やすということはちょっと難しい状態で、流れたものを、速やかに戻してもらおう。先ほど、豊橋市民病院の平松先生から、地域連携パスを利用した、かなり戻ってくるような方策もしてくれておりまして、そういった戻る連携で、ここでの連携を強化するためには構想区域というものは、僕としては同じ一つの区域で見えていった方が良いのではないかと考えております。

(福井議長)

ありがとうございました。

平松先生、御意見いかがでしょう。

(豊橋市民病院 平松委員)

米田委員と金子委員は、どちらも同じことを言っているように感じました。

お二人は「医療圏はとても重要なものだから、統合してはならない」ということをおっしゃっていたのだと思います。

ただ、今回の会議の趣旨は医療圏の統合ではなく、構想区域を統合することによって連携の在り方を考えていくことだと思います。

実際、患者の4割が東三河南部構想区域に流れてきていますから、今後も協議を続けていくことが重要ではないかと感じました。

(福井議長)

ありがとうございました。

佐野委員はいかがでしょう。

(豊川市民病院 佐野委員)

「構想区域を一つにする」という説明がありましたが、それよりも高齢者救急をいかに円滑に行うか等、現場で起こっている問題を解決する方がより重要ではないでしょうか。

医療圏や構想区域という言葉や枠組みに捉われるのではなく、東三河全体で地域の課題をどのように解決していくか。そして、自分たちの病院の特性を活かして何ができるのか。そのような現場で起こっている課題を解決できるよう、尽力すべきではないかと考えています。

構想区域を一つにするだけでは、問題は解決しません。

今後、医療提供体制がさらに厳しくなることは目に見えているため、東三河の北部と南部がともに課題をどう解決するのか。そのことに注力すべきと感じています。

ただ、現状、構想区域を一つにすることについて、南部と北部では温度差があると感じておりますので、一つにするメリットよりも形だけを変えるデメリットの方が大きいような印象を持ちました。

繰り返しになりますが、現場で顕在化している課題にしっかりと向き合い、それを解決することが重要だと思います。

医療だけでなく、福祉など他の分野とも連携しながら、行政機関や首長の皆様にも御協力いただき、地域全体で取り組んでいく必要があります。

会議に参加されている皆様も、現状に対する強い危機感をお持ちだと思いますので、構想区域の議論より、まずは現場の課題・問題点にフォーカスした方が良いかなと感じました。

(福井議長)

ありがとうございました。

小森先生から御意見をお願いいたします。

(総合青山病院 小森委員)

私はこのような会議に10年くらい出席しておりますので、この会議ができた経緯を存じております。

初めの頃は、東三河北部構想区域から東三河南部構想区域に患者が流出している実態があるため、その状況について意見聴取があった記憶があります。そこから数年後、各構想区域の代表が集い、協議する場が設けられました。

行政が構想区域を一緒することを考えていることについて、私にはその良し悪しはわかりません。

ただ、委員の皆さんから意見があったとおり、南部構想区域の中にも様々な問題があることは事実です。

おそらく、北部構想区域の中にも様々な問題があることと思いますので、それぞれに抱えている課題は地域医療構想推進委員会で話し合ったのち、東三河医療圏合同会議で南北の意見や情報を交換している今の状況で十分ではないかと考えています。

(福井議長)

ありがとうございました。

まだまだ議論はつきないかと思いますが、時間も押していますので、最後に伊藤先生の方からコメントをよろしくお願いします。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

皆さんの御議論をお聞きして、前の医療圏の統合の可否について議論した時のことについて触れておきます。この時は、東三河北部・南部医療圏を一つにしたらどうか、という意見もあるところから議論が行われたのですが、それについて僕は敢えて反対させていただきました。理由は、やっぱり北部の医療圏の数字が全然取れなくなるのですよ。ここで他の市町村の話をしては申し訳ないかもしれませんが、豊田市足助町はそのデータがないのです。豊田市ですから。なので、医療圏が存在するという意味は、その医療の状況をちゃんと把握できるということです。僕自身は医療圏として、北部の医療圏が存続して欲しいと思っていますし、そういう風になる形が、今のこの姿です。

地域医療構想自体が医療計画の上に来ましたので医療構想としては一本の区



域の中での議論、先ほど言っていたような形で議論していただくことは非常に有意義だと思いますので、是非続けていただきたいと思いますし、この会がそれぞれの立場の議論を尽くしていただける会であることを期待していますし、そういう意味では感謝を申し上げます。ありがとうございました。

(福井議長)

ありがとうございました。

それでは最後に議題3に関しまして、事務局の方から何かありますか。

(愛知県保健医療局健康医務部医療計画課 森担当課長)

はい。この構想区域の統合につきましては、今後南北の各構想区域の地域医療構想推進委員会において審議を行っていただきまして、各々の地域の意思を決定していただくことを予定しております。また次回の合同会議はですね、令和8年2月5日の開催予定としておりますが、その際にも改めて御意見をお伺いしたいというふうに考えております。地域の皆様の意見を十分に聞いた上で、この件は進めてまいりたいと考えておりますので、引き続きよろしくお願いいたします。

(福井議長)

それでは以上で本日の全ての議題が終了いたしました。

その他、何か御意見はございますでしょうか。

特に無いようですので、最後に事務局からお願いします。

(愛知県保健医療局健康医務部医療計画課 森担当課長)

はい、事務連絡でございますが、本日の会議内容につきましては、事務局で議事概要案を作成し、発言された方に内容の確認をさせていただいた上で公表させていただきたいと考えております。事務局から依頼がありましたら御協力くださいますようよろしくお願いします。以上でございます。

(福井議長)

構成員の皆様には議事の進行に御協力をいただきき、感謝申し上げます。

それでは、本日の会議は終了いたします。

ありがとうございました。