

令和7年度 第1回愛知県地域医療構想推進委員会（公開部分）

開催日時：令和7年8月29日（金）午後2時から

開催場所：栄ガスビル 5階 栄ガスホール

1 あいさつ

【愛知県医師会理事（浦田）】

皆さん、こんにちは。ただいまより令和7年度の第1回愛知県地域医療構想推進委員会を開催したいと思います。

本日は、お忙しいところ御参集賜りまして感謝申し上げます。

この会は、地域医療構想推進のために、愛知県からの委託事業として愛知県医師会が開催しております。そこで、まず、開会に当たりまして、愛知県保健医療局長の長谷川局長から御挨拶を頂戴いたします。

【愛知県保健医療局長（長谷川）】

愛知県保健医療局長の長谷川でございます。

本日は、お忙しい中、またお暑い中、令和7年度第1回愛知県地域医療構想推進委員会に御出席いただきまして誠にありがとうございます。また、委員の皆様方におかれましては、日頃から本県の保健医療行政に格別の御理解、御支援を賜っておりますことを、この場をお借りしまして厚くお礼申し上げます。

さて、本日のこの委員会は、各地域における地域医療構想推進委員会の議論を活性化させる観点から、県全体で情報共有、意見交換を行うことを趣旨として開催しているものでございます。

本日は、国の新たな地域医療構想等に関する検討会の構成員でいらっしゃいます社会医療法人大雄会理事長の伊藤伸一先生から、新たな地域医療構想に関する御講演をいただけると伺っております。また、せっかくの機会ですので、各構想区域における地域医療の現状についても委員の皆様方からお話を伺えればと考えております。

限られた時間でございますが、皆様の御理解、御協力の下、有意義な情報交換の場となりますことをお願い申し上げます。開会に当たりましての私からの挨拶とさせていただきます。

本日はどうぞよろしく願いいたします。

**【愛知県医師会理事（浦田）】**

それでは、主催者を代表しまして、公益社団法人愛知県医師会会長柵木充明より皆様に御挨拶申し上げます。

**【愛知県医師会会長（柵木）】**

ただいま御紹介いただきました愛知県医師会の柵木でございます。

この愛知県地域医療構想推進委員会は、以前は愛知県医師会医療圏医療協議会という名称で、ほぼ同じようなメンバーで開催しておりましたけれども、地域医療介護総合確保推進法が施行されたことをきっかけに、県の事業として行い、県医師会が委託されて運営しているという位置づけでございます。各医療圏からのキーパーソン、基幹病院の院長、医師会長が一堂に会して県内の様々な医療問題を話し合うという、非常に貴重な機会であると思っております。

2025年はこの地域医療構想の最終年ということですので。最終年を迎えて、国は2024年3月から12月まで、15回にわたって資料に書いてある新たな地域医療構想等に関する検討会を開催しました。12月にそのとりまとめをして、今日は、この検討会の主要メンバーである伊藤伸一先生から、どういうとりまとめとなったかということをお話いただくということでございます。

そして、今年の7月から、この地域医療構想等に関する検討会が地域医療構想及び医療計画等に関する検討会に改組して、地域医療計画と地域医療構想に関する検討会ということになって、3回の会議が開催されたということでございます。地域医療構想及び地域医療計画等に関する検討会が今後どのような方向性を示すのか、これもしっかり伊藤理事長からお聞きいただきたいと思います。

そしてまた、去年の4月から愛知県の第8次地域保健医療計画が開始されたということでございます。その運用に当たって、基準病床が5万4,400床と何と一気に第7次医療計画より7,000床も増えました。第8次医療計画の前までは、県内で増床や病院新設もできませんでしたが、7,000床も増えたということです。

東三河の南北医療圏以外の地域は一応増床が可能となったということで、今日は、各医療圏で病床の需給が不足しているのかあるいは余っているのか、その辺のところの現状をつぶさに情報交換いただきたいと思いますという次第でございます。

何と云っても、2040年の高齢化のピークに向けて、人口減少地域、あるいは都市部ではまだ高齢者がどんどんと増えていくというところで、医療の需給が今後どうなってい

くのか、そしてまた、医療を支える医療従事者、医師の偏在もそうですが、診療科の偏在、あるいは看護・介護といった人材の今後の状況をどのように皆さんが捉えておられるのか、これをしっかりと御議論いただきたいと思います。

限られた時間ですので、なかなか時間がなくて申し訳ないですが、濃密な御議論をぜひお願い申し上げて、主催者としての私の御挨拶とさせていただきます。

本日はよろしくお願ひ申し上げます。

#### 【愛知県医師会理事（浦田）】

本日の会の出席者の御案内につきましては、お手元の名簿並びに配席図をもって代えさせていただきます。

また、お手元の資料を御確認いただきたいと存じます。

次第の一番下に配布資料一覧が載っておりますので、もし不足等ございましたら、お申し出ください。

今日の次第ですが、まず前半に、先ほど御紹介がございましたとおり、「新たな地域医療構想に関するとりまとめについて」と題しまして、社会医療法人大雄会理事長伊藤伸一先生から御講演を頂戴いたします。その後に皆様から意見交換をしていただきます。

なお、本日の後半部分の意見交換に関しましては、その議論、発言の内容が個別の事業活動に関わる可能性もございますので、この部分は非公開とさせていただきますので、御承知おきください。

## 2 講演

社会医療法人大雄会 理事長 伊藤伸一先生

「新たな地域医療構想に関するとりまとめについて」

#### 【愛知県医師会理事（浦田）】

それでは、これからの取り回しは、愛知県地域医療構想アドバイザーでございます伊藤健一先生にお願いいたしたいと存じます。伊藤先生、よろしくお願ひします。

#### 【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】

愛知県地域医療構想アドバイザーの伊藤でございます。いつも皆様にはお世話になっております。

今日は、伊藤伸一先生にお願いしてお話を聞かせていただくのですが、3か月ぐらい計画の協議が遅くなってしまっているのです、本来は、今頃ならば大体のことがお話しただ

けるのかなと思っていたのですが、伊藤先生からお話があると思いますが、途中経過ということも含めてお話しいただけるということです。よろしくお願いいたします。

御高名な先生ですので、御略歴等は割愛させていただきますので、よろしくお願いいたします。

#### 【社会医療法人大雄会理事長（伊藤）】

まず、今日は、新たな地域医療構想に関するとりまとめについてということでお話をさせていただきます。

これは、お手元にある資料とまた別のものですが、ワーキンググループの経緯です。

新たな地域医療構想等に関する検討会は、先ほど会長から御説明もありましたけれども、令和6年3月から15回ほど開催されております。今、まさに新たな地域医療計画とともに地域医療構想を考えているんですけれども、ものすごいペースで進んでいまして、2週間に1回やっているんです。2日前にやったばかりで、そのときに出ているデータというのは、実はここにお載せしていません。ただ、すごく具体的なものまで出てきて、そのこともちょっと言葉を添えながら説明していきたいと思っています。

とりまとめが、こんな形でもって昨年12月18日に出ました。2040年を取り巻く状況のためにこういうことについてやりますよということ。

これは、御覧になっていただければ分かりますけれども、地域医療構想に関するとりまとめを章立てで5つ。これと同時に、医師の偏在対策に対するとりまとめ、これも5章立てをこれから検討していきましょうということで御紹介いただいたわけでありまして。

<1ページ> ここからが今日のお話になります。

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要ということですが、皆さんのお手元にある資料のとおりであります。

85歳以上の高齢者の増加、人口全体が減っていきます。2040年、さらに先を見据えての対応をしていこうということで、医療従事者も減っていくんだということも含めて、体制を整備していこう。当然のことながら、高齢者が増えますから、「治す医療」から「治し支える医療」を担う医療機関。それぞれの医療機関が違う機能を持ったら非常に非効率だということで、医療機関の役割分担を明確にするということ。それから、地域完結型の医療・介護提供体制を整える。それと同時に、今までは入院の病床についてのお話をしていたのですが、今回は、外来・在宅、介護連携機能を全部まとめて構想の対象とするということです。

基本的な考え方は、先ほど申し上げた外来・在宅、介護との連携、人材確保を27年から始めていきたいと思いますということで構想を作っています。新たな構想を医療計画の上位概念に位置づけて、先ほどお話がありました基準病床数と必要病床数は大変大きな混乱で、私も苦労したところがございますが、それについても、医療構想が上位の概念であるということを明確に示してはっきりとさせたということが今回の特徴であります。

それから、病床機能とか医療機関機能が一つのポイントになりますけれども、病床機能は今までと同じような形ですが、包括期医療という機能についてまとめていこうということ。

医療機関というのは、要するに病院の機能であります。病院の機能については、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・専門機能に分けています。大学病院は全く別ですから、4つの機能に分けて、病院のあり方、連携をきちっと進めていきたいと思います。

区域に関しては、どんどん人口は減って、20万人以下になるところがどんどん増えますから、それに関しては合併。あるいは100万人以上のところに関してはもう一度再構成を考えましょう。

基金に関しては、もっと積極的に使えるように推進していくということと、都道府県の知事の権限を強化するということ。

それから、国・都道府県・市町村の役割を明確にする。

それから、今回新たに精神科医療に関してもこの地域医療構想に組み入れていこうということで決まりました。

ところが、これ、実はこの夏前の参議院選挙の前に医療法が改正される予定だったんですが、残念ながら非常に混乱があって、ここが改正されていません。したがって、その法がない中でこの協議を進められて、ちょっと矛盾があるんですが、法の改正まで待っていたら時間的に間に合わないということで、協議は既に始まっています。

<2ページ> 様々起こっている変革のバックグラウンドです。

2040年の医療需要について。

高齢者救急が圧倒的に増えていきます。在宅医療が圧倒的に増えていきます。高齢者救急に至っては、75歳以上が36%で、85歳以上は75%も増えていくという状況でどういう医療体制を作っていくか。在宅においても、75歳以上は43%増えるし、85歳以上は60%も必要になってくる。その体制を作りましょうというのが、今回の地域医療構想の考え方で

あります。

在宅医療の需要と供給。

今までは診療所がしっかり在宅医療も提供していたんですが、それも少しずつプラト一になってきて、病院が在宅医療を担うようになってきました。それから、二次医療圏ごとの在宅医療の需要というところで、50%以上増える二次医療圏が66ある。こういうことをどう受け止めて体制を作っていくかということが、今まさに協議をされているところでもあります。

<3ページ> 入院患者数について。

これは国が出している推計でありますけれども、入院患者数に関しては2040年にピークを迎える。65歳以上が占める割合は2050年には約8割になるというんですが、これは前提条件が違います。今のままの体制で入院の需要を推計するとするならばこうなる。しかし、これから入院の需要が変わって、入院に対する対応が変わってくるわけです。それが先ほど申し上げた病院機能が変わるというところに反映されるわけでもあります。

<4ページ>

これがまた同じように示されているデータで、急性期の疾病ごとの需要の推移を国が示したものです。

消化管の悪性腫瘍とか虚血性心疾患、脳梗塞、大腿骨の骨折を出していますが、この表の左側半分が65歳以上の年齢が増えていく地域、右側が65歳以上の年齢が減っていく地域。その中で医療の需要はこんなに変ってくる。しかも、例えば脳梗塞については、急性期の治療の件数は増加しないです。脳卒中・脳梗塞は増えていくんだけど、入院治療は増加しない。大腿骨の骨折は圧倒的に増加するという前提の下で計画を立てていくということでもあります。

これは、在宅に関する需要の推計であります。

2040年以降にピークを迎える。それから、237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎える。これは当然のことではありますが、これに対してどう対応していくか。今と同じような医療の体制ではこれが賄えないという中で、それに対応していくことが今回の地域医療計画の肝であります。

<5ページ> マンパワーの問題。

圧倒的に人手が足りません。2040年には1,070万人以上必要ですが、人がこれから増えることは絶対ないです。外国人が入ってきたとしても、増えることはない中でどうして

いくかということで、医療・福祉サービス改革を行って、単位時間当たりのサービス提供を5%以上、医師は7%以上に改善するというを行わなければ、この人手が足りないということは解決しない。それが本当にできるかというところにやはり大きな課題があるんですが、その方向で進まないこの計画は成り立たないということです。

二次医療圏でも大きな人口の変化があります。

20万人未満の二次医療圏は157から182にたった15年で増える。そんな中で医療圏をどうしていくかというのは、地域医療構想に対する大変大きな問題であります。

<6ページ>

それと同時に、近年の入院の動向、つまり受療の動態を如実に表しておりますけれども、病院における平均在院日数は短くなり、利用率が激減している。

こういう体制の中で医療体制を整備していこうというのが、「現行の地域医療構想の評価と課題」というところであります。

<7ページ>

地域医療構想の実現に向けて。

これもご存知のことなので、あえて繰り返す必要はないかもしれませんが、前回の地域医療構想の目的は、2025年に向けての地域医療構想ですから、地域ごとに効率的で不足のない提供体制を構築することです。客観的データを使って、今後の医療機能のあり方を考えてもらうということで、その際に、ダウンサイジング、機能連携・分化を含む再編統合も視野に入れて進めようということを、医政局が令和元年に言っているわけでありま

す。

全国統一の方式で医療需要を推計し、選択と集中による医療機関の役割・機能分化。病床機能調査というのは、それぞれの希望する機能というものをチェックして、客観データを使って定量基準を満たしていく。その中で、それぞれの地域に適応した「ご当地医療」を作ろうということで始まったわけでありま

す。

二次医療圏での協議で、それぞれの医療機関で自主的な病床再編を行うんですが、肝は、今まで競合していた、つまり隣の病院がMRIを入れました、じゃあうちも入れなきゃという競合の状態が、そうじゃなくて、隣にMRIが新しいのが入ったなら、そこを共同利用しましょうという協調へ。つまり、コンペティティブなところから、一緒になってやっ

ていこうというところへ基本方針を変える。これは、公立・公的医療機関のあるべき姿を協議するということも含めて、公立・公的医療機関の役割と補助の実態を情報共有して、

それでこういう医療の提供体制というものを作り上げていきたいと思いますという考え方であり  
ます。

< 8 ページ >

そのときに使われたのが、病床機能報告制度。

高度急性期、急性期、回復期、慢性期という形でもって進められました。

地域医療構想調整会議の役割は、医療計画において病床数の必要量を達成するための  
方策を協議する。この4つはとても重要ですが、特に重要なのは、病床機能報告制度によ  
る情報等の共有です。このことがちゃんと行われているかということに実は大変問題が  
あって、そこで提供される、これは都道府県から提供されるんですが、その提供されたデ  
ータを下に、その客観的なデータに基づいての機能の必要病床数を決めていかなきゃい  
けないですが、なかなかそれができていないというのが現実だろうと私は考えていると  
ころであります。

< 9 ページ >

しかし、国への報告によりますと、病床機能報告の分析は 100%やっていますし、定量  
的基準の導入は 60%の都道府県で行っているし、DPC データを分析しているのは 5 割ぐら  
い。非常に積極的にデータ分析しながら必要病床数を決めているところがあるというこ  
とであります。

この地域医療構想のシーズン 1 のまとめです。

先ほど申し上げたように、2025 年を目途とした地域医療構想は、効率的で不足のない  
医療提供体制を構築するために、自己申告によって自らの医療機能を自覚させて、量的  
基準でふるいにかけて、急性期へのこだわりを放棄させる。これは私の個人的な見方です。

同時に、診療報酬の締めつけ。これは、重症度、医療・看護必要度というところで、診  
療報酬の締めつけによって急性期病床を削減したわけであります。

2060 年を目途とした継続可能な医療提供体制を構築するために、急増する後期高齢者  
の医療提供の合理化を目指していく。まずは、率先垂範で公立・公的病院の再編統合を行  
う。その後、民間病院の急性期機能を定量基準で縮小させる。

それがシーズン 1 の目的だったんですが、残念ながら、これはコロナの蔓延で失敗して  
しまいます。うまくいかなかった。

< 10 ページ >

先ほど言った都道府県のデータをさらにもっと細かくやらないと、今言ったように地

域医療構想はうまく回っていかないということなんかもいろいろ協議された上で、今度、新たに令和5年度から4.5億円のデータ分析チームの支援事業ができました。これを使って各都道府県は非常に細かいデータを得ることができるというので、私ども地域それぞれの構想会議の中で活用しなければならないというところでもあります。

結果として、2023年の病床機能報告でありますけれども、2025年までの地域医療構想はどうだったんだということで、これを見ていただければ一目瞭然であります。

< 11 ページ >

152万床程度の病床は恐らく高齢化によって必要となってくるはずだったんだけど、それを119万床程度にしたことができて、この地域医療構想は一定の役割を果たしたよねという評価。

しかし、その中で基準病床数制度というのは、病床稼働率が低下することで基準病床数が増加するという計算方式の矛盾があったため、整合性を図らなきゃいけないというのが、2025年までの地域医療構想の一つのテーマであります。先ほど申し上げた地域医療構想は医療計画の上位に位置するというので、この概念が変わって、それに対応しているということが決まりました。

< 12 ページ >

「医療提供体制の現状と目指すべき方向性」であります。

これも先ほど言いました。まず、2025年までのシーズン1の地域医療構想というのは、それぞれの病床機能について自己申告して、それをどういう形でもって収束させるかということを協議していたわけですが、新たな地域医療構想というのは、病床の機能、入院医療だけじゃなくて、外来機能・在宅医療・介護との連携、医療提供体制全体を含めた地域の問題解決を図るための計画、構想であるということでもあります。

そのためには、医療・介護の複合的なニーズを抱えた85歳以上の増加とか、労働人口が少なくなることによる人材の確保、地域の格差というものを全部含めて、医療機関の役割分担を明確にして、医療機関の連携・再編・集約化を推進する。ここが究極の目的であります。

< 13 ページ >

シーズン2、新たな地域医療構想等に関する検討会は、2040年に向けた地域医療構想であって、地域医療構想の本質といいますのは、大幅な人口減少の中で大きく変化する高齢者の医療ニーズにどう対応するシステムを構築するかが課題であります。

2025年までの地域医療構想は、病床機能の再編に終始したわけではありますが、2040年に向けては、在宅医療、介護連携が重要となります。

2035年には85歳以上が1,000万人を超えるんですね。その半数が要介護で、その1,000万の4割は認知症、大半が独居老人か老老介護、高齢者夫婦世帯である。このときに、今までと同じような受療動態は全く維持できないわけでありまして。

そうすると、アウトリーチを前提とした医療提供体制が必要となる。当然入院は減少します。これから高齢者が増えていく大都市でも、入院のニーズは圧倒的に減ります。在宅が増加するという前提のもとで体制を作っていきますということでありまして。

特に、人口が少ない過疎地、少数区域では、減少した入院とか外来の需要と在宅医療の体制確保のために医療機能の衰退をどう防ぐか。これがこの計画の本質であります。

高齢者を含めて人口が激減する中で、どうやって必要とされる、介護連携も含めた医療機能を維持していくのか。これを民間病院にやらせたら、恐らくそれはとても無理なので、そこをどういう形で役割分担していくかということも含めてこれから協議される。

一方、都市部では、病床はもう既に過剰です。これから高齢者が増えてくるから大丈夫だろうと言っているんですが、高齢者は先ほど言った理由でもって入院しません。入院させないのが国の基本方針であります。そうすると、過剰である入院病床が在宅にシフトして、ますます病床は縮小していきます。その中で現有する病床数をいかに削減していくかというのが大きなテーマであります。既に過剰な病床の削減を進める中で、在宅・介護連携を前提とした、効率的でなおかつ医療介護機能の継続できるような体制整備を進める。そうすると、今までずっとやってきた、もう既に実績のある民間病院が頭になって中核となり地域包括ケア体制を構築していくのではと、私は個人的に思っているところであります。

< 14ページ >

ポスト2025年の医療・介護体制の姿ということでありまして。

バックキャストは2060年を基準としています。2060年を想像したときに、どれぐらいの人口がいますか、どれぐらいの高齢者がいますか。そこから戻って考えてください。バックキャストで物事を考えるというのが今回のテーマであります。限りある人材で医療・介護連携体制の最適化を図っていく。

それから、医療・介護提供体制の3つの柱ということで、「治し支える医療」、高齢者が自ら選ぶということ、適切な医療・介護を効率的・効果的に受けることができる体制を作っ

ていこうというのがこの基本であります。

< 15 ページ >

これは、先ほど出てきました 2040 年の医療の需要です。

高齢者救急が圧倒的に増える。それから在宅が圧倒的に増えてきます。先ほど言った入院患者はピークになるけれども、これは先ほど申し上げたとおり、現行の体制の中でやっていたらこうなりますが、これから入院を圧倒的にコントロールしていくということがないと、この数字、この絵には絶対ならないわけでありまして。

85 歳以上の高齢者の入院はどうするんだ。その病気って限定的だよ、手術もやらないよ、早期に退院させるんだよ、ということ、高齢者救急の受け皿となる医療機関においては、入院早期からリハビリをやって、退院調整を行って、早く退院させる。

< 16 ページ >

これを私が簡単にまとめてみました。

高齢者の急性期における疾病の特徴。医療資源を多く要する手術なんかやらない。疾病の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応が可能で、どこでも診られる。

高齢者入院時の ADL 低下を防止するためには、入院早期から離床して ADL の維持の取組をやるんだ。早期退院です。病院の中に置いておいては駄目です。

国の資料等でそれが示されています。早期退院をさせる。大腿骨近位部の骨折なんかは、早く手術して、早く離床して、外来・在宅でのリハビリをやれと、その資料に書いてあるんです。病院でリハビリをやるか書いていないです。

病院は、リハビリ機能を強化して回復期へシフトしましょうと言っているんだけど、そんなこと書いていない。入院じゃない。ここが肝なのかなと思っています。

そういうことを担うような医療機関機能、つまり病院機能であります。

これは、高齢者救急の受け皿となって在宅への復帰を目指す病院と、在宅医療を提供して介護と連携しながら地域の生活を支える機能。これは主に民間病院が担う機能だと、こういうところを主体的にやっていくべきだろうなということが話し合われていますし、救急医療等の急性期医療を広く提供する機能が、医療機能と役割を絞り込み、人口規模によっては対象地域を拡大することも必要になるかもしれないけれども、この2つの大きな機能に分けて、それぞれの病院を急性期拠点機能と高齢者救急機能とに分けようという考えです。

下の大学病院は議論の外にあるわけです。

< 17 ページ >

これはまた後で御覧になっていただきたいんですが、それぞれの役割をここに細かく書いてございます。

高齢者救急の受け皿となり、在宅への復帰を目指す機能。救急搬送を受けるだけでなく、需要を踏まえて退院調整を行って、早く退院させるとか、通所とか訪問でのリハビリを継続する仕組みを構築して老人を早く退院させろ、入院させるなという方向性で、これからの医療体制は進められていくと思われま。

< 18 ページ >

再編・統合は、3つの100床の病院があったって、それぞれの病院の機能を変更したって、そううまくはいかないだろう。やっぱり大きな病院に集約することで、効率的かつ効果的に提供できる医療提供を構築するための医療機関の再編・集約化。これが国の目標であります。これはそういうことを裏づけるためのデータであります。

二次医療圏の手術のシェアの問題で、全身麻酔を最も行う医療機関って、20万人未満の病院では90%のシェアを持っている病院もあるよね。30万から60万人ぐらいのところでも80%とか70%を持っている。そういう地域の全身麻酔を必要とする手術って集約できるということを示しています。

< 19 ページ >

これは、地方都市型、人口規模30万から60万人のところ、全身麻酔のシェアがその地域で1位、2位の病院を2つ合わせると、90%ぐらいやっているとところが多いよね。それって、60万ぐらいの人口のところだったら、2つの病院で急性期の疾患に対して手術すれば、それで間に合うというデータであります。

消化器外科の医師の数でいうと、1人から2人の医療機関では年間の手術件数が100件ぐらいしかできないんだけど、3人から5人の消化器外科の医者でも、せいぜい頑張っても年間で500件ぐらい。これで効率的な医療と言えるかということが、国からの資料で示されているわけです。

< 20 ページ >

全身麻酔の手術についてですけれども、消化器外科や整形外科に関連した手術が多い。地域においても均てん化して提供することが望ましい手術の提供を維持するためには、急性期の疾患に対応する医療機関が、小さな医療機関で幾つもの診療科はこの病院、この診療科はこの病院とやったら駄目だよ。手術を提供する医療機関は複数の診療科

をしっかり持って、一定の症例数を持つべきだよね。これが国の示している地域医療構想のありようであります。

これも同様であります、急性期医療を担う医療機関の数です。

人口 30 万人未満のところでは 1 つ、30 万から 60 万人のところでは 1 つから 2 つの急性期を担うところがあるよね。ここですね。人口 30 万人未満のところでは、救急車が年に 2,000 台以上のところがちゃんと 1 個あるし、全身麻酔を 2,000 件以上やっているところが 1 個あるじゃない。やっていないところのほうが多いですけどね。30 万から 60 万人で 1 つ 2 つはやっぱりあるじゃないか、これでいけるでしょ。だったら、この体制で地域医療構想を作っていくましようというのが国の提案であります。

< 2 1 ページ >

ただ、救急車を年間 3,000 台以上受けられるところは、やっぱり医師の数もしっかり持っていないと、それはできないよね。つまり、医師も集約しないと地域医療は構成できないよねということをここでデータとして示しています。

もう 1 つ、手術用支援機器。これは da Vinci、hinotori でありますけれども、区域によって、その導入の差があるんです。

人口 60 万から 100 万人のところでは、何と 13 件の医療機関が da Vinci を入れているんです。それって本当に必要なのか。もうちょっと効率的にやったらどうかということ、国から提案されているわけでありまして。

< 2 2 ページ >

老人の急性期の入院の病院に多い病名と包括期に入っているときの病名はほとんど同じだよね。そうなれば、高齢者救急とか一般の救急において、地域包括ケア病棟とか地域包括医療病棟を使ったらどうなの。それで対応できるよねということ、国が示唆しているデータであります。

< 2 3 ページ >

人口の少ない医療圏での在宅医療の人口当たりの提供量が少ない。これは当たり前のことになるわけでありまして、こういう在宅のデータも出ていますし、高齢者救急・地域急性期機能病院、在宅医療連携機能の 2 つの機能の病院は、介護施設との連携が重要だよねということが、国の提案としてここに書かれています。

これは高齢者向け施設の利用状況ですが、特養、老健は頭打ちから下がっています。その一方で、有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅、つまり住宅がどんどん増えて

いる。ホテルフィーとか食事のフィーを自分で払いながら療養していく人たちの施設がどんどん増えていって、今までの介護保険だけやっていくような施設は利用率が下がっている。これはとても大きな問題で、そういうところで医療を提供する際にどういう形で提供されることになるのかというのは、我々は医療の立場で注視していかなければいけないということでもあります。

< 24 ページ >

つまり、入院をさせないような老人居宅施設というものがこれから増えていくことは十分に考えられるし、状態が悪化して医療機関で治療するんですが、もう亡くなりますよというときには施設へ戻してくださいよというような事態が既に起こりかけています。これは、様々なアドバンスケアプランの影響なのかあるいは介護報酬上の問題なのかよく分かりませんが、そういう傾向が明確に見てとれるだけで、私たち医療機関はどのような形で高齢者の最期を診ていくかということをしっかり再考する必要があります。

訪問診療において病院が担っている役割も、人口の少ないところでは病院による訪問診療がとても多いということは厳然たる事実で、これは私たちは地域で在宅の機能としてこれからまた整備していかなければいけないところになるわけでありまして。

これが今回のお話の最大のポイントであります。

区域別の人口規模を踏まえた医療機関、つまり病院機能の考え方です。

人口が 100 万人以上の大都市圏の急性期拠点病院、つまり二次医療圏に1つか2つと言われていた、主に急性期を中心に診ていく病院は何をするか。手術の需要を踏まえて、区域内に複数医療機関を整備して、医師を派遣する機能を持ちましょうということです。急性期拠点病院は、中都市まで医師の派遣機能というのが義務づけられるような形になっています。数としては、100 万人都市では複数を整備するというのが一つの提案。50 万人程度のところでは1から複数、30 万人以下のところは1医療機関を整備したらどうかという案が提示されました。

その後に、高齢者救急・地域急性期機能というものは、高齢者救急対応のほか、骨折手術と書いてあるんですが、実はこれ、2 日前の会議でこの骨折の手術が消されました。骨折の手術など頻度の多い一部の手術についても対応するという言葉に書き直されました。あとは、50 万人程度では、やはり手術が必要な症例については急性期拠点病院に搬送しろという役割分担をする。30 万人未満でも同じような形になっています。

在宅に関しては、訪問看護ステーションを支援したり訪問看護ステーションを自ら持

っているということで在宅の支援をします。

こういう機能を実は国が整備したいんだということを明確に示した表であります。

<25ページ>

その役割と、それをどういう形で決めていくかという指標です。

急性期拠点病院は、急性期の総合的な診療機能で、救急医療の提供、手術等の医療資源を多く要する診療の幅広い総合的な提供をする。高齢者救急・地域急性期機能というのは、高齢者に多い疾患の受入れとか、入院早期からのリハビリテーション、時間外緊急手術を要さない救急への対応。それから高齢者施設との連携体制。在宅医療というのは、在宅医療の提供の少ない地域においては在宅医療を自らが提供するということと、訪問看護ステーションを有する等によって訪問看護を行う。地域との連携は、訪問看護ステーションを支援したり高齢者施設を支援するというようなこと。こういう役割を果たす医療機関を、病院を分類しましょうと。

では、それを決めるのにどうするか。それが、ここに出ている指標の項目を示しています。

まずは、急性期拠点病院については、救急車の受入台数、各診療領域の全身麻酔手術の件数、医療機関の医師等の従事者数、医師数ですね。急性期を担う病床数と稼働率。この稼働率が非常におもしろい指標だと思います。それから、医療機関の築年数。古い建物だったら、建て替え、再編・統合の対象になるときに、建築費が高過ぎてそれができなかった事例を取り上げて、建築に関してはやっぱりしっかりとチェックをすることが提案されています。

高齢者救急・地域急性期機能では、同じような救急車の受入台数だとか、医療機関の医師等の従事者数、包括期の病床数、地域包括ケア病床を算定しているかどうかということ。ここも築年数というようなことを、今後きちっとその医療機関の機能をこのデータに基づいて分類し、その構想区域の中の機能に割り振っていかうということが進められようとしている。その基準をどう決めるか、今まさに検討されているところでもあります。

建て替えの問題であります。建て替えは大変ですけれども、建て替えが必要だから、あなたのところは高度急性期拠点病院になれませんよなんてことはあるのか。これは各委員の意見があって、公であろうが民であろうが、それだけの急性期の医療を提供しているところに対しては公的な支援が入るべきでしょうという意見もあります。私もそのとおりだと思います。だから、これを基準にするのはちょっとどうかと思うんですが、これが

今議論されている内容であります。

< 26 ページ >

医療圏の考え方です。

これは、先ほど申し上げた 20 万人未満の医療圏に関しては、区域の見直しをします。そんな小さいところは医療圏として成り立たないんで、それを合体させたりしましょう。

三次医療圏については、1 都道府県を 1 単位としますけれども、広域の場合には複数の三次医療圏があってもいいですよということ。その三次医療圏で提供することが適切と考える医療として、ここに挙げられています、先進的な技術、特殊な医療機器、それから頻度が低い疾患、専門性の高い疾患、こういうものを担うのが三次救急であって、それ以外の一般的な高齢者の救急を診ているところは三次救急じゃないよねということを暗に示していると思っています。

構想区域をこういう形に変えていきましょう。これまではこういう形で救急の病院があって、みんなが救急もやりながら、在宅もやりながら、いろんな形で、それぞれ機能を複数持ちながら連携していたんですが、これから人口が減っていく中で、区域を合体させることによって、高齢者救急を担当するところあるいは在宅医療を担当するところ、機能をはっきりさせて、救急急性期の拠点病院となるとところは数を少なくまとめていきましょうというような考え方が、この地域医療構想の次の、2040 年に向けた考え方そのものであります。

< 27 ページ >

ただし、一方、在宅医療に関しては、圏域が狭いのでこういう形で、市町村単位とか保健所圏域の単位で、在宅の圏域に対しては改めて考え直しましょうということが提案されています。

2026 年以降の新たな地域医療構想においても、これまでと同様に良質で効率的な地域医療あるいは介護の仕組みを作って、社会保障のサステナビリティを確保することを目的とする。これもずっとお話ししているとおりであります。

2060 年を目標とした新たな地域医療構想においても、在宅を中心とした医療体制を構築する中で、必要となる病院病床は確実に減少していく。本当にうんと減っていきます。地域医療構想は、病床削減を目的としているわけではないですが、60 年からのバックキャストによって推計される、確実に減少していく病床と、より多く求められる在宅・介護連携の関係構築の時間軸に合わせて過不足ない形で整理する。

時間軸というのは、もう既に山陰地方では若年人口がうんと減っていますけれども、それよりも、後期高齢者、高齢者の人口がかなり減りつつある中で、時間軸が大事です。そこに今さら急性期の拠点病院をたくさん作っても全く意味がないということも含めて、時間軸が重要であるということですが、それに過不足ない形で整理すること。これは地域医療構想の重要な役割であります。

病院に限ってお話をすると、適切な機能を有する適正数の病床確保を目指して、暫時病床を削減するんです。病床を増やすことは全くあり得ないので、病床を削減しながら、地域の最適医療体制を構築するために、民間と公立・公的病院の特性を徹底的に検証して有効活用することで地域医療構想がうまくいくんじゃないかと、私の個人的な考えですが、それをお話し申し上げます。

< 28ページ >

病院の再編統合・病床削減は否応なしに進みます。

ここを認めなかったら、要するにまだ病床が増えるということはある中で、お互いコンペティティブ、まだうちは病床を確保しながら、ほかを潰してでも病床を確保していくんだということはもうできない。そういう制度の中で新たな役割というルールを作っていくというのが新たな地域医療構想ということになります。

< 29ページ >

これでほぼ3分前です。

医師の偏在についても、実はとても大きな問題があって、医師の偏在対策のお話をしたいんですが、これだけでも30分ぐらいかかってしまうので、ささっと流します。

医師の偏在に向けた基本的な考え方。総合的な実施をすることと、全世代、今までは若い医者をどうやって田舎へ行かせるかということだったんですが、違うんです。シニアとか中堅どころを医師少数区域へ行かせなかったら、若い人たちは、そこへ行ってもキャリアアップできないので、嫌になってすぐ帰ってきちゃいます。そういうバックアップをきちっとしましょう、その為に全世代の医師へアプローチをするということ。それから、へき地の保健医療対策を超えた取組を実施していくということが必要となります。

その中で1つ出てきたのは、後でデータが出ますけれども、都会は、大都市はどんどん開業医が増えて診療所が増えているんです。一方で、人口5万人以下のところって、本当に診療所がなくなっている。それをどうするかということで、外来医師の多数区域において新たに開業する人たちは、そこで必要な機能を果さなかったら開業させないぞという

ような、要するにペナルティの仕組みを作りました。一方で、過疎地で医師が少ないところに関しては、経済的なインセンティブ。開業のための資金を出したりとか、医師の派遣についてバックアップしましょう。それと、中堅あるいはシニアの医師をそういう不足地域へ派遣するための全国的なマッチングもやりましょう。こういうことがこれから進められていくわけでありませう。

これは先ほど出したデータですが、本当に人は少なくなります。

ところが、医師だけが少なくなるわけじゃない。看護師も歯科医師も、歯科医師すらです。薬剤師も足りなくなつて、それをどういふ形で確保していくかというのが非常に重要なことになります。

< 30 ページ >

検討体制ですけれども、検討会自体は、秋頃に中間とりまとめをするということで、今、2週間に1回やっているんですね。

こちらは、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ。小児医療及び周産期医療の提供体制等のワーキンググループは、令和7年度中に一定のとりまとめ。こちらは、第9次医療計画の策定に向けてワーキンググループで検討することになっています。それぞれを全てこの地域医療構想及び医療計画等に関する検討会へ持ち寄つて、最終的な構想を作っていくということになります。

< 31 ページ >

これは、そのプログラムです。

「医師偏在是正に向けた「総合的な対策パッケージ」」です。

< 32 ページ >

これは、先ほど言つたお話を細かく書いてあります。

今までは、医学部入学定員に地域枠を設定したり、シーリングをやつたり、医師の偏在を一生懸命変えようとしてきました。でも、結局医師は、2090年からは過剰になるんだという考え方のもとで、今いる人たちをいかに配分よくするかということで、こういう対策が取られているということでもあります。

< 33 ページ >

シニア・中堅医師を対応していこう。

診療所は、人口20万人未満の二次医療圏では激減して、10万人未満のところでも7割で減少するんです。80歳で引退して継承者なしとすれば、2040年の診療所なしの市町村

が170も増えちゃう。

診療科の偏在は、美容形成の話であります。

< 34 ページ >

これは、先ほど言ったデータの裏づけであります。圧倒的に大都市は診療所が増えていきますけれども、少数区域では診療所がどんどん減って、なくなってしまうことを示しています。

< 35 ページ >

2040年に診療所がなくなる可能性のある市町村区域は、こんなにあるわけですね。170ほど増加します。

愛知県は大丈夫だろうと思っていたら、中部地方だけで診療所の医師の数が、1万7,311人から、2040年には8,938人になる。

人口はこれぐらいしか減らないんだけど、診療所は半分になっちゃう。愛知県だけでも、診療所の数は、名古屋市を除いてほぼ半分です。こんな状況で地域医療が維持できるか。

< 36 ページ >

経済的なインセンティブを使ったり、様々なアプローチがされているということでもあります。

< 37 ページ >

ペナルティの仕組みを作ったけど、このペナルティで本当に効果はあるのかということも、私は疑問を持っているわけでありまして、インセンティブも、お金を出すことでどれだけ効果があるかなということでも心配しています。

< 38 ページ >

最後のところで、医師の偏在について。

ご存知のように、今大臣官房審議官をやっている一松旬さん。この方は財務省のトップでありますけれども、一松さんが奈良の副知事をやっているときに、医者がいっぱいいるところなんか、1点9円にしてやればいいんだよという話をしました。全く暴論だと思います。要するに、開業したがっているところの点数を下げれば、そこで開業しなくなるだろうというお話をしたんですが、そのときに私は不思議に思った。大都会でどんどん開業している人たちが多いたるところの点数を下げても、少ないところを上げるとは言っていないですね。ここは全く考え方が矛盾していると思いますが、消化器外科学会とか脳外科学

会が、やっぱり医者を集めないと技術がよくなるよねと言っているんです。

< 40 ページ >

そういうことを突き詰めていくと、フランスとかドイツのように、要するに専門医師の定数配置という形にたどり着くのかなと思っています。でも、これも決して悪い話ではないのかなと私は個人的には思っているところであります。

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、全部の人たちの需給が非常に逼迫する中で、これをどうしていくか。医師の偏在是正については地域医療構想の大きな問題だということをお話し申し上げていきます。

< 41 ページ >

今対応すべきことは、「治す医療」から「治し支える医療」ということで、「病院完結型」から「地域完結型」へ、Key word から当該地域を俯瞰して見たときに目指すのは、近隣医療機関との競合なのか協調なのか。競合するとしたら、そこで勝ち残れるような成算があつての話か、協調するんだったら、何か捨てなきゃ協調できませんというようなことを覚悟して協議されなくてはなりませんし、その上で公立・公的病院の役割をさらに明確化することで医療機関機能の再編と機能分化が進展することを強く希望します。

< 42 ページ >

そのためのデータベースです。これは、県がこういうものを示していただきたいということで出していますが、人口推計、疾病別患者推計、MDC 別入院患者数、施設別入院病床稼働率、平均在院日数、施設別常勤医師数、施設別救急医療状況、施設別の入・退院経路。これは、AJAPA とか Newcarest とか SCR、DPC データでもってこれは全部出てくるんですね。出てくるとするならば、こういうものはやっぱり全構想区域に提示しながら、きちんとした話合いをしていくと、さらに協議が進むのではないかと思います。

ちょっと時間が過ぎてしまいました。

御清聴誠にありがとうございました。

**【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】**

伊藤先生、ありがとうございました。

ちょっと短い時間になってしまいましたけれども、質問を1～2受けたいと思います。御質問のある方は挙手いただけませんか。

いかがでしょうか。

途中経過ということになるので、質問も難しいかもしれませんが、一つ気になっ

ていることがあります。救急という言葉の中で、高齢者救急という特異な病域が、これは年齢という形で区切っていいかどうかということ非常に疑問に思います。当然、高齢者でも三次救急へ行かなければいけない疾病であるものの、高齢者救急という言葉でくくりにして、果たしてこの議論が続くのかなとちょっと危惧しているんですけども、いかがでしょうか。

**【社会医療法人大雄会理事長（伊藤）】**

御質問ありがとうございます。

まさにそこは、今まで医療を担ってきた人間として、いわゆる医師として、非常に矛盾があるんだろうなと思っています。

ただ、基本的に医療のシステムを構築していく上で、大きなドラスティックな変化の中でそれをどうするかといいますと、やはり先ほどいった分類をしたら、急性期拠点病院とその数が、ここには書いていませんので私も言いませんでしたけれども、2日前の協議会で、急性期拠点病院は人口20万から30万人に1か所という具体的な数字が出ています。そうすると、例えば名古屋の人口240万人でいうと、最大で11~12、最少で8つの病院に名古屋の高齢者の救急を全部送り込むと、救急が回らなくなることは明白ですね。

そんな中でもし具体的な対策としてあるとするならば、上り搬送。いわゆる高齢者救急及び一般救急病院へ搬送しながら、そこから上り搬送するような形というのが、どうも国の考えている形ではないかと推察するところでございます。

**【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】**

ありがとうございました。

ほかに、御意見含めていかがでしょうか。

**【愛知県医師会理事（浦田）】**

愛知県医師会の担当理事の浦田でございます。

大変分かりやすい御講演、感謝申し上げます。

今、病床削減として、手挙げ方式で病床を買取るという施策が出ています。しかしながら、この施策は現に稼働していない病床の買取りなので、これをいくら買い上げたとしても、もともと医療費を生まない病床なので、全く医療費削減にはならない。むしろ病床が効率化されて、単価が上がって、医療費が上がるだけではないか。国は間違ったことをやっていると思いますが、それは私の意見です。

一つお聞きしたいのは、協調と競合という言葉がございました。これは、協調するため

に何か自分が捨てるということになれば、自分の病院の今後の存続というものがどうなるのかというところが担保されていないと真剣な話ができないので、言うは易く行うは難しとなると思います。

今日は、特に公立・公的病院がやり玉に上がったような内容でしたけれども、今日ここにおみえの病院関係者はほとんど全て公立・公的の院長の先生達なので、こここのところに一番関心があるかと思います。

公立・公的が率先してダウンサイジングや統合に協力していけという方針ならば、公立・公的はむしろそこで大いに力を発揮して、自分でその動きを主導するようなことにしないといけない。公立が潰れてしまいますと地域住民が路頭に迷うので、泳ぐか溺れるかどっちかにしろと言われても、医療者、病院が溺れたとして、それは仕方がないとしても、地域住民も溺れてしまいますので、こここのところの議論をもっと丁寧にするべきかなと思います。

だから、大きなデータだけでばさっと言われると、やっぱり現実に地域の医療を担っている人間としては反感が湧くだけで、そここのところはきちんと議論しなければいけないと思います。その意味では、ここにいらっしゃる方々が中心になってそここのところをしっかりと議論していく必要があるのかなと思いますが、あまりにも時間が少ないような気がします。その辺のところは先生の御意見としてはどうでしょうか。

**【社会医療法人大雄会理事長（伊藤）】**

ありがとうございます。

協調と競合の話ですけれども、協調と競合というのは、お話し申し上げたように、協調していくためには重なる機能を捨てなきゃいけない場合も出てきます。無理しながら同じ機能を持ち続けることによって非効率が生まれていて、言い方は悪いですが、それが過剰な医療提供体制になっていることは国も把握しています。

その中で、協調するために捨てるべきものがあつたときに、果たして医療機関として運用が継続できるかとても大きな問題です。それは、公・民関係なしにとっても大きな問題で、そこを何とかするという意味からいうと、診療報酬でそこをきちっと保障する以外に道はないと思います。これを一時的な補助金とか支援金でやっていたら、とても続きませんから、それに見合う人の配置の問題、機器の整備の問題を全部包含した形でもって診療報酬を決めていくということが、このシステムを完成させるための必須条件だろうと思っています。

ただ、その診療報酬に関しては一切どこにも触れていませんし、地域医療構想の検討会でも診療報酬のことは一切触れていないので、これは恐らくこれからまだまだ最終的な完成に向けて詰めていかなきゃいけないところかなと思っています。

それから、公立病院がというお話がございましたけれども、非常に難しい問題です。

公立・公的病院のありようは、地域医療構想が始まった一番最初のところで、公立・公的病院は民間医療機関が担えないところを担っていく。それは、へき地の医療だとか、非常に高度な医療、救急だとか採算が合わない医療をきちっとやるんだということは、国の方針として厚生労働省が明示しているところであります。したがって、民間ができないところを、当然それは不採算という形でもって担っていただかなきゃいけない。それがいわゆる支援金が入る根拠になっているわけで、そのところを明確にしていくことは重要だとは思いますが、今までの医療提供体制の構造はそうだったんですが、今後は全ての医療機関、公立・公的も民間も、全部縮小していくんだというのが大前提です。どこか伸びていって、その割をどこかが食らうという形では全くない。全てが縮小していく中でそれをどう整備していくかということになりますと、これは非常に難しいんですけども、高齢者の推計、高齢者、つまり医療を必要とする人たちの推計はもう出ていますし、これは恐らく変わらないと思います。そのところは大きく変化することはない。

その中で、疾病の発生率もある程度推計できていて、いわゆる在宅を含めた医療・介護が提供される体制もほぼほぼ推計で出てきます。そうすると、そこは民間なり介護施設なりがきちっと対応していく中で、疾病の発生率を考えて、しかも、それはほとんどが高度急性期にかからないで、高齢者はみんな一般急性期病院にかかりましょうという形でもってシステムが構築されるならば、その急性期にかかる疾病の数、患者の数は決まるわけですね。決まっていたら、その中で民間が担えないところを当然全部公立・公的が担っていただかなきゃいけないし、それでもなおかつ担えないところが出てくるんです。

そこはどこかという、超高度急性期です。そこは大学病院が担っていくような形で、つまり逆算。今、1つ1つが全部独立した形で、拠点病院は拠点病院、高齢者救急は高齢者救急、在宅は在宅、それぞれが独立した形でもって、その機能を論じていますけれども、そうじゃなくて、全体で起こってくる疾病の総数は決まっているわけで、その中から逆算していったら、最終最後の大学病院は本当に高度急性期とか救命だとか、移植も含めて、非常に高度な医療しか担えないような医療を担う仕組みを作っていくと、新たな地域医療構想という構図はうまく回っていかないと私は思っています。ただ、それができるか

できないかと言われると、ものすごく難しい。

1つ1つの医療機関が残るためにどうするかって本当に難しいですが、やっぱり診療報酬をきちんとつけてもらうということと、もう1つの方法は、地域医療連携推進法人だと思います。その地域の医療機関が全部連携推進法人として連携したときに、経営もある程度その中できちっと見ていく仕組みがもしできるとするならば、そこでの完結はあり得るかなと思います。

ただ、これは私の私見なので、また何かあれば、御意見をお聞かせいただきたいと思います。よろしく願いいたします。

**【愛知県医師会理事（浦田）】**

最後の御発言は、まさに愛知県の病院団体協議会の各構想区域の固有の名称を持った連携体ですよね。だから、この協議会を地域医療連携推進法人にしていればよい。

ただ、一番大事なのは、大学がそれをきちっと理解しているかどうか、そこに医師を派遣するかどうかということに尽きるかと思います。

大変感謝申し上げます。

**【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】**

先生、いろいろと御指導いただきましてありがとうございました。

先生の講演はこれで終了させていただきます。

拍手をもってお礼に代えたいと思います。どうもありがとうございました。

**【愛知県医師会理事（浦田）】**

伊藤先生、大変貴重な御講演、感謝申し上げます。

以下、非公開