

令和7年度第2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8年3月23日（月）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）】

多少開始時間よりも早いですが、本日の予定出席者は全員おそろいですので、ただいまより令和7年度第2回愛知県地域医療構想推進委員会を開催いたします。

私は、愛知県医師会担当理事の浦田でございます。

この委員会は、愛知県における地域医療構想を推進するため、愛知県が公益社団法人愛知県医師会に委託をして開催するものでございます。

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勢子局長から御挨拶をお願い申し上げます。

【愛知県保健医療局長（長谷川）】

失礼いたします。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、令和7年度第2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、御尽力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、各地域において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、厚生労働省医政局地域医療計画課地域医療構想推進室長の堤雅宣先生から、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、委員の皆様方から、今までの各地域における取組を振り返りつつ、新たな地域医療構想に向けた今後の展望など、お考えをお伺いできたらと考えております。

本日、限られた時間でございますが、皆様の御理解と御協力のもと、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して、開会に当たりまして私からの御挨拶とさせていただきます。

本日はどうぞよろしくお願いいたします。

【愛知県医師会理事（浦田）】

では、続きまして、主催者を代表し、公益社団法人愛知県医師会柵木充明会長から御挨拶を申し上げます。

【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。

今日は、いろいろお忙しい中、本委員会に御出席いただき、誠にありがとうございます。

地域医療構想の目標年は2025年でしたが、2026年となりました。2025年が一つの区切りということで、2026年からはガイドラインの策定を終えて、2040年に向けて新たな地域医療構想による病床の必要量、これを策定するとともに、今までは病床機能という言い方をしましたけれども、これに加えて医療機関の機能ということも協議、策定することになっております。

この2025年を目指した地域医療構想のアウトカムはどうだったかというところ、いろいろ御意見があるだろうと思います。ただ、今日の資料にもございますが、当初、125万床の報告病床だったものを必要病床として119万床に設定いたしまして、10年間近くいろいろ協議を重ねてまいったわけではありますが、ふたを開けてみれば、2023年時点で報告病床が119万床、ちょうど必要病床にぴたっと重なったということです。

これは、よく重なったなと私も思いますが、偶然なのか、それとも、いろいろなところがそれなりに付度をしてそこに収れんしたのか、よく分かりませんが、そういう結果を見ると、一応の成果を上げたのかなという感じはいたしますし、行政としてはしっかりやったなと感じていると思います。これは、次は新たな地域医療構想に向けて、2040年がこれからのピークということで、ここに向けて新たな構想をつくらうと、こういう気になってもおかしくないかという気はいたします。

2040年の新たな地域医療構想のガイドライン、これは地域医療構想を地域医療計画の上位概念と位置づけております。

上位概念というのはどういう意味であるか、これが優先するという事なのかかもしれませんが、この上位概念とは、私の理解では、病院や病床の機能や整備を地域医療構想で決めて、それを地域医療計画に反映すること、優先されることが、地域医療構想というのが上位概念という言葉だろうと思います。

愛知県においては、一昨年の基準病床の変更で、基準病床数が既存病床を上回って、多くの医療圏において病床整備計画が出るかなと思っておりましたが、このことに関しては、当初予想していたよりも少ないというか、当初、結構あったのかもしれませんが、取り下げたというところもございまして、それほど大きな混乱はなかったかなという気がいたします。

今回の新たな地域医療構想のガイドラインでは、2024年を基準年とするということで、前回と同様、医療費、医師資源の投入量を、3,000点、600点、225点、ここで切り分けて、病床を、高度急性期、急性期、ここは今までと一緒にすけれども、回復期を包括期というふうに言葉を変えて、それから慢性期と、この4類型に分けて必要病床量を算出するということです。

高度急性期と急性期の病床利用率を相当高くして算定するというのでございますので、病床の必要量というのは前の計算式に比べると大分減るだろうというふうに思っております。

愛知県では、病床整備の基準を基準病床、必要病床に足りない構想圏での病床整備を認めてきたという感じでしたが、来年度策定されるガイドライン上での必要病床数は、先ほど申しましたように相当減りそうですので、今後、このガイドラインがしっかりでき上がって、令和9年度からの病床整備というものは相当難しくなるだろうというふうに思います。

そしてまた、この地域医療構想では、在宅医療や介護施設、こういったところの連携もかなり重視されております。このあたりの連携というものはどのように病床数との絡み合いで考えていくのかということは、現場のほうではどのようにやっていくのかと考えております。これはかなり検討を要するところでございますので、これからも先生方と連絡を密にしながら、今後の地域の超々高齢社会というか、高齢社会を乗り切るためにいろいろ検討してまいりたいと思っておりますので、よろしくお願いを申し上げて、会を始めるに当たっ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）】

本日の出席者の御紹介につきましては、時間の都合によりまして、お手元の委員会名簿、配席図をもって御紹介に代えさせていただきます。

次に、資料の御確認をお願い申し上げます。

配布資料一覧にございますように、愛知県地域医療構想推進委員会委員名簿、堤先生の御講演資料「新たな地域医療構想について」、「2024年病床機能報告について」、「2015年病床機能報告と2024年病床機能報告の比較」、参考資料として、本委員会開催要領がございますので、不足がございましたら、お申し出をお願い申し上げます。

今日は、まず、前半部分で厚生労働省の地域医療計画課地域医療構想推進室室長である堤先生から御講演をいただきました後、出席の委員の先生方から各構想区域にかかわる意見交換をお願いするという、2部体制でございます。

会議の議事録につきましては、議事録を作成し、愛知県のウェブページに公開することになっておりますので、御承知おきをお願い申し上げます。

次いで、会議の公開、非公開について御案内申し上げます。

本日の会議の前半部分、御講演の部分までは公開といたしますが、後半の意見交換の場におきましては、各構想区域における個別の事業案件の内容に触れられる内容が出る可能性もございますので、本委員会開催要領第6条第1項ならびに第2項に基づきまして非公開とさせていただきます。

本日は傍聴の方がいらっしゃいますが、後半の非公開部分になりましたら、係員が御案内いたしますので、この会場からの御退席をお願い申し上げます。

2 講演

厚生労働省医政局地域医療計画課地域医療構想推進室室長 堤雅宣 先生

「新たな地域医療構想について」

【愛知県医師会理事（浦田）】

では、これ以後の取り回しにつきましては、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をお願い申し上げます。

伊藤先生、よろしく申し上げます。

【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。今日もよろしくお願いいたします。

それでは、早速ですけれども、講演に移らせていただきたいと思います。

本日は、先ほどから御紹介がありますように、厚生労働省医政局地域医療計画課地域医療構想推進室長の堤雅宣先生に御講演をお願いいたしておりますので、50分程度御講演

いただき、その後に 10 分程度質疑応答をお願いしたいと思いますので、よろしくお願
いたします。

御用意されている間に、先生の御紹介をさせていただきます。

2012 年に東北大学の医学部を御卒業されて、14 年に厚生労働省に入省されました。そ
の後、医政局、環境省、保険局、それからハーバード大学の公衆衛生大学院、カリフォル
ニア大学サンディエゴ校の経営大学院を経て、2021 年から政策統括官付国際分類情報管
理室、2022 年 4 月から保険局医療介護連携政策課医療費適正化対策推進室長、2024 年 8
月から現在の医政局地域医療計画課地域医療構想推進室長を務めておられます。

それでは、堤先生、よろしくお願いたします。

【厚生労働省医政局地域医療計画課地域医療構想推進室室長（堤）】

よろしくお願いたします。厚生労働省医政局地域医療計画課の堤と申します。

本日、このような機会をいただきまして、愛知県様、愛知県医師会の皆様、ありがとう
ございます。

私ども、御紹介いただいたように、地域医療構想の政策を担当しておりまして、2040 年
に向けた地域医療構想ということで 2 年間議論を進めてきて、また医療法の改正などさ
せていただいているので、その全体像の御紹介をさせていただきます。また、つい先々週
ですね、その検討会をやっていたんですけれども、新たな地域医療構想のガイドラインを
つくるための検討会というのも取りまとめを公表しておりますので、その内容も簡単に
触れたいと思っております。

本日の内容として 2 つありまして、新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論につ
いてと、とりまとめについてとさせていただきます。

とりまとめは文書が多いので、一番後ろにばあっとつけております。とりまとめに至る
考え方みたいなのをこの講演の中では御紹介させていただこうと思っております。

〈3 ページ〉

まず、2040 年というのが、先ほど来数字を出していただいておりますけれども、2040
年に何が起こるかということで、人口のグラフを持っていますけれども、85 歳以上
人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られると。

左側が人口のグラフで、2025 年と 2040 年ですけれども、生産年齢人口ですね、水色の
部分が 1,000 万人強減ると。一方で、85 歳以上に関しては 42% ぐらい増えて、300 万人
ぐらい増えるということで、高齢化がかなり激しくなっていくと同時に、生産年齢人口が

減っていくということ。

この傾向というのはこれまでも見られたわけですがけれども、今後、2025年と違ってどうか、よりさらに、右側のグラフにありますけれども、地域差が大きくなっていくというのがもう一つのキーワードかなと思っています。

右側のグラフ、赤色が都会で、青色が過疎地域で、緑色が真ん中という感じでプロットしているんですけど、横にいくと生産年齢の変化率で、右にいくほど増えると、左にいくほど減ると。縦軸が高齢人口の変化率ということで見ていただくと、赤いところは、若者、生産年齢人口は減らないですね。高齢人口は増えていくと。一方で、青いところを見ていただくと、生産年齢人口は減るし、高齢者も減っていくということで、それぞれ起こることが全然違ってくる。

都会のほうに関しては、また後でも話が出てきますけれども、高齢者救急といったような、あと、在宅医療といったような需要が増えていくと。青色のほうにいくと、医療需要全体も減っていくと、医療の担い手も減っていくと。起こることが全く違ってきます。そういう傾向がより顕著に2025年と比べて激しくなっていくので、地域ごとにいろいろ考えていかないといけないというのが一番大事なことかなと思っています。

〈4ページ〉

なぜ85歳以上なのかということで、いつも使っているスライドですけども、左側のグラフがよく使っているもので、年齢階級別に65歳から5歳刻みでグラフをつくっていますけれども、要介護認定率というのが加速度的に上がっていくと。特に85歳から89歳のところにいくと、大体半分ぐらいの方が要介護認定を受けるというようなことで、90歳以上になるともっと増えていくというようなことがあります。

つまり、医療ニーズが上がるだけではなくて、介護ニーズも併せて上がっていくと。お互い高くなっていくということで、両方の受皿としての医療の体制を考えていかないといけないということも、もう一つのキーワードかなと思っています。

2040年に起こることがいろいろあります。都会と人口の少ないところで起こることが違うというお話をさせていただきましたけれども、外来と入院と在宅と、それぞれ起こることが変わってきますと。

〈5ページ〉

外来の受療率というのは、先生方の前でこういうことをお話しするのも恐縮ですけども、高齢になるほど、当然外来の受療率は上がっていくというのが左上のグラフで書い

ております。一部、小児も高いんですけれども、基本的には、70歳から75歳以上になっていくと外来の受療率というのはかなり増えていくということがあります。

高齢化が進んで、少子高齢化が進んでいくとどうなるかということ、今後日本でどういふことが起こるかというのが、右上のグラフに載せています。

ピンク色を見ていただきますと、ピンク色は、2020年に外来の医療受療がピークアウトしているところになります。一部青色、名古屋も含む青色をつけている部分は2040年以降も増え続けるだろうと。人口が減らない地域ですとそういう傾向が考えられると。ただ、日本全国ほぼ全て、外来医療というのは減少局面にあるということが外来の特徴かなと思っております。

〈6ページ〉

話が病院のほうに変わりますけれども、今年、なかなか我々としても信じられないぐらいの改定率がついているというのはあるんですけれども、昨年までよく使っていたグラフで、もちろん、今回の改定で完全にこの状況が変わるというわけではないので、引き続きこのスライドを使っていますけれども、病院においてかなり赤字が大変なことになっているというのが、一番右側のグラフで書いています。一般病院、療養型病院、精神科病院ということで、WAMのデータから持ってきていますけれども、2008年ぐらいからずっと右肩下がりに下がってきているというのが医業利益の変化ということで、それと関連するのが真ん中ですね。病床利用率についても、病床の利用率もどんどん減ってきているというのがこれまでの傾向としてあるということで、病院を考えるに当たっては、こうした傾向、患者が減ってきているということですか、特に病院の経営も今大変なことになっているということも頭に入れながら、2040年の提供体制を考えていかないといけないということを議論してきていただいております。

〈7ページ〉

もう一つ、マンパワーについてですけれども、2025年から2040年にかけて、医療・福祉に係る職種の人材の必要量は、今大体940万人ぐらいと言われてはいますが、1,000万人超が必要になると言われています。つまり、労働力はさらに必要になるということなんですけれども、一方で、生産年齢人口、担い手になり得る方々の人口というのは変わってくるということになっております。なので、医療界全体としても、その生産性をどう向上させていくか。今までの仕事をどう効率的に提供していくかということも併せて考えていかないといけないということも大きな課題かなと思っております。

〈8 ページ〉

次のスライドが、8 ページ目ですけれども、外来と担い手のお話をして、医療機関の経営もさせていただいて、次、急性期医療について、特に入院医療を中心とした急性期医療についてですけれども、2040 年において診療領域別に手術がどう変わっていくかという推計をつくったものです。

横に、上から、皮膚・皮下組織とか筋骨格系とか、診療科別に並んでいるわけですが、数字が並んでいるのは医療圏の数で、例えば、一番左上の 17 という数字は、17 の構想区域、二次医療圏において皮膚・皮下組織の手術の件数は 2 割から 3 割ぐらい減る見込みだということを数字で表しているものです。

全体の雰囲気を見ていただくと分かりますけれども、青いところはかなり少なくて、手術の算定回数が増加するところですが、これから分かるのは、ほとんどの診療科においてほとんどの手術の需要が下がっていくことが見込まれているということが分かるかなと思います。

こうした中で急性期医療をどう考えていくかというのも大きなテーマになります。

〈9 ページ〉

急性期医療以外に、2040 年、主に何がテーマになるかということで、医療需要の変化で最も大きい変化を起こす 2 つというのは何かというのでスライドを用意していますけれども、85 歳以上の高齢者が増加するということが見込まれている中で、高齢者の救急搬送は、85 歳だけで見ると 75% ぐらい増えていくと。在宅医療需要に関しては 62% 程度増えていくということが見込まれているということになります。

こうした高齢者の救急もそうですし、増える在宅医療を、どう受皿をつくっていくかが 2040 年に向けて具体的に考えていかなければいけないことということで、ここを中心に議論をしてきておりました。

〈10 ページ〉

こうした背景、2040 年の医療の需要がどうなっているかというデータを踏まえながら議論を進めてきたわけですが、新たな地域医療構想を考えていただくに当たって、まずお願いしているものとして、その構想区域をどうするかというところがあります。

すみません、いつも使っているスライドを入れ忘れてしまったので、空でしゃべりますが、構想区域、今 339 医療圏ございまして、そのうちの半分以上が 20 万人を切るという状況になっております。医療計画でも、これまでもずっと、20 万人を切った場合

は医療を完結するのが難しいので、見直しも考えないといけないですねということを書いてきたんですけども、半分が二次医療圏として20万人を下回っているという状況があります。その上で、20万人未満、20万人から30万人未満ということでデータを用意していますが、20万人未満の土地でもまた起こることがいろいろ変わってくるというのも大事な要素としてこのスライドがあるんですけども、地域によっては、人口がほぼ減らない地域、20万人未満で一番左側のグラフですけども、赤いプロットが減少率という右側の軸になっているんですけども、ほとんど人口が減らないというところから、一番大変なところだと、3割ぐらい人口が減るところまでであるということで、その人口減少のスピードとか程度というのも地域によって全然違ってくるということもあるので、それぞれの地域でどういうことがこれから起こるかというのは、20万人未満だからこうしたほうがいいみたいな画一的なことではなくて、地域それぞれで、自分たちの医療需要がどうなっていくかというのを、データを踏まえて捉えていただくことが必要になってくるんじゃないかということも議論してきていただいています。

〈11 ページ〉

人口規模に応じて課題というのもそれぞれ変わってくるだろうということで、11 ページ目ですけども、例えば人口が少ない地域だと、医師などの医療資源が絶対数として少ないとか、実施可能な医療というのがそもそもほかの地域と全く同じではないと。グラフとしては、左上に用意しているのが、脳血管内手術の人口当たりの数というので出していますけれども、20万人未満の二次医療圏だと実施できていないような医療圏もあると。真ん中が20万人から50万人で、50万人以上と、3つのグラフを用意していますけれども、20万人を超えると、そこそこその実施率の幅は50万人以上のところとそんなに変わらないんですけども、20万人未満とすると、かなりその実施状況というのが変わってくるというのがあります。

一方で、人口が小さいところが大変だというだけではなくて、もちろん大きな区域は大きな区域で課題があると考えております。

例えば、時間外手術を実施するということが、消化器外科が今足りないという問題、社会的な課題として報道もされていますけれども、例えば、都会だと時間外手術実施の医療機関というのがかなりの数存在していて、地域内でも時間外の対応を行う一部の医療機関の医師等の働き方に負担が生じている場合があるみたいなこと。その効率性というところで大丈夫かということも、検討会の中では指摘をしていただいています。

大きな区域は医療資源がいっぱいあるから大丈夫ではないかというだけではなくて、大きな区域は大きな区域で効率化を進めながら、地域全体、圏全体として医療提供体制をちゃんと確保できるかということも考えていかないとということがあるのかなと思っております。

〈12 ページ〉

今みたいな総論的な議論をしながら、時系列でいうと、これは2年前ですね。令和6年の12月にまとめた「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」というものがありまして、内容は先ほどの冒頭の御挨拶でもいろいろ御紹介いただいたとおりでございまして、包括期機能をつくるということですか、左下に書いていますけれども、病床機能の見直しとして、回復期機能について包括期機能として位置づけることですか、その下に書いていますように医療機関機能の報告制度というのをつくって、構想区域ごととか広域な観点で確保すべき機能というものを設定するということを書いております。

あと、右下に書いておるんですけども、今年、これからまた議論していく必要があるのが、一番右下の(6)に書いているものですが、新たな地域医療構想において精神科医療というのも位置づけるということになっております。精神科病床についても、今後、一般療養病床と同様に必要病床数みたいなものをつくって、地域で議論していくということもやっていかないといけないということもあります。

〈13 ページ〉

こうした内容を踏まえて、医療法の改正。一部御存じの方もいらっしゃるかなと思えますけれども、昨年12月に無事成立いたしました。もともとは昨年の春に成立する予定だったんですけども、様々政治状況ございまして、昨年の冬に成立するという運びとなっております。

いずれにしても、医療法改正案が成立しましたので、今お話しさせていただいたような新たな地域医療構想の方針に沿って、地域医療構想の見直し、具体的にどうするかという議論をさらに昨年進めてきたところでございます。

〈14 ページ〉

繰り返しの説明になりますけれども、病床機能、大きなポイントは2つでございまして、包括期機能をつくったということ。包括期機能とは何ぞやということは、赤い四角の一番上に書いてありますけれども、その下の2つのぼつはこれまでの回復期機能と全く同じ定義でございまして、一番上を加えたわけですが、今まで御紹介させていただいた

高齢者等の急性期患者、高齢者救急というようなものについて、治療と入院早期からのリハビリとを行って、早期の在宅復帰を目的とした「治し支える医療」を提供する機能という病床の機能をこれからもっと確保していただくという意味合いを込めまして、包括期機能というふうに名前を変えて、定義を一部見直したというのが、大きな見直しの1つ目でございます。

〈15 ページ〉

もう一つが、医療機関機能についてということで、2つですね。真ん中に書いています地域ごとの医療機関機能と、下のほうは、広域な観点の医療機関機能ということで、大学病院本院の機能を位置づけております。

まず、上からですけれども、地域ごとの医療機関機能として4つ位置づけております。

まず1つ目が、高齢者救急・地域急性期機能ということで、先ほどの包括期機能とやや似ているんですけれども、高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行って早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供も確保していくという機能。

2つ目が、在宅医療等連携機能です。これは地域での在宅医療の実施ですとか、地域ごとに役割は変わってくると思いますけれども、在宅医療が足りていない地域だと地域での在宅医療の実施ですとか、都市部だと、ほかの医療機関や介護施設、訪問看護等々と連携した形で24時間の対応や入院対応を行っていくというような機能を担うところです。

3つ目が、急性期拠点機能ということで、地域での実施可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行うというものとして、急性期拠点機能というもの。

4つ目が、専門等機能として、上のこれらの機能は医療機関の役割分担という意味で3つ用意させていただいていますけれども、別にそこに当てはまらない医療機関が駄目だとか言うつもりは、我々としては全くありませんで、例えば、集中的なリハビリテーションを行う医療機関ですとか、療養病床といったような高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う様々な医療機関がほかにも存在しますので、そういったところは専門等機能として報告をしていただくということを想定しております。

その下が、医育及び広域診療機能ということで、大学病院本院が担うような、医師の派遣というか、人的協力ですとか、地域全体の卒前・卒後教育を含めた医療従事者の育成。

あとは、広域な観点から求められるような診療というのを行う。

これだけだとこれまでと同じような、今までもやってきたじゃないかということですが、これらの機能というのが地域全体でちゃんと確保されるように、都道府県で必要な連携を行っていただくと。

47 都道府県ありますと、大学病院と都道府県の関係というのがなかなか多様であるという中で、これまでそこまで都道府県と密な関係になかった大学病院本院においても、しっかり地域医療に貢献していただくような体制というのをこれから求めていくということで、この医育及び広域診療機能というのを位置づけております。

肝心の、今後、来年度から、4月以降、新たな地域医療構想のガイドライン。まだ我々作業しているところがございますけれども、このガイドラインを発出した後に、後か、先かもしれませんけれども、各都道府県において地域医療構想を策定するというのをやっていただくわけです。

〈17 ページ〉

ある程度時間が必要なものだと思っているので、ポイントとしては、2028年というのと2035年というのを時期として設定させていただいています。2028年というのは、法律上の地域医療構想を策定するというふうに決められている年がここですので、2028年に一定の議論を、これから2026年、2027年、2028年と3年かけてやっていただくということをもとに考えております。もちろん、もっと早くてもいいんですけども、遅くとも2028年度中に一定の策定を終えていただくということをお願ひできればと考えております。

どういったことを議論するのかということ、別にこの限りではないんですけども、少なくともこういった要素をやっていただきたいということで、ガイドラインの検討の中で議論をしてきていただいたものです。

先ほど来申し上げておりますとおり、地域ごとに現状とか課題がどういうものかというのをまず把握をしていただく必要があるということで、人口の推計がどうなっているとか、今の病床数がどうかとか、医療の担い手が足りているのか足りないのかといったようなこととか、将来の見通しですね、必要病床数とかがどうなっていくかというのをまずは共有していただく。その上で区域の設定をします。構想区域ですね、多くの地域でそんなに問題があると思っっているわけではないですけども、20万人未満のところは本当にこのままでいいのかと。20万人が、2040年になるともっと人口が減っていくわけです。

けれども、それでも、一つの区域として議論をして、必要十分な医療提供体制の議論ができるのかという観点があると思いますので、そういった議論ができるのか、あとは、必要病床数を運用するという観点から、その区域の設定というのが今までどおりでいいのかというのにも議論していただくということで、あとは、設定した区域における課題の把握ですとか取組の決定。具体的に急性期拠点機能を担う医療機関がどこがやるのかみたいな話ですとか、それだけじゃなくて、入院医療全体としてどう確保できるのかとか、在宅医療を今後どうやって確保していくかみたいなことをそれぞれ考えていっていただくというものを2028年までにまずまとめていただいて、その決めた方向性について、2035年をめどに一定の成果を確保していただくと。こうしたスケジュールでお願いできればと思っております。

〈18 ページ〉

まず、区域の話をさせていただきます。

愛知県さんも含め都市部だと、結構この話がよく出てくるかなと思うんですけども、基準病床数と必要病床数ですね。それぞれ2つあって、基準病床数は二次医療圏で運営されていて、必要病床数は構想区域で運営されていて、2つの基準があって分かりにくいと、御指摘をいろいろいただいております。

それぞれ整理したスライドですけども、基準病床と必要病床、それぞれ役割が違っていて、基準病床は医療計画の中で、最長6年での計画の中で短期的に見ていただくような病床数。必要病床数というのはあくまでピンポイントで、これまで、2025年であったり、今後、2040年の病床数としてどれぐらいが確保されるかと、中長期的な目標として置いているものということで、それぞれ使っているのが一般病床と療養病床という区分ですとか、高度急性期、急性期といったような区分を使っているかみたいな違いはありますけれども、一応2つで運用させていただいていて、これは引き続きこのようにお願いできればと思っております。

〈19 ページ〉

口頭でお話ししてしまいましたけれども、二次医療圏ですね、人口規模が20万人以上であることを目安としてこれまで運用されてきたというところで、20万人未満がなぜ駄目というか、なぜ課題があるかということ、一つ、時間外の緊急手術がどれぐらい実施されているかというデータを基に議論してきておりました。

構想区域ごとに、可能であれば緊急手術というのが24時間365日確保できるというこ

と、地域全体ではあることが望ましいわけですがけれども、その数字が地域全体としてどれぐらいの数やられているかというデータとともに、上の2つ目の丸に書いておりますけれども、時間外緊急手術が圏域内でほとんど実施されていないという医療圏というのが一定数存在しているという中で、それが実施されていないデータというのは何を物語っているかという、2つ可能性があって、圏域として体制が確保できておらず、当該医療圏内で医療提供が完結していないという問題。ちょっと医療提供体制に課題があるんじゃないかという可能性。もしくは、全ての需要に対応できているけれども、圏域における医療需要が少なく、提供体制として効率性に課題があると。要は、提供体制自体が足りていないのか、もしくは需要が少な過ぎる。どちらの理由にせよ、何らかその圏域として考えるにはちょっと今は不十分というか、課題があるんじゃないかということで、20万人未満のところというのは区域をどうするかというのを考えていただかないといけないということを議論していただきました。

〈20 ページ〉

構想区域の役割としては、先ほども御紹介しましたけれども、大きな役割の2つとして、本日のこの場のように、医療提供体制の構築のためにまず区域というのをつくるというのが大前提であるというのが1つ目。もう一つが必要病床数の運用。この2つの運用があるので、それぞれの役割が果たせるような区域を今後設定していただく必要があるのではないかということを取りまとめでもまとめています。

〈21・22 ページ〉

区域の見直しの例。これは本当に単純な話なので、2～3スライドをつけています。

単純なという、机上の空論で我々が用意したものにすぎないんですけれども、例えば、人口の少ない地域があるんだったら、隣の区域と一緒に考えていくということが一つでしょうし、ほかにも、今と区域を分割して、ほかの2つ以上の区域と合わさったり再編等をするようなケースですとか。そんなに簡単にいくものではないと思いますけれども、様々なケースが考えられますよねということのをこれまでも書いてきているところです。

〈23・24 ページ〉

大事なのが、23ページ目に書いておりますけれども、特に人口の少ない地域において、隣接する都道府県との連携というのも非常に重要になってくるのではないかということで、愛知県はちょっと大きい都道府県なので、そういう問題が局所的にはあるかもしれな

いですがけれども、大きな問題になるのか、私にはイメージがないですがけれども、特に人口が少ない都道府県にいきますと、自分の県の県庁所在地にある大学病院とか大きな基幹病院に行くよりも、隣の都道府県のそういったところに行くほうがよっぽど早いというようなところ。当然、医療のアクセスという面でも隣の県に行っているという場合もかなり多く存在しておりますので、そこに関しては、提供体制としてその隣の県と連携をするとか患者さんのアクセスを確保するみたいなこともちゃんと地域医療構想として考えてどうするかというのは隣の県とも話し合っただけで必要があるんじゃないかということもとりまとめには記載をさせていただいています。

〈26 ページ〉

区域の話ばかりしても仕方がないので、次が、急性期・救急医療の役割分担とか、医療機関の連携・再編・集約化ということをよく言わせていただいています。

この場で申し上げるのも恐縮ですがけれども、救急体制の維持に関して必要な人員というのは、医療機関の数にも当然相関していくわけですがけれども、病院の数が増えるとその人員というのは増えていくわけですがけれども、その地域において適切な医療提供体制を確保するという観点を見ると、同じ病床数であっても、複数の病院が少しずつ病床を有している場合と医療機能が1つないし少数の病院に集約している場合というのは、果たしている医療機能というのが同等ではないというのを一般論として記載させていただいております。

こうした中で、今まで急性期医療をやっている中でも、特に人口が減っていくような地域においては、こういう連携・再編・集約化というのを考えていかないといけないというのが新たな地域医療構想の大きなテーマかなというふうに思っています。

〈27 ページ〉

一方で、急性期、巨大な病院をつくれればそれで足るのか。そんな単純な話ではないと我々も考えておりました。

例えばですがけれども、一番上に書いていますが、多くの医療資源を要する手術に関して、こちらは集約をして、都市部を中心に対応していただく必要があると思っておりますけれども、都市部を中心とした高齢者救急の増加分については、その病院だけでは到底賄えないぐらいの増加というのが今後増えていくと考えられます。手術等の分担に関しては、急性期の拠点機能の病院が担うことが必要でしょうし、増加する高齢者救急の受け入れという意味では、高齢者救急・地域急性期機能を担っていただくということが一般的に考え

られるわけですが、それも地域ごとに様々違うと。

例えば、医療資源に乏しいような地域ですと、急性期拠点機能を有するような医療機関で高齢者救急の対応というのも考えていただかないといけませんし、手術とか救急搬送等の医療需要の変化がどうなっていくかというのは、地域ごとにデータを見ながら、手術等の役割分担や救急の搬送先について考えていかないといけません。

一方で、名古屋でもそうかなと思いますけれども、医療資源も十分にあって、今後、ある程度の医療需要の増加が見込まれるところであれば、急性期拠点機能以外の病院も、ある程度の手術などもやっていただくということも当然考えないといけませんことなのかなと思っております。

〈28 ページ〉

例として、消化器外科の手術の件数などいろいろ議論いただいています、28 ページ目は、地域で多い手術というのが、消化器外科とか整形外科が多いわけですが、一番よく御指摘をいただいたのが、例えば急性虫垂炎とか胆嚢摘出みたいな手術とか、あとは緊急性がある腹膜炎の手術みたいなものも都道府県に1個の医療機関まで運ぶわけにはいかないだろうということを言われていたわけですが、それは当然そうだと思っていて、そうした治療も地域ごとにちゃんと確保できるような体制を今後つくっていかないといけません。

一方で、二次医療圏ごとの腹膜炎の手術の体制がどうなっているかというのを見ると、人口20万人を超えるようなほとんどの区域では、1病院以上そういう手術がちゃんとできるところがある一方で、20万人以下の二次医療圏では緊急で実施している病院がないということもあると。緊急手術に対応できる体制がないという医療圏も一定数存在するということがデータから分かっています。

〈29 ページ〉

消化器外科が今足りないということを言われて、手術を考える上では裏表で考えないといけませんのが、麻酔科医のことかなと思いますけれども、麻酔科医の確保もかなり大変になってきていると思っております。

全身麻酔を行うためには、地域においても均てん化して、例えば骨折の手術とか胆嚢炎の手術とかというのはその構想区域ごとに、二次医療圏ごとに今後も基本的には提供できるような体制というのは維持していただきたいわけですが、特に人口が少ない地域では、今でも、消化器外科はこの病院とこの病院が交代でやっているみたいのところと

か、整形外科も、月曜から何曜日はこの病院でみたいな役割分担をやっていただいているという地域があるわけですが、医者の数だけではなくて、オペレーターの数だけではなくて、麻酔科医とか手術関連のスタッフ等の医療資源を効率的に活用することを考えると、手術を提供する医療機関というのは、特に人口が少ない地域であっては、複数の診療科、一定の症例数を対応していただくということが大事になってくるということを書いております。

あと、急性期の拠点機能の数の話なのでちょっと飛ばさせていただいて、31 ページ目ですね。

〈31 ページ〉

急性期拠点機能。よく御批判をいただくというか、御意見、御心配いただくのが、1つの大きな、巨大病院みたいなのができて、何でもかんでもできるみたいなもの。そこがまた地域とコミュニケーションが取れずに、必要な医療じゃなくて、自分たちで何ていうんですかね、やりたい医療だけをやるみたいなことが懸念されるということは医療関係の先生方からもかなりいただいておりますけれども、そうしたことも踏まえて、急性期拠点機能が担うことというのはどうやって確保していくかということで、一つ、果たしていただくべき役割があるのではないかとということで整理しているのが、31 ページ目になっております。

例えば、災害拠点病院とか、政策医療についてもちゃんとやっていただくと。コロナ禍において、コロナは受けないというような大きな病院も一定数存在したわけですので、そういう地域の中できちんと役割を果たしていただくというの必要なことかなとは思いますが、あとは、教育ですとか、上から4つ目ですと、その地域における必要な病床の確保のための積極的な役割ということで、例えば、自分のところの病床が、1,000床持っているので、患者が減ってきたから高齢者救急も受けようみたいなこともすると、当然、地域全体の調和というか、ほかの医療機関がそれで割を食うみたいな状況になって、結果、全体として地域の提供体制が脆弱になっていくということも考えられるので、大きな病院であっても、急性期拠点機能を担うような病院であっては、医療需要の変化に応じ、今後ダウンサイズというのもしっかり考えていただかないといけないということも役割としてあるのかなと思っております。

〈32 ページ〉

あとは、医療機関、機能、それぞれどういう役割をやるのかみたいなことをまとめたの

が 32 ページ目です。

〈34 ページ〉

高齢者救急・地域急性期機能みたいな話を一部させていただくと、34 ページ目ですけれども、今後増加が見込まれる 85 歳以上の高齢者患者の急性期の入院に多い傷病名というのが、左側にランキングというか、上位から載せていますけれども、肺炎、心不全と、昔のデータなので、2023 年のデータなのでコロナがあって、あとは転子貫骨折、足の骨折と尿路感染症、骨折、肺炎と、脱水というように上からなっていて、この表をよく見ていただくと、右側の病院数というのが 3,700 とか 3,300 と書いていまして、これは間違いなく急性期の入院医療ではあるんですけども、一方で、今、例えば 7 対 1 を取っている病院はたしか 2,000 なかったと思うんですけども、それより多くの数で対応いただいていると。これが高齢者救急の多くで言える現象なのかなと思いますけれども、基本的に、今ある医療提供体制において、結構な病院でこういった対応はしていただけるというのが大事なポイントの一つなのかなと思っています。

ただ、こういう病院、治療するだけじゃなくて、右上に書いてある、これは地域包括医療病棟の説明資料から持ってきているものですが、救急患者を受け入れたりとか一定の医療資源を投入して急性期を速やかに離脱した後に、早期の退院に向けてリハビリを提供したり退院に向けた必要な支援をやっていく。こういったことを一括で行っていただく地域包括医療病棟というのをイメージしているわけです。こういうことを行う病院というのが高齢者救急・地域急性期機能として一番イメージしやすいのかなと考えております。

〈35 ページ〉

あと大事なのが介護との連携ということで、これも協力医療機関ということで、2 年前の診療報酬改定でも位置づけられたものかなと思いますけれども、高齢者救急・地域急性期機能とか在宅医療と連携機能においては、こうした介護保険施設との連携みたいな連携体制も取っていただくことが重要になってくるということもあるのかなと思っています。

〈36 ページ〉

在宅医療のお話。ちょっと入院医療から離れまして、在宅医療と連携機能の関連で、在宅医療のデータをちょっと出させていただいています。

このグラフ、横軸が二次医療圏の人口規模。横にいくと、都市部の二次医療圏で、一番

右が横浜ですけれども、縦軸が在宅医療を、訪問診療料を、上にいくほど病院がやっていると。下にいくほど診療所がやっているということで、基本、下にあるんですけれども、一部、人口の少ない地域だと上のほうに、病院による提供が多いというところもあります。今後、人口が減っていく中で、50万人を切るような二次医療圏構想区域の中で在宅医療をしっかりと、需要が増えるというのは事実としてあるわけですが、一方で、診療所の先生にこれから頑張って、今もかなり頑張ってやっていただいている中で、2倍やってくださいということもなかなか現実的ではないと思っていて、こういうところで左下にあるような地域というのはある程度病院でやっていただくということも考えていかないといけないのかなと思っております。

そういうことも含めて、在宅医療と連携機能というようなものを担う医療機関というようなものが在宅医療を提供すると。もしくは訪問看護の体制を取るとか、様々な形で在宅医療を支えるような体制を取るような機能ということで、在宅医療と連携機能を確保して、どういうことをやっていくかというのを考えていただくということも重要なことかなと思っております。

〈37 ページ〉

あとは、慢性期。こちらもお話です。

今も申し上げましたけれども、在宅医療の需要というのが増えていく、これは間違いのないんですけれども、在宅医療の提供量の地域差というのも一方でずっと言われていることで、在宅医療ですとか、慢性期の医療もそうですし、療養病床の数もそうですし、様々。都市部で在宅医療が多いとか、地方ではその逆だとか、東北に行くと介護施設が多いとか、いろんなことが言われているわけですが、これまでの地域医療構想だと、療養病床の地域差を減らしていくというのも一つ取組としてきたわけですが、一方で、この需要をある程度、在宅医療の患者さんと介護保険施設に入る患者さんと療養病床に通う患者さん、一定互換性があると、患者像が重複する場合があるというふうに言われていまして、確かに数をプロットしていくと、結構地域差というのがなくなっていく。要は、これまでの地域医療構想だと、療養病床が地域差があって、財務省的に言うと、地方だと、南に行くと療養病床が多くて、けしからんみたいな発想であったわけですが、全体を考えてみると、その療養病床が足りていない介護施設とか在宅医療の需要というのを補完していただいていたみたいなこともありまして、全体として捉えて、単に療養病床を減らすだけでなく、地域として療養病床、介護施設、在宅療養をどうバランスを取りな

から体制確保していくか。在宅医療を全然提供できる見込みがないのに、療養病床も全国に比べて多いから減らしていくみたいなことはなくさないといけないのかと考えております。

いずれにしても、こういうデータを踏まえながら、地域でどうするかというのを考えていただくことが重要かなと考えております。

〈38・40 ページ〉

あとは、有床診療所は専門等機能として位置づけていただくということをしているのと、先ほども申し上げましたけれども、大学病院の機能は、これも地域として、どういう機能が望まれるかというのも考えていただかないといけないということで、大学病院本院の役割というのも少しとりまとめに書かせていただいています。

〈42 ページ〉

あと、最後の時間で必要病床数のお話をさせていただきます。

必要病床数、全国としてどういう数字になるか、我々のほうで今計算をしているところで、まだちょっと公表できない。作業中ということになっているんですけども、考え方は大枠まとまっていますので、その御紹介をさせていただきます。

42 ページ目ですけれども、必要病床数の算出のイメージということで、必要病床数ってどういうことをして算出しているかというイメージを上半分で表現していますけれども、今、2024 年のデータというのが直近使える、我々の手元にある医療需要、つまりレセプトの NDB のデータなわけですけれども、人口推計というのが社会保障・人口問題研究所で出していますので、その人口の推計を 2040 年の人口に照らすとどれぐらいの医療需要になるかということをもとに考えると。そうすると、大体 20%ぐらい増えるということになるんですね。ただ、先生方の体感的にも、いやいや、ずっとそういうことを言われながらも、患者ってどんどん減ってきているんだということになるのかなと思いますけれども、当然、直感がそのとおり正しいものだと思っていて、別に 20%そのまま増えるということではなくて、今後も一定減っていくということを踏まえた上で、2040 年にどれぐらいの病床数が必要なのかというのを考えていく。

単純に推計するのが、118 という数字を出すのが①と書いてあるところで、医療需要のこれまでの変化などを踏まえた減少分というのを考えて最後の数字を出すというのが②の部分です。この大きく分けると 2 つのコンセプトで必要病床数というのはつくっているわけです。

〈43 ページ〉

現実の数字が一番分かりやすいかなと思うので、その次のページで赤い線を見ていただきますと、これは、2013年、2014年ぐらいですかね、当時の推計、119万床の必要病床数を出したときも、2013年の医療需要を100とすると、大体21%ぐらい増えると、2025年の121.6ポイントになっているんじゃないかみたいなのが当初の推計としてあったわけですけども、現状、ファクトとして起こっている統計データ、これは病院報告のデータですけども、医療需要で換算すると、今大体5ポイント減ぐらいなんですね。2024年だと95.7ということで、4%減ぐらいになっていると。

この121と95.7の間のギャップというのは何かというと、地域医療構想の取組ですとか医療技術の高度化、低侵襲化とか、あとは医療機関の在院日数短縮の取組ですとか、患者の受療行動の変化。人口構成の変化もありますし、様々なことを反映してこのギャップというのは生まれてきていると。こうしたギャップを取り込んで必要病床数の推計をするのが大事ではないかというのが、検討会の議論でも一番大きなポイントだったのかなと思っております。

〈44 ページ〉

病床の適正化事業を令和7年度補正予算で今準備を進めているところですけども、3,490億円の予算をいただいて、1床410万、休床の場合は205万円ですけども、病床を削減した場合に財政支援を行うというものも、新たな地域医療構想が始まるまでの、始まるというか、来年度いっぱいこの事業をさせていただいて、2027年度から地域医療構想の取組を本格化していただくということになるかなと思っております。

〈53 ページ〉

関係者の役割はちょっと飛ばさせていただいて、53ページ目ですね。調整会議、今まで様々な方に参加してきていただいていたんですけども、主に市町村の役割も強めていただきたいと思います。

それはなぜかということ、これまでの病床の機能分化だけでなく、介護との連携とか、様々なことを考えていただくこともありますし、市町村だと、市町村立病院の開設者として、どうしても自分が開設者である病院の事情というのを考えることになってしまうこともありますけれども、当然、ほかの医療機関とも同様に、一番上のぼつに書いてあるんですけども、地域全体の提供体制の構築・維持とか、医療提供体制の連携・再編・集約化の取組への協力というのも、当然公立病院にも加わっていただくみたいなことも、考え

方としてはまとめさせていただいているというのが大事なポイントかなと思っています。

〈54 ページ〉

54 ページ目からは、とりまとめの文書をコピーで持ってきているので、質疑のお時間もいただいていると思いますので、一応これもつけてきましたけれども、これは特段読み上げたりはしませんので、私からの発表はこれまでとさせていただきます。

これから本当に、我々、机上の空論で好きなことをガイドラインで勝手に、無責任に書いているような、我々はそういうことをさせていただく仕事なわけですけれども、これから本当に医療提供体制の議論、こうした場で先生方の本当の実情を踏まえて、そんなにきれいに終わる話でもないと思いますけれども、皆さんのお立場とか、今後ちゃんと医療提供体制を確保していくという観点から、地域で協議を積み上げていただくというのが本当に大事なことだと思っています。そのために、国として、こういうガイドラインも、今用意しているガイドラインも、医療現場の先生方の声もしっかり聞きながらやっていき、また、地域医療・介護総合確保基金とか、必要な財政支援というのもしっかり確保しながら、今後も先生方の取組を我々も御支援させていただきたいと思っているので、引き続き御協力をよろしく申し上げますということで、私の発表とさせていただきます。

以上でございます。

【愛知県地域医療構想アドバイザー（伊藤）】

堤先生、どうもありがとうございました。

引き続き質疑の時間を設けたいと思いますので、皆様、御質問のある方は挙手をいただいてよろしいでしょうか。

【愛知県医師会会長（柵木）】

手元資料の 21 ページに記載されている、2040 年の必要病床の算定式ですけれども、今の検討会では、2024 年から 2040 年になると 118%増えると、こういう推定式を出しておられるわけですが、この 18%分は抑えると、こういう意味ですか。また、なぜこれが 18%分になるのか。例えば次のページにあるように、当初の 2014 年と 2025 年と比較してみるとこれだけの差があるにもかかわらず、今後は 118%の圧縮でいいのかということですか。いいのかというのは適切かどうかは別として、そのようにして必要十分なのか、118 という根拠というのはどこにあるのかということをお聞きしたいと思います。いかがでしょう。

【厚生労働省医政局地域医療計画課地域医療構想推進室室長（堤）】

ありがとうございます。

右下のページでいうと 42 ページのところ、必要病床数の検討における論点の整理みたいなところなのかなと思います。

118 というのは、18%増の病床数をこれから厚労省として出しますということではなく、ちょっと分かりにくくて申し訳ないんですけども、①②の段階があると申し上げました。①の段階というのは、単純に今あるデータを 2040 年の人口に伸ばすとどうなるかという数字をまずつくる。その上で、次のページで申し上げたような医療事情、今患者さんが減っているような状況分を加味した上で考えないといけないというのが②だということを申し上げさせていただいて、ちょっと分かりにくくて申し訳ないんですけども、118 というのは①の段階。まず一番増えるのはどれぐらいまでか。その上で、減らすというものなので、必要病床数を、今大体 100 であるものが 2 割増えた必要病床数を出すというわけではないというのが、まず 1 つ目です。

33 ページ目、ここでつぶさには御紹介しませんけれども、必要病床数の推計についてということで、33 ページ目のところで、3 つ目のぽつから書いてあるんですけども、次のページ、このスライドですね、赤と青の部分のギャップというのは当然減る分としてカウントしないといけないとか、あとは、少しだけ触れさせていただきましたけれども、病床の削減の事業をこれからやらせていただいて、そこで減る分というのは、ある程度は足元の減少分として入れないといけないとか、あとは、75 歳以上の患者さんのうち一部は、今急性期としてカウントしているものでも、地域包括ケア病棟とか地域包括医療病棟、いわゆる包括期の病棟でも受け入れていただくから、算出は、今までの計算だと急性期でやっていたけど、包括期としてカウントする。そういったちょっと細かい理論です。今日、そこまで御紹介できていなくて恐縮なんですけれども、そういった細かい算定の根拠というのは 33 ページ目に載せさせていただいて、そういうものを踏まえて、必要病床数の推計の仕方というのをこれからお示しさせていただくんですけども、確かに 118 という数字だけが出て、まだ厚労省として数字を世の中に出せていなくて、この調整を今やっているところなので、確定的な数字を申し上げられないんですけども、一応御質問に対するお答えとしては、118 からどれぐらい減らすかという根拠というのは、33 ページ目のところに書かせていただいている、そこは一応医療需要の変化分とかのデータを踏まえて設定をさせていただいているというところでお答えとさせていただければと思います。

【愛知県医師会会長（柵木）】

省内としては、数字はもう出ているというふうに考えていいのですか。具体的な数はおっしゃらなくて結構ですが、数字はもう既に出ているのですか。

【厚生労働省医政局地域医療計画課地域医療構想推進室室長（堤）】

お答えが難しいんですけども、もちろん我々の手元には、この考え方を示させていただいているので、ある程度の数字というのは持っているんですけども、最終調整を今しているということで、自分というか、私はこれぐらいの数字だというのはもちろん分かってはおります。

【愛知県医師会会長（柵木）】

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）】

ありがとうございました。

太田先生、どうぞ。

【新生会第一病院理事長（太田）】

新生会第一病院の太田と申します。ありがとうございます。

私のほうからは、質問2点です。

1個目は非常にシンプルな質問で、今回、とりまとめの文書をこういうスライドに落としたバージョンの資料を見させていただきまして、下線部が入っていたりとか濃くなっているところなどがあるんですけども、これには何か意図があるのかどうなのかというのが、まず1つ目です。

なぜかといいますと、検討会で様々な病院団体から出席された先生方からも発言がありました。急性期拠点、32 ページの上側のスライドの4つ目のぼつ、これから2年間で急性期拠点機能の病院を決めていく際に、経営状況が悪くて云々だとか、建替えが当面必要ない病院がある場合には、機能が低くても、そっちを選ぶことも考えられるなど、非常に物議を醸した考え方が書いてあるのですが、これが下線が入らない文書になっているのは何か意図があるのか教えていただければと思います。最後まで書かれたということは、当面医政局としては、地域に必要な病院だとしても、何かの公的な建替えの補助は少なくとも考えずに、何とか地域の医療を支えろというメッセージなのかどうなのかというのを伺いさせていただければと思います。

【厚生労働省医政局地域医療計画課地域医療構想推進室室長（堤）】

ありがとうございます。

全くそんなことはありません。

内部的な話をあまりすべきではないんですけれども、これはうちの担当がつくってくれたスライドで、その人なりに下線部を。その人はただの事務職員の人なんですけれども、その人が何となく大事そうかなというので引いて、私もあまりチェックをしていないで、まあいいかと思って。このスライドを、とりまとめをまとめましたのも、実は4日ぐらい前ですので、すみません、不適切というわけではないんですけれども、そこまで精緻に用意した資料でなくて大変恐縮なんですけれども、そこに意図はないということです。

本質的な質問は後半のほうなのかなと思いますけれども、我々、予算編成、単年度主義でやらせていただいているので、あまり確定的なことはもちろん申し上げられないんですけれども、当然、2040年の地域医療構想を考えるときにも、一番最初に考えたのも、当時、今回の診療報酬改定の前から、医療機関の経営自体が大変になっているというのも、これまで医政局というのは金目の話は別にしないという局だったんですけれども、基本的に、当然、医療機関の経営が成り立たなければ提供体制も維持できないというのはかなり重要な価値観として、それを前提として地域医療構想の議論を進めてきたということで、必要な提供体制を考えるに当たっては、お金のこともちゃんと考えていかないといけないというのは、基本スタンスとして、当然医政局としても持っております。

そうした中で、建物の老朽化みたいなのも今後課題になってくる。ここの意図、いろいろな意味で捉えていただいて、これはよくないんじゃないかという御指摘もいろいろいただきましたけれども、要は、地域での必要な病院というのがあった場合に、それが民間病院だから建替えができないというのがあっていいことなのかというのが、むしろ我々がここで表現していたことなんですけれども、どちらかというと、逆に捉えられてしまっているんですけれども、むしろ、公立病院で赤字でも建替えを簡単にというわけではないんですけれども、市民の税金から繰り入れをするという状況ではなくて、それが、公立病院だからそういうことができるのかということというのは、今後の提供体制を考える上で本質的ではないというか、重要ではなくて、どっちかというと、ちゃんと民間の医療機関も含めて、地域で必要な病院にちゃんと建替えも含めて考えていかないといけない観点として、こういう書き方をさせていただいているというのが、我々の真意というか、この記載の意味するところになりますので、そういった意味では、そこに支援を今後しますというのは当然言えないんですけれども、支援をする必要はないですということを表現していることでは全くありません。

【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。

ほかにどなたかありませんでしょうか。

加藤先生、どうぞ。

【豊田加茂医師会会長（加藤）】

豊田加茂医師会の加藤と申します。

今回、この地域医療構想で、在宅のほうにまで範囲が広がったということで、今日のスライドのところにもあったんですけども、その在宅で、ページでいくと18ページ、スライド番号でいくと36のところ、先生の場合、病院とかそういうところにだんだん集約していくんじゃないかみたいな話が先ほどあったかと思うんですけども、実際、自分は愛知県の在宅医療推進会議に出させてもらって、診療所というか、在宅をやっているところはやっぱり減っているんですよ。ただ、在宅患者数は増えている。訪問診療の数は増えているし、在宅看取りも数は増えている。だから、本当に集約に向かっているのかなという感覚はあるんですけども、医師会としては、かかりつけ医の先生が最期を診てあげるといふシステムがとても大切なような気がしていて、それが結局、大手のところを持っていかれる。例えば病院もそうかもしれませんが、在宅専門のクリニックとかが結局患者さんを持っていっちゃって、本当の意味でのかかりつけ医の先生が在宅をあきらめるといふようなところがちょこちょこ見えるんですよ。そういうところっていうのは、厚労省としてはというか、国としてはどういうふうにお考えになっているのかなというのを伺います。

【厚生労働省医政局地域医療計画課地域医療構想推進室室長（堤）】

ありがとうございます。

在宅医療のあり方について、我々として、在宅医療の専門のクリニックがどうこうということではありませんけれども、それぞれ、在宅医療に限らずですけども、地域ごとに医療資源があつて、その上で在宅医療のあり方、特に在宅医療とか、入院とかよりもバリエーションが多いものだと理解していますけれども、ここで提示させていただいたような、病院がやるか診療所がやるかだけではなくて、いわゆるかかりつけ医的な先生にもうちよっとなら張っていただきたいみたいな部分ももちろんありますし、ただ、地域として、在宅専門のクリニックがしっかり在宅をやっているんだとしたら、それを我々否定するものではないと思っています。あくまで、提供される医療が現場現場でどうある

かというのは、その協議の中で考えていただくべきもので、国として、このモデルだからここはもうちょっとかかりつけ医が頑張りなさいみたいなことを言う立場ではないと思っているというのが前提です。

その上で在宅医療も、どうしていくかというのも、地域医療構想とは、今も御説明させていただいたとおり、入院も在宅も外来もいろんなことをやっていくという中で、こういう場で全部の細かい議論でできるかということ、当然できないものだと思っています。地域医療構想だけじゃなくて、我々、在宅医療のワーキングとか、様々やっております。今も、医療基本機能としての在宅医療としてはこういった形でまとめさせていただきましたけれども、今後、在宅医療のあり方をどうやっていくかというのは引き続き、次の医療計画に向けても議論を進めていきたいと思っています。

以上でございます。

【豊田加茂医師会会長（加藤）】

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）】

ありがとうございました。

ほかにどなたかありませんでしょうか。

櫻井先生。

【一宮市医師会会長（櫻井）】

ちょっと教えていただきたいんですけども、人口がどんどん減っていく中での医療圏の編成という話があって、要するに、くっつけるとエリアが大きくなるわけですね。その中で合理的に再編して、統廃合・再編・集約化ということが起きてくるということだと思っておるんですけども、ハード面では、エリアが広がったとしても、過疎化のエリアに一人でも人が住んでいれば、その人は、集約されたら、再編されたら、新しい施設に通わなきゃいけないわけですね。そういった場合、先生の御講演に患者さんのアクセスということが出たんですけども、その患者さんのアクセスとか介護する家族のアクセスの視点からの地域医療構想ってどんなふうに語られているんですか。

【厚生労働省医政局地域医療計画課地域医療構想推進室室長（堤）】

ありがとうございます。非常に本質的な御指摘かなと思います。

我々、区域を見直してくださいとか集約化とか言っていますけれども、別に区域を見直したからといって、医療提供体制が改善するものであるとは思っておりませんし、あくま

でどう確保していくかという単位をまずつくってくださいということをお願いしていて、どちらかというと大事なのは今おっしゃっていただいたような話で、そういうところでもどうやって医療を提供していくか。それが根性論で、そこまで在宅医療を頑張っていくんですみたいな話じゃないと思っています。

今ですと、例えばオンライン診療もそうですし、あとは、ちょっと地域医療構想的な文脈から離れますけれども、周産期医療の提供体制だと、今、厚労省とこども家庭庁でアクセスを支援するお金、具体的には、分娩するときにはそのタクシー代とかをちゃんと補助するみたいな枠組みがあったりとか、いろんなことを考えていけないと思うんです。公共交通機関をどう病院も絡めて整備するかとか、いろんなことを考えていけないと思っています。地域医療構想も、何か病院の機能を決めて区域を変えれば、それで何か万事オーケーになるわけではないと思っています、今回のとりまとめでもいろいろ書かせていただいています。我々も日頃から国交省とか、省を越えて議論させていただいているんですけれども、様々なことを地域ごとに考えていけないと思っています。

そうした中で、具体的にその打ち手といいますか、アクセスの支援とかオンライン診療とか、様々なあると思いますけれども、それがあまり地域ごとに、ここは行政の担当者が意欲的だからこれが進んでいるみたいなことにならないように、我々としては、全国でどういう工夫がされているかというのもこれから吸い上げて、地域に還元というか、提供していくみたいなこともできればなと思っています。

すみません、質問にちゃんとお答えできているか自信がないですけれども、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）】

ありがとうございました。

時間が超過しましたので、質疑はこれくらいにさせていただきたいと思います。

司会の特権じゃないですけれども、堤先生にぜひお願いしたいのは、県という単位の中でも、在宅、福祉、介護を含めた横のつながりがなかなかうまく取れないということで実際苦慮していますので、そのあたりの総括的な議論の場の提供をぜひ厚労省のほうから言っていただけると、私としてはありがたいと思っていますので、よろしくお願ひいたします。

質疑応答をありがとうございました。

堤先生にもう一度拍手をお願いいたします。

引き続き、皆さんの意見交換に移りたいと思いますので、傍聴の方は退席をお願いしてよろしいでしょうか。

以下、非公開