

令和5年度 東三河医療圏合同会議 議事録

- ・開催日時 令和5年12月16日（土）午後2時から午後3時40分まで
- ・開催場所 豊川商工会議所 2階 大ホール
- ・出席者 出席者名簿のとおり
- ・傍聴者 なし

<議事録>

（愛知県保健医療局健康医務部医療計画課 福島課長補佐）

大変お待たせいたしました。定刻となりましたので、ただ今から「令和5年度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、よろしくお願ひいたします。

開会にあたりまして、保健医療局健康医務部医療計画課有川課長から御挨拶申し上げます。

（愛知県保健医療局健康医務部医療計画課 有川課長）

愛知県保健医療局医療計画課長の有川でございます。

本日はお忙しい中、東三河医療圏合同会議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、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、本県では、現在、令和6年度から令和11年度までの6年間を計画期間とする次期医療計画を策定しているところです。この計画の前提となります医療圏の設定につきましては、昨年度、東三河北部圏域保健医療福祉推進会議においても御検討いただき、今年の2月に開催いたしました本県の医療審議会医療体制部会における審議の結果、次期医療計画については、現行の計画と同じ11の2次医療圏を設定することといたしました。

その一方で、今後、地域住民に対して適切な医療提供体制を構築していくためには、関係者の皆様の間で現在の医療圏における医療の現状等について共通認識を持っていただき、将来を見据えた意見交換を行っていく必要があると考えています。したがって、このたび、医療提供体制において結び付きの強い東三河北部と東三河南部の両医療圏が、今後の医療圏のあり方も含めた検討を合同で行うため、協議の場を新たに設けることといたしました。

今回は初回ということで、東三河北部、東三河南部の両医療圏の現状について、名古屋大学医学部附属病院の佐藤様に御講演いただき、その後、意見交換を行い

たいと存じます。限られた時間ではございますが、活発な御議論をお願い申し上げます。開会にあたりましての御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。

(愛知県保健医療局健康医務部医療計画課 福島課長補佐)

議事に入ります前に、資料の確認をお願いいたします。

次第下段の配布資料一覧のとおり、出席者名簿、配席図、資料、参考資料1から3となっています。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。

本日の会議は、東三河北部構想区域及び東三河南部構想区域の地域医療構想推進委員会の委員の皆様にお声がけさせていただきました。

本日の出席者の御紹介につきましては、時間の都合上、お手元に配布しています「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2項により、構成員の互選により定めることとされています。

事務局といたしましては、東三河南部構想区域地域医療構想推進委員会の会長でいらっしゃいます、豊橋市医師会会長 山本様に、当会議の議長をお願いしたいと考えていますが、いかがでしょうか。

(異議なしの声)

(愛知県保健医療局健康医務部医療計画課 福島課長補佐)

ありがとうございます。では、議長は山本様にお願いしたいと思います。それでは、以後の進行をお願いいたします。

(山本議長)

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、山本でございます。重責ではありますが、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ていますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、議題(2)「東三河北部・東三河南部医療圏の医療の現状等について」と題しまして、名古屋大学医学部附属病院助教 佐藤 菊枝様から当医療圏

の医療状況につきまして、御講演いただきたいと思います。

では、始めに事務局から佐藤様の御紹介をお願いします。

(愛知県保健医療局健康医務部医療計画課 野田担当課長)

これから御講演いただく佐藤 菊枝様の御紹介をさせていただきます。

佐藤様は、2014年から2018年まで岐阜大学医学部附属病院先端医療・臨床研究推進センター助教 データマネージャーとして、臨床研究・治験を支援するデータ管理・統計解析をご担当されまして、2018年4月からは、現在の名古屋大学医学部附属病院メディカルITセンターで病院助教として御活躍されています。

また、佐藤様には、本県の病床機能の分化及び連携を進めるためのデータ分析事業であります「医療資源適正化連携推進事業」の御担当として、日頃から地域医療構想の推進に御尽力をいただいています。紹介は以上でございます。

(山本議長)

ありがとうございました。それでは、佐藤様、御講演をよろしくをお願いします。

(名古屋大学医学部附属病院メディカルITセンター 佐藤病院助教)

このような貴重な機会をいただきまして、ありがとうございます。名古屋大学医学部附属病院メディカルITセンター病院助教の佐藤と申します。本日は「東三河北部・東三河南部医療圏の医療の現状について」ということで、こちら(P.2)のアジェンダの内容でお話します。

まず、当メディカルITセンターが、医療圏の分析を行っている背景といたしまして、愛知県事業の紹介をしたいと思います。

名古屋大学病院が、愛知県の委託事業として、平成26年度から「医療人材有効活用促進事業」、平成29年度からは「高齢者疾患医療連携体制推進事業」と続き、現在、昨年の令和4年度から「医療資源適正化連携推進事業」として、地域医療構想における根拠データとなる分析活動を行っています。その活動の一環で、愛知県医師会と共同でDPCデータを収集し、解析を行っています。

医療資源適正化連携推進事業の内容としては、大きく分けて「データ分析事業」と「疾患別オンライン診療システム構築モデル事業」の2つがあります。当メディカルITセンターが担当しているのは、前者の「データ分析事業」です。医療圏ごとの医療需要の現状分析や将来推計を行い、医療資源の適切な配置に対する課題の抽出や、患者の受療行動と地域医療の需給体制の課題の抽出、そして、分析結果について、医療機関等へのフィードバックをしています。

こちら(P.6)が2022年度のDPCデータ収集実績になります。愛知県内でデー

タ提出加算を算定している 229 施設を対象にデータ依頼をし、データ提供の承諾を得られたのが 187 施設で、81.7%になります。総病床数ベースでは、86.7%、一般病床数ベースでは 95.0%となります。これは大変悉皆性の高いデータであり、このデータをベースにした分析の信頼性も高くなっています。これまでの活動で、2012 年度から約 12 年度分のデータを蓄積されており、これを有効に活用することで、愛知県の医療施策に資する分析などにも貢献できるものと考えています。

今回の分析対象の内容は、DPC データです。既に御存知の方が多くと思いますが、DPC について少し解説を加えたいと思います。

よく混同されますのが、DPC と DPC 制度の違いです。DPC 制度とは、急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく 1 日当たりの包括払い制度のことで、DPC は Diagnosis Procedure Combination の頭文字をとって、Diagnosis (診断) と Procedure (治療・処置) の Combination (組み合わせ) の略称になります。つまり、病名 (診断) と提供されたサービス (治療・処置) の組み合わせによって、様々な状態の患者を分類するツールであると言えます。

DPC 制度は 2003 年に、閣議決定に基づき、急性期入院医療を対象に導入された診療報酬の包括評価制度であり、制度の導入に先立ち、1998 年から国立病院等 10 病院において試行され、その後 2003 年度からは特定機能病院を対象に、定額算定方式として在院日数に応じた 1 日当たり定額報酬を算定するという現行の DPC/PDPS が導入されました。

PDPS とは Per-Diem Payment System であり、「1 日当たりの定額包括方式」を指します。

DPC は 3 層構造で構成されます。DPC を構成するそれぞれの要素は、1 層目が「主要な傷病名:Diagnosis」、2 層目が「主要な手術:Procedure」、3 層目としてその他の処置、副傷病名、入院時併存症、入院後発症、重症度等があります。DPC はこの診断と診療行為が組み合わさったものとなります。

まず、傷病名の選択が基本となります。傷病名とは、「医療資源を最も投入した傷病名」のことであり、入院中の主要な傷病名・病態に基づき選択します。傷病名は、ICD を元に作成されており、傷病名の選択の際には、原則として WHO が規定した ICD-10 の分類ルールに基づいて行います。そして、その下の手術・処置は、それに関連する選択になっていきます。

DPC は 14 桁コードで表現されます。上の 6 桁コードが先ほどの 3 層構造の傷病名の 1 層目であり、そのうち、上 2 桁は MDC と呼ばれる、主要診断群になります。9・10 桁目が手術の 2 層目、残りのコードはその他の 3 層目に当たります。

DPC の 14 桁コードの上 2 桁を MDC、主要診断群と言いますが、表(P.11)に示すように 18 の MDC が用意されています。そして、それぞれの MDC 主要診断群ご

とに傷病名の分類コードが付与されています。

では、この愛知県事業で DPC データを収集する概要を説明します。

愛知県内の医療機関に DPC データの提供依頼をします。そして承諾を得られた医療機関からは、DPC データ収集用サイトにアクセスしてもらい、暗号化された DPC ファイルをアップロードします。

対象の DPC データは、厚労省に提出されるものと K ファイル以外の同一ファイルで、厚労省に提出されるタイミングと同じ 4 半期ごとの年 4 回サイクルで収集しています。

サイトにアップロードされたデータが蓄積までの流れです。

アップロードされたファイルは、WEB サーバから DB サーバのアップロード用のフォルダに移動し、バッチ処理により復号化されます。ここでは暗号化済みの gpg 形式のファイルを復号化します。復号化済みのファイルは、データベースに取り込むサービスプログラムが参照できるように指定のフォルダへ移動し、同一のファイル名がないかなど、いくつかのエラー対応の処理を繰り返します。

ファイルの解凍・復号、エラー処理が終了すれば、処理が完了します。データベースに取り込む処理はリアルタイムに行われ、蓄積されていきます。

そして、このデータを基にした分析結果のフィードバックとして、データを提供いただいた施設向けに分析結果の資料を、収集システム内の閲覧サイトで公開しています。県内で共有する県全体・二次医療圏ごとの医療提供体制の状況や、各医療機関個別の資料は当該施設限りで閲覧できるようになっています。

当メディカル IT センターのホームページからも一部データ公開しており、現在は、2022 年度版を掲載しています。

本日、このあと東三河医療圏の患者推計資料をお示ししますが、県全体や他の医療圏の資料もこちらのサイトで公開していますので、御関心があれば是非御覧いただければと思います。

また、データ提供いただいた医療機関に対しては、直近までの分析結果をレポートの形でお送りしています。3 年比較レポートでは、36 か月データが揃っている施設で比較しますので、ベースとなる対象データの集計を提示した上で、各分析内容をレポートしています。

レポート内容の 1 つに、退院患者数と平均在院日数の推移というものがあります。例えば、県全体と、抜粋して東三河南部の集計結果をお示ししています (P. 17)。

2020 年度から 2022 年度の 3 年間の退院患者数と平均在院日数の推移を見ても、愛知県全体では、2020 年度から 2021 年度の退院患者数は+3.9%、2021

年度から 2022 年度の退院患者数は+0.3%の微増に対し、東三河南部では、2020 年度から 2021 年度の退院患者数は県全体を上回る+4.0%に対し、2021 年度から 2022 年度の退院患者数は-0.4%とわずかに下がっておりました。

次に、コロナ禍の影響を見やすくするため、患者数の増減内容をもう少し詳しく、2019 年度からの 4 カ年推移で、MDC 別で退院患者の内訳を見てみます。

県全体では、2019 年度から 2020 年度の退院患者数は、-9.5%と一割近く減っており、特に小児疾患や呼吸器系耳鼻咽喉科系が大きく減少しているのが分かります。2021 年、2022 年と大きく減少した小児疾患も持ち直してきて、全体もプラスになっていきますが、コロナ禍前の 2019 年度の患者数までには戻っていません。

同様に、東三河北部と南部を合わせて、東三河医療圏という形で 4 カ年の推移を見てみますと、2019 年度から 2020 年度の退院患者数は、-8.4%と減り、小児疾患や呼吸器系耳鼻咽喉科系が大きく減少しています。2021 年度では増えていますが、小児疾患はマイナスのまま、2022 年度は、小児疾患は大きく増えたものの、呼吸器系、耳鼻咽喉科系で減少しており、全体もわずかにマイナスになっています。

手術件数においても、2020 年度は対前年度比で減少しており、2021 年度、2022 年度と次第に増えていく傾向にあります。県全体の全麻あり手術と全麻なし手術の割合は、各年度同様な割合となっています。

東三河南部につきましては、愛知県全体と同様な傾向となっていますが、2020 年度の対前年比は、-7.9%と県全体より少し減少率が大きく、2021 年度、2022 年度は、対前年度比は 1%強の増加となっています。

東三河南部の全麻あり手術と全麻なし手術の割合は各年度同様で、全麻なしが 50%後半、全麻ありの手術が 40%台で増加気味で推移しています。

それに対し、東三河北部につきましては、他の圏域とは違った傾向が見られます。2020 年度は対前年比で 30%程度増加し、さらに 2022 年度はそれまで以上に急増加しています。

東三河北部の全麻あり手術と全麻なしの手術の割合も各年度傾向がばらけていまして、2022 年度では全麻なしの手術が約 75%を占めています。

東三河北部における 2019 年度からの 4 カ年の上位手術は、鼠経ヘルニア手術、腹腔鏡の胆嚢摘出術といった腹部手術が上位に上がっています。

しかし、2022 年度件数が多く上がっているものとして、筋骨格系、尿路系の手術が見られます。

2021 年度から 2022 年度にかけて増加している上位手術では、膀胱悪性腫瘍手術を筆頭に尿路系・筋骨格系が見られまして、腹部系の手術は、2019 年度から実績が徐々に増加していますが、尿路系・筋骨格系手術は、2021 年度までほぼ

実績がなく、2022年度手術件数が増えているという特徴が見られます。

こちら(P.26)は、各年度の技術度別の手術件数と割合を示しています。単に手術件数だけでなく、どの程度難しい手術に対応できるのか表現する指標としまして、手術の難しさと必要な医師数を勘案した総合的な手術難易度を技術度と言います。外科系学会社会保険委員会連合が行った試案では、2,000種類あまりの手術をそれぞれ技術度AからEまでの5段階に分類しています。

グラフでは、黄緑が技術度B、水色が技術度C、黄色が技術度D、濃い緑が技術度Eを示しており、D群の手術というのは専門医更新者や指導医取得者レベルが実施する手術、E群の手術は極めて難易度の高い、我が国でもごく一部の施設或いは一部の外科医のみが実施できる手術という分類です。

愛知県全体では、各年度、全麻ありは、技術度Dが8割、全麻なしで技術度Dが6割の実施状況です。

東三河南部では、県全体の傾向と類似はしていますが、全麻ありの手術では、技術度Dが8割で県全体と同程度、全麻なしの手術の技術度Dが7割で、県全体より1割ほど多い状況です。

東三河北部では、技術度Eの手術の実績はほとんどありませんが、全麻なし手術では、2019年度、技術度Cの手術が6割占めていたのが、2022年度では3割程度になり、技術度Dの割合が大きくなっています。

次に、東三河医療圏の患者受療状況についてお示しします。

こちら(P.32)は、東三河北部の2018年度からの5か年でMDC別患者受療状況を示しています。

MDC06の消化器系が約3割を占め、一番多く、年齢階層で見ますと、75歳以上が約7割近く、65歳以上まで含めると、85%近くになります。

東三河南部では、MDC06の消化器系、MDC04の呼吸器系、MDC16の外傷系等の順で4割以上示しており、65歳以上で約6割にのぼります。

では、東三河北部における、マップ上での患者受療行動を見てみます。

こちら(P.34)のクロス表の見方ですが、患者住所地の二次医療圏を縦軸にとり、受療した医療施設の二次医療圏を横軸にとっています、患者住所地の医療圏と受療した施設の医療圏が同一であれば、そこがクロスする黄色のところは自医療圏の集計値になります。

流出率は、当該患者住所地の医療圏全体数から自医療圏以外の施設に受療した患者数の割合になり、流入率は、当該医療施設の医療圏から自医療圏以外の住所地医療圏から受療した患者数の割合となります。

全体流出率が58.1%のうち、東三河南部へ流出率が47.9%で一番多く、次いで、周辺の西三河北部、名古屋・尾張中部医療圏と続きます。

全体の流入率は 10.7%で、そのうち大半の 8.6%が東三河南部から動いていることとなります。

全体傾向では、2021 年度と大差はありませんが、自医療圏率が少し上昇し、45.1%、流出・流入率共に若干減少傾向です。

東三河北部の手術ありの場合は、自医療圏率が低く 23.5%となり、流出率 76.5%、流入率 4.7%となっています。

先ほど、北部の手術実績を見まして、2022 年が増加している傾向を把握してきましたが、自医療圏率が 2021 年度より 10%増加し、流出率は 10%減少しています。その大半が、東三河南部へ動いているのがわかります。

東三河北部の手術なしでは、自医療圏率、流出率が 5 割程度で、こちらも流出の多くは南部圏域となっており、2022 年度も 2021 年度と傾向は同じような状況を示しています。

次に、東三河南部は、自医療圏率が非常に高く 9 割以上で、流出・流入率とも 1 割未満です。数%ですが、流出先の圏域としては、名古屋・尾張中部医療圏、西三河南部東医療圏、尾張東部医療圏となっています。

手術ありになりますと、全体に比べて、若干、自医療圏率は低くなりますが、流入・流出とも 1 割未満です。

手術なしも同傾向ですが、自医療圏率がさらに高く、移動先の医療圏も名古屋・尾張中部や尾張東部になります。

こちらは、東三河北部の自医療圏率・患者流出率・患者流入率の 2018 年度から 5 年推移を示しています (P. 43)。

自医療圏率は、5 年平均で 41.8%、患者流出率平均 58.2%、流入率平均 6.2%を示し、流出率が高いのが特徴です。

東三河南部の自医療圏率・患者流出率・患者流入率の 2018 年度から 5 年推移を見ますと、自医療圏率が高いのが特徴です。

自医療圏率を手術のあり・なしで北部と南部に分けて集計したのがこちら (P. 45) になります。東三河南部は、手術あり・なしとも 9 割以上、北部は手術なしで 5 割、手術ありで 2021 年度まで 20%台で、2022 年度で 30%を超えています。

患者流出率を手術のあり・なしで北部と南部を比較しますと、南部は、手術あり・なしとも 1 割以下、北部は手術ありが 7 割、2022 年度は 7 割を切っていますが、手術なしで平均 48%となっています。

患者流入率では、北部・南部ともに 5 年平均で 1 割未満です。

ここまで患者の受療行動の流れを見てきましたが、次に東三河医療圏の患者疾患の傾向を見ていきます。

東三河北部医療圏に住所のある患者の 2019 年度から 2022 年度の 4 カ年での上位疾患です。DPC 6 桁による疾患コード名での集計になります。こちらは脳梗塞が多く、次の「その他の感染症」には新型コロナウイルス感染症がこの疾患に該当します。関節・大腿骨骨折、心不全、白内障・水晶体の疾患と続きます。

同じく、2019 年度から 2022 年度の 4 カ年で東三河北部医療圏に住所のある患者が、東三河北部医療圏以外の施設に受療した患者の上位疾患です。つまり、流出率が高かった疾患ということで、白内障・水晶体の疾患が 1 番多く、次に脳梗塞、肺の悪性腫瘍と続きます。

さらに、東三河北部医療圏に住所のある患者が、北部医療圏以外の施設に受療し、救急搬送された患者の上位疾患になります。脳梗塞、関節・大腿骨骨折、脳神経系の疾患と続きます。

東三河南部医療圏に住所のある患者での、2019 年度から 2022 年度の 4 カ年上位疾患は、こちら (P. 52) になります。白内障・水晶体の疾患が 1 番多く、次に脳梗塞、肺の悪性腫瘍と続きます。

東三河医療圏における基幹病院から 3 病院をピックアップしまして、主要疾患ごとの患者数の 2019 年から 4 か年集計もお示ししたいと思います。

東三河北部医療圏の新城市民病院では、新城市や北設楽郡からの患者が多い、外傷や誤嚥性肺炎などは、近隣の豊川市からも搬送されています。

東三河南部の豊橋市民病院では、がんの手術患者が比較的多く、北部医療圏の各市町村からも受療され、外傷とがん手術は西三河南部東からの受療もあります。

南部の豊川市民病院では、急性心筋梗塞も近隣病院の中では多く、北部医療圏の各市町村からも満遍なく受療、外傷とがんの手術は西三河南部東からの受療もある状況です。

DPC データに基づく入院患者数から、疾患などの現状把握と合わせまして、地域別の患者数を推計することも、これからの地域別で医療需要を把握する要素となります。ここでは、人口推計を基に患者推計を行っています。

人口推計については、国立社会保障・人口問題研究所（社人研）から、男女・年齢（5 歳刻み）の階級別データ『日本の地域別将来推計人口』を基に作成しています。患者推計につきましては、この社人研の 2022 年の推計結果から人口を推計して、これを基準として、DPC データは 2022 年度の 1 年間の実績を使い、これをベースにした患者推計を行っています。

東三河北部医療圏の人口推計では、現在、既にピークを迎え、全体で減少傾向にあります。75 歳以上が今後 10 年くらい増加し、年齢階層割合では、65 歳以上が増加するため、高齢化が進む傾向となっています。

この人口推計で見ますと、東三河北部圏域の患者推計では、65歳以上が横ばい、75歳以上は2035年をピークに増加傾向となり、年齢階層割合は、65歳以上が2022年の時点で75%と非常に高い割合を占め、2045年まで増加していきます。

また、東三河北部医療圏の各市町村別患者推計を見ても、75歳以上になると、2040年頃まで増加傾向となります。

MDC別で見ると、既にピークに達して一貫して減少するMDC群と、2035年から2040年まで増加して、ピークになるMDC群に分けてみることができます。

75歳以上になると、急激に増加して2030年から2040年にかけてピークに達するMDC群として、04呼吸器、05循環器、06消化器、16外傷などが見られます。

手術の有無で、手術なしで増加傾向になるMDC群として、04呼吸器系、05循環器系などがあります。

さらに、75歳以上になると、手術なしで増加傾向にあるMDC群に、01神経系、06消化器系などが加わります。

東三河北部のDPC6桁の疾患別の上位疾患の患者推計を見たものです(P.69)。現行、脳梗塞が1番疾患数が多いものの、2025年以降、次第に減少に転じ、反対に、感染症や股関節・大腿骨骨折、心不全は増加傾向、白内障疾患や良性の小腸・大腸疾患は2025年をピークに減少傾向にあります。

東三河北部の75歳以上での患者推計を見ますと、心不全、股関節・大腿骨骨折、感染症、脳梗塞と、多い疾患のどれも2040年頃まで増加が続き、白内障疾患はそれらよりピークが10年早く来る傾向が見られます。

では、東三河南部医療圏を見ていきます。

人口総数は既にピークを迎えていますが、横ばいで緩やかに減少傾向です。64歳以下が年々減少するため、年齢構成割合は65歳以上が増加し、高齢化が進む傾向になっています。

患者推計では、65歳以上は年々増加、年齢階層割合としては、65歳以上が2022年の時点で65%、2045年までの20年あまりで10%程度増加となっていく予定です。

南部の各市別患者推計ですが、75歳以上になると、各市とも患者割合は2045年まで増加傾向にあります。

MDC別で見ますと、既にピークに達して一貫して減少するMDC群として、12女性疾患があり、2035年から2040年まで増加して、ピークになるMDC群として、01神経系や04呼吸器系、05循環器系、16外傷系などが挙げられます。

75歳以上になると、全体で増加する群としては、01神経系、04呼吸器、05循環器、06消化器、16外傷があり、急激に増加して2030年から2040年にかけてピークに達する傾向が見られます。

手術有無で見ますと、手術なしで増加傾向になるMDC群01神経系、04呼吸器

系、05 循環器系、06 消化器系、16 外傷系と同じような疾患が見られます。

さらに、75 歳以上になると、手術ありの方で 02 眼科系が 2030 年頃まで増加する傾向が見られます。

次に、南部の DPC 6 桁による疾患別の上位疾患の患者推計を見ますと、白内障手術が一番疾患数としては多いものの、2045 年まで増減を繰り返す、次の脳梗塞は 2035 年のピークまで増加し、その後横ばい、肺の悪性腫瘍も横ばいが続き、股関節・大腿骨骨折、感染症、心不全、誤嚥性肺炎などは 2045 年頃まで急激に増加傾向を示しています。

75 歳以上では、上位の白内障疾患、股関節・大腿骨骨折、脳梗塞、誤嚥性肺炎、心不全、感染症ともに 2030 年から 2040 年にかけてピークに達するまで、急激に増加する傾向が見られます。

大変大まかではありますが、これまで DPC データから見える東三河医療圏の医療状況についてお話いたしました。現状把握のお役に立てればと思います。

今後、愛知県及び県医師会と連携しながら、調整会議等で役立つ情報分析をしてまいります。

また、各医療圏での会議等で、本事業で収集した DPC データを基に資料を作成したい、情報提供が欲しいなどの要望も受け付けていますので、御活用いただければと思います。引き続き御協力の程よろしくお願いいたします。

来年 1 月には、令和 5 年度 10 月分～12 月分の DPC データ収集を開始します。引き続き、データ提供の御協力をお願いいたします。

御清聴ありがとうございました。

(山本議長)

ありがとうございました。人口も減っていきますし、色々難しい問題だと思いました。

折角の機会ですので、ただ今の御講演につきまして、御質問などございましたらお願いいたします。

いかがでしょうか。

(豊橋市民病院 浦野委員)

詳細なデータの御提供ありがとうございました。豊橋市民病院の浦野です。

疾患には慢性疾患と急性疾患がありますが、講演の中で増えていくというのは、急性が増えていくと考えるのか、それとも高齢者の慢性疾患が増えていくと考えるのか、どちらなのでしょう。

(名古屋大学医学部附属病院メディカル IT センター 佐藤病院助教)

今回は急性・慢性というのは区別をせず、疾患分類別でおおまかに集計したものを示しているのです、細かいところは詳細に見ていかないといけないと思います。

(豊橋市民病院 浦野委員)

病院のあり方を考えていく上で、高齢者の慢性疾患なのか、急性期の病気なのかということでそれぞれの病院の事情や考え方が変わってきますので、そのようなデータがありましたら御教示いただければと思います。

(名古屋大学医学部附属病院メディカル IT センター 佐藤病院助教)

貴重な御意見ありがとうございます。

(山本議長)

ありがとうございました。このほかいかがでしょうか。では、伊藤先生どうぞ。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

地域医療構想アドバイザーの伊藤です。追加で回答させていただきます。

今回のデータは病名が主となりますが、投入した医療資源の内容や在院日数等を分析しないと、慢性、急性の区別をするのは難しいです。急性で使う薬品や器具、手術などを基とした分析をやりたいと思いますので、是非このような分析をして欲しいというものがあれば名大附属病院や県医師会に教えていただきたいと思います。よろしく申し上げます。

(山本議長)

ありがとうございました。そのほかいかがでしょうか。

よろしいですか。

では、続きまして、次の議題に移りたいと思います。「意見交換」ということで、事務局から説明をお願いします。

(愛知県保健医療局健康医務部医療計画課 野田担当課長)

議題(3)「意見交換」に入ります前に、このたびの、東三河医療圏合同会議の設立につきまして簡単に御説明いたします。

参考資料2「令和5年度患者一日実態調査結果」を御覧下さい。

こちらの資料は、次期医療計画の見直しに当たり、基礎資料を得ることを目的

とし、県内全ての病床を有する医療機関を対象に、令和5年6月30日現在の入院患者の住所地等を調査した結果でございます。

時間の都合上、結果の詳細には触れませんが、先ほどの佐藤先生の御講演にもございましたとおり、東三河地域の2つの医療圏では、多くの入院患者の流入・流出が見られます。

このことから東三河北部医療圏、東三河南部医療圏の結び付きは大変深く、医療連携につきまして、2次医療圏を越えて協議する場が必要であると思われることから、今回の合同会議の設立に至っています。

つきましては、これらの合同会議設立に当たりまして、今回は初回ですので、皆様方の地域の状況につきまして、意見交換という形で、色々なお考えを是非ともお聞かせいただきたいと思っております。

なお、参考資料3「地域医療構想の現状について」といたしまして、主な医療機関の現状など、東三河地域全体の地域医療構想の現状をまとめました資料も参考に付けさせていただきます。

また、意見交換の進行につきましては、より良い意見交換ができるよう、地域医療構想に造詣が深く、普段から様々な御意見をいただいております、長年、愛知県の地域医療構想アドバイザーを務めていただいている伊藤健一先生にお願いすることといたします。

説明は以上でございます。

(山本議長)

ありがとうございました。それでは、伊藤先生お願いします。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

地域医療構想アドバイザーの伊藤でございます。いつも皆様方にはお世話になっております。今後ともよろしく願いいたします。

それではまず初めに、先ほど今回の会議の趣旨について事務局から話がありましたので、この会議設立の発端となりました「東三河北部圏域保健医療福祉推進会議」の事務局であります新城保健所から、東三河北部医療圏の現状につきまして御発言いただきたいと思っております。よろしくお願いします。

(新城保健所 成田所長)

新城保健所長の成田と申します。

まず、皆様方には、本日は御多忙の中、本会議に御出席いただきまして、誠にありがとうございます。先ほど東三河北部医療圏の現状につきまして、名古屋大学医学部附属病院の佐藤先生より貴重なお話をいただきましたが、私からはそ

の説明の背景となる地域の詳細について説明させていただきたいと思います。

現在、東三河北部医療圏は、病院が3つで、診療所は40あまりという状況です。医療提供体制が小さな地域で、病院は過去7年で半分になりました。診療所も毎年1から2施設ずつ減っている状況で、人口減少に併せて医療も引き潮になっているのが当医療圏です。

3つの病院は全て新城市内に立地しています。うち2つは病床数が100床未満の民間病院で、これらは療養型、透析などの限定的な機能を持っています。残りの1つが公立病院である新城市民病院で、地域の中核として特に急性期医療を支えていただいています。新城市民病院は日頃から精力的に地域を支えていただいております。たとえばコロナの時は、県内の同じ規模の類似機能を持つ病院と比較してもトップクラスの即応病床の数を確保していただくなど、傑出した御対応をいただいています。

一方で、地域的な問題もあり、医療従事者の確保が難しく、横井院長を始めとして医師、看護師確保の努力は続けておられますが、全面的な解決には至っていない状況です。そのため、対応できる疾病が限定されており、急性期の最たる例である手術は、対応できる診療科が消化器外科、整形外科、泌尿器などに留まっています。このうち、消化器外科については人員が非常に限られているにもかかわらず、胆嚢摘出に始まり、胃から直腸に至るまでのがんの切除、膵頭十二指腸切除までカバーするなど特筆すべき力があります。一方で、手術対応できる診療科は限定されており、胸郭内と頭蓋内の手術は院内では一切できないという状況が続いています。整形外科も大腿骨骨頭置換術、大腿骨近位部骨折の観血的整復術などの比較的待機的かつ脊椎麻酔で対応できるものは手術が行われていますが、全身麻酔を要するものや緊急度の高いものは対応できていないという状況です。このような影響もあり、先ほど佐藤先生より御説明いただいた状況となっています。

現在、新城市民病院では、病院のあり方検討が進んでおり、新築移転をすることがつい先日決まり、今後あり方が変わってくると聞いています。新城保健所としては皆様の御意見も伺いながら議論を進めていきたいと考えています。

どうぞよろしく願いいたします。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

成田先生ありがとうございました。保健所から東三河北部医療圏の概要を伺いましたが、これから意見交換をしたいと思います。

意見がございましたら、挙手の上、御発言いただきたいと思います。いかがでしょうか。

それでは、米田委員、いかがでしょうか。

(新城市医師会 米田委員)

数的、質的なことについて、東三河北部医療圏がどのような環境にあるか御理解いただけたかと思えます。救急車の出動等についてのデータがありますが、高齢化に伴い出動回数も増えており、そのうち約6割は新城市民病院で受け、残りの4割を豊川、豊橋の各医療機関に直接お願いしているという状況があります。救急対応をしていただいているのは、愛知県から派遣していただいている自治医大卒の総合診療科の先生方であり、24時間365日、精力的に救急を受けるといって行っているところです。また、外科的なことについては、浜松医大の病院から先生方に来ていただいております。消化器系についてはほぼ全面的な手術ができるという状況です。講演のスライドにも記載があったように、整形外科と泌尿器科はこれまで0件が続いていましたが、現在、1人ずつ常勤の先生にお越しいただいております。その先生にずっと来ていただけるのかということが懸念され、他の病院に異動されると0件になってしまうという危うい状況にあります。現在、6割受けていただいている救急について、新城市民病院で受け入れていけないということになると、南部の病院に負担がかかることになるため、医師の派遣等も含め引き続き支援をいただきたいというのが医師会の意見です。以上です。

(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。では北設楽郡医師会の伊藤先生、いかがですか。

(北設楽郡医師会 伊藤委員)

北設楽郡医師会長の伊藤です。背景として人口減少があるのかと思えますが、7、8年前に南北医療圏の統合の問題が議論の俎上に上ったことがあり、東三河北部医療圏は面積が広く、交通のアクセスの問題もありますが、入院患者の約6割が東三河北部から東三河南部など他の医療圏に流出しているというのが根底の問題としてあります。その当時は北部医療圏として、2次医療体制の受け皿の体制を整えるという、独自に解決しなければならない問題があるため、統合には反対であるという意見が大半でした。最近になって再び統合の問題が出てきましたが、前回と同じ問題で、統合はせず、北部医療圏としてやるべきことを考えようということで、今回も医療審議会で見送りになっています。

新城市民病院は北部医療圏の中核の病院ですが、平成18年前後から泌尿器科や整形外科などの患者が多い分野の専門診療科の医師が減ってしまっていて、決して患者が減っているわけではないのですが、医師不足が根底としてあり、専門診療科としての対応力が落ちた、その結果、患者が外の医療圏に流れているという

のが現状です。そのため、中核病院である新城市民病院の専門診療、2次医療の受け皿をしっかりと提供したいと強く申し上げているところです。

また、長い目で見て当地域は人口減少という問題もあるのかも知れませんが、今後当地域に人が入って来て、人口が増えるという可能性も十分にありまので、人口減少を前提に語るのも良くないと個人的には思います。

新城市民病院の移転・新築の話が計画として進んでいると思いますが、専門診療科の受け皿体制をしっかりとすることが第一です。今回の南北の合同会議ができたのも、いわゆる3次医療については南部医療圏を中心に受けてもらわないといけないわけなので、その調整や連絡体制をしっかりとやっていきたいということだと思いますが、少なくとも2次医療の面で南部医療圏の病院の方たちに余計な負担をかけないというのが大事だと思っています。今後、その辺りを中心に解決していけば、北部医療圏としても一定の役割が果たせる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。

それでは新城市民病院の横井院長、お願いいたします。

(新城市民病院 横井委員)

新城市民病院の院長の横井です。

我々ができることをやるという方針でおり、その結果が佐藤先生に講演いただいた内容です。我々の抱えている問題は、まずは職員数、医師はもちろんなのですが、看護師、コメディカルの不足が1つです。当院に就職し、従事したいという者もいるにはいるのですが、医師が増えると患者も増え、病院の受け皿として十分なバックアップ医療が提供できないのではないかとという危機もあります。

2つ目は、人口全体が減ってきていまして、先ほどの講演のグラフにも出てきましたが、75歳以上の高齢者が圧倒的に多く、疾患の質も変わってきていることです。一般的な急性期の手術と言っても、たしかに骨折して翌日手術しないといけないという患者も増えていますが、全体としては消化器系統などの疾患は減っているという現象があります。職員も減っていますが、人口減少・高齢化が一番進んでいる地域であり、2次救急としても、高齢の患者に積極的に手術を勧めるということではありませんので、治療の方針は南部と違う形になってきているのではないかと考えています。

救急を除いた場合、割に紹介を南部の医療機関にしており、治療をしてもらっているため、南部に患者が流れていることというのは、疾病の集約化という意味では時代に沿ったようなことが北部医療圏でも既に行われているということで、

不都合はないように考えます。

救急に関しては、約6割が当院への搬送の対象となっておりますが、救急隊にセレクトしてもらい、4割に関しては最初から南部の方に行き、治療を施されているという状況です。残り6割のコールがあった場合の9割5分以上は当院で受け付けており、治療はできています。ただ、同じ南部でも搬送が特に多いのは豊川、豊橋の地区までであり、蒲郡や田原まで行くようなことは想定しにくいいため、東三河医療圏の中では地理的なアクセスも考慮した上である程度の枠組みが必要かもしれないと思っておりますが、今の状況については救急隊に話を聞いてみないと分かりません。

このようなことが当院の今の状況です。以上です。

(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。本日は民間病院から星野病院にお越しいただいておりますので、民間の病院として星野先生、御発言いただけますか。

(星野病院 星野委員)

北部医療圏の民間病院代表の星野と申します。療養型病院に特化した意見を発言させていただきます。

北部医療圏では、6つあった病院が3つなくなりました。それは経営的な問題が中心となっております。民間病院には経営的バックが公的のようにはないため、何とか存続を目指しつつ、公的な病院や他の医療機関と連携しながら地域医療に貢献できるようにと考えております。

当院は、療養型の病床が52床と、介護医療院の35床の計87床がありますが、よく民間の施設や療養病院は100床近く持ち、さらにそれもいつも満床近くないと成り立たないと言われております。また、内容は一部特養や老健と同じような患者を対象としており、今後の経営がどうなっていくのかを心配しながら存続を図っているのが現状です。さらに療養型の病床が公的病院の先生方や他の皆さん方からどの程度必要とされ、存在価値があるのか考えたとき、癌の末期、他の医療の必要な患者さんの治療や看取りも行っているため、やはり療養病床がなくなると救急病院や一般病院などがうまく回らないのではないかと考えています。少しでも存続できるように皆さんの支援・協力を得ながら連携し地域医療に少しでも貢献していきたいと思っております。以上です。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

第8次医療計画にも地域包括ケアについて載っていますが、終末期において高齢の方に不都合のないようなシステムづくりをしようというのが本筋だろう

と思っています。ただ、北部は交通のアクセス面で在宅医療は難しいため、その辺りも考えた上で、今後どのような方向でやっていくのがいいのか、意見交換の場で話し合っていければと思います。少なくとも北部は人材が少ないということからすると、南部の方で助けていくことは多々あるのではないかと思います。

参考資料2の3ページに患者住所地と施設住所地のデータがあり、東三河北部と東三河南部で別の数字が上がっていますが、これらを足し算すると、東三河地域は地域依存率が高く、他の地域に出ることもなければ入ることもないというのが特徴です。佐藤先生の話にもありましたが、東三河の中でやらないと患者は動かないだろうと、尾張の方にたどり着く患者もさほどいないとすると、東三河全体でうまくまとめるということが必要なのではないかと思います。

ほかに、どなたか御発言ありますか。

せっかく行政の方もお越しいただいておりますので、新城市の方から医療について市町村の考えを御発言いただきたいのですが、いかがでしょうか。

(新城市 城所委員)

新城市役所健康福祉部の城所と申します。よろしく申し上げます。

市では1次医療ということで救急外来の夜間診療所・休日診療所を設置しており、特に夜間診療所については新城市医師会に協力していただいておりますが、東三河南部医療圏の医師会所属の先生方にも御協力いただいて、安心・安全に1次医療の受入れができていますので、どうもありがとうございます。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

では順番に設楽町の方からも一言申し上げます。

(設楽町 小川委員)

設楽町の町民課長の小川です。

先ほど北設楽郡医師会長の伊藤先生もおっしゃっていましたが、北設楽の中でもできることはできるのですが、もしできないとなると、新城市民病院などの大きい病院で対応してもらわないといけない部分はあるため、医療の整備・充実等を今後も進めていって欲しいと考えています。以上です。

(東栄町 亀山委員)

東栄町の福祉課長の亀山と申します。

北設楽郡医師会の伊藤先生から発言いただいたように、人口減少によって高齢の方も増えています。町内では東栄診療所が昨年11月に東栄医療センターから移転していますが、既に令和4年7月1日より無床化ということで、その前に救急指定を取り下げたという状況があり、現在、救急の場合には新城、豊川、豊橋の市民病院にお世話になっています。これからも南部医療圏の医療機関のお世話になるかと思いますので、連携を図っていきたいと思います。よろしくお願いいたします。

(豊根村 田辺委員)

豊根村の住民課長の田辺です。よろしくお願いいたします。

豊根村は人口が少なく、診療所も1か所しかありません。救急に関しては、新城、豊川、豊橋の各市民病院に搬送ということで、距離的にも1時間以上かかってしまう状況です。北部と南部とで協同で連携していただければ、村民としても安心して生活していけるのではないか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。以上です。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

これまでの皆様の発言をお聞きしていると、救急の問題と、それ以降の疾病管理の問題、それから議論の遡上に上げるのは早いかもしれませんが、予防は誰がやるのかといった話がないと、なかなか進まないのかもしれないと思います。データを見て、南部は引き受けて欲しいというお願いだけでよいのかは分からないため、この疾病はどこがどれくらいやれるのかということも含めた議論・検討が必要だと思います。

必要なデータがあるということであれば、できることはやりますので、言っていただきたいと思います。ただ、自治体が小さくなると来ない人は来ないということもありますので、予防に関するデータについてはお示しできるか分かりませんが、そこから始めなければいけないと思います。

そのほかいかがでしょうか。これまで北部の先生方から御意見いただきましたが、南部の先生方、いかがでしょうか。

浦野先生お願いします。

(豊橋市民病院 浦野委員)

豊橋市民病院の浦野です。

まず、北設楽郡医師会の伊藤先生から医師の確保について挙げられたのですが、実は東三河南部でも医師の確保というのは相当大変です。名古屋大学、名古

屋市立大学、浜松医大からの派遣が中心ですが、なかなか来てもらえないです。当院でも病床数に比較して名古屋市内の病院と比べて医師が少なくなっていますので、医師の数を増やすというのは現実的に非常にハードルが高く、難しい問題ではないかと思います。ですから、医師は今よりさほど増えないという前提の下で考えていかないといけないだろうと思います。

それから、予防のことについては手が付いておらず、私もどうしていけばいいのか分からないところもありますが、資料にもあったように、これから増えてくるのは高齢者の大腿骨骨折、誤嚥性肺炎、尿路感染症、それから慢性心不全であり、このような患者が増えていくのは北部でも南部でも同じ状況です。

これから問題になってくると思うのですが、実は東三河南部と言っても広範囲であり、病院が点在しています。豊橋市では、市民病院と医療センターの2つで救急医療の多くを担っていますが、他の市は1つの基幹病院が救急をほとんど担っている状況です。患者が医療圏外へも行かないし、外からも来ないという状況ですので、新城市も含め、それぞれの市内の救急の患者は極力市内で完結させていくという考えを共通させることが大切だと思います。

現在、下り搬送という言葉が出ていますが、高齢者は炎症反応がなくなっても、その後のリハビリや体力の低下からの回復にかなり時間を要します。星野委員からもお話がありましたが、この期間を短期間で転院いただけるようになると、北部・南部を問わず、急性期の病院がより多く救急車を受けられるようになると思います。そうは言っても、回復期、療養型の病院もすぐに目詰まりしてしまいます。この目詰まりも改善しないといけないのですが、そこから更に在宅へ行くのか、施設に行くのか、この段階になると、医療というよりは介護の仕組みが効率よく機能しないといけないと考えます。どこかで目詰まりすると全てが止まってしまうという状況なのだろうと思います。

今までは病院間の連携ということでしたが、今後は開業医も含めた地域の施設、訪問看護ステーション等も含めて連携をとらなければいけないのだろうと思います。今回の医療計画にもそのようなことが書いてあったと思いますが、この部分は病院というよりも行政がどこまで真剣に立ち入ってやっていただけるかが大切です。東三河広域連合で介護の部分をまとめてやってくれており、既に良い仕組みがある訳ですから、そのようなものを上手く利用しながら、東三河全体で、急性期から慢性期、最後の在宅、場合によっては看取りまでの仕組みを作る必要がありますが、おそらく今の状況では南部と北部を1つにしてやらないと難しいのではと思います。北部だけで完結させるのはなかなか大変かと思いますが、南部も北部の患者が来たときに、如何に患者の住んでいるところの近くに帰ってもらうかということを考えると、東三河全体で併せてそのような仕組みづくりを考える必要がある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。

介護は東三河広域連合でやっており、消防も東三河全体の広域になっていますので、そのような意味では枠組みはありますが、実体を伴っているかについては今後の問題であると思っています。

それから今、医師の話が出ましたが、実は県内の医師数は全国 38 位で絶対的に少ないのですが、医師の多数でも少数でもない県になっており、先日、令和 7 年の初任者研修の定数が出たのですが、20 人ほど少なくなるということです。愛知県はそのような状態です。医師の数が増えるというのはなかなか難しいので、逆に言いますと、東三河に医師が残っていただけるよう、待遇も含めて対策を考えていただかないと、大都市に行ったきり帰って来ないという動きになってしまいますので、是非医師を大事にして欲しいと思います。また、看護師もどんどん減っています。看護師があって全体の医療が成り立つ訳ですし、保健師、介護士もやはり不足していると聞いています。人材をどのように確保するかということも含めて考えていただきたいと思います。

山本先生、何かございますか。

(山本議長)

南北の合同会議は今回が第 1 回ですが、今日の説明で、お互いがそれぞれの事情をよく分からずに憶測で思っていたことが、事実このようになっているということがよく分かったと思います。特に、北部としては少なくとも 2 次医療までは圏内で完結できるよう頑張りたいという意志があることがよく分かりました。

この中で、先ほどからお話が出ているように、なかなか医者が増えないのですが、医者は決意を持って頑張っているのだということをこの場で表明していただきましたので、行政の方でも協力・サポートしていただきたいと思います。

医者だけが空回りしてもなかなか回らないですし、まして、尾張には 4 つも医学部があって、岡崎にも系列病院が 2 つあっていいのですが、東三河には医学部の附属病院がなく、この地域で頑張って解決していかなくてはならない状況の中で、お互い支え合っていく、助け合っていくしか方法がない訳です。この時に、医者だけではなく、看護師や介護・福祉の力も使うことによって、なるべく寝たきりにならないよう少ない医療資源をうまく使えるのではないかと、うまく協力していくための第 1 回が今回の会議だと思っています。

(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。南部の先生方皆さんにお聞きする時間がなく申し訳ないのですが、是非御発言したいという方はございませんか。

山下先生、いかがでしょうか。

(豊橋医療センター 山下委員)

豊橋医療センターで院長を務めます山下です。

豊橋市民病院の浦野先生のお話の中にもあったように、第三者からすると、東三河南部というと人も何でもリソースがあるように聞こえてしまうかもしれませんが、浦野委員のところで病診連携・看護のセミナーをしていると、医療者をどのように確保して、教育していくかということが共通の課題として持っていて、その深刻さや特質性がそれぞれ違うというように理解しています。

当院は豊橋の東側に位置しており、県境まで6キロぐらいで、街道を使って湖西市の救急もある程度担当しています。今日の会議でも、新城から浜松医大までのアクセスがどれくらいなのか、救急と専門医療を分けていくと、救急には脳梗塞や心筋梗塞の治療のように時間が限られているものがありますので、そのようなときはどうしているのか、アクセスを考えるとどのような手立てがあるのか、それぞれの立場の方から実情を聞くことが大事であると考えながら聞いておりました。

救急に関しては、東三河南部は東西に長い医療圏ですので、実際には豊橋市と田原市の間は動いているのですが、蒲郡の救急車が田原市に来るということはあり得ない訳ですから、色々な問題も認識しながら当たっています。

当院も医師、看護師、最近は薬剤師の確保が課題で、もがいているところなのですが、コロナの前からあった問題が、コロナ禍、コロナが明けて強く早く進んでいるのではないかと思います。豊橋市民病院のような3次救急、当院のような2次救急・公的病院、100床規模の病院、診療所、介護施設、行政間でスムーズな流れがないと、コロナ禍で何度も経験したように、どこかで目詰まりすると全部止まってしまいます。連携とよく言われますが、疾患ごと、速さ、簡易さという点で作っていく必要があると思います。当院にも救急を頑張るという職員が揃っていますが、医師の働き方改革があり、今後やれるのだろうかという不安もあるなど万全ではないため、このような会議で共有できればと思っています。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

この会議は今回が最初で最後ということではありませんので、是非それぞれの所属で案内いただいた上で、次回発言いただければと思います。今回お示しし

たデータですが、コロナの経緯からすると極めて異例なものになります。2019年のデータはコロナではないため、それとの比較をどのようにしていくかということになりますが、2019年のデータはまだ不完全な中でのデータ解析ですので、少しずつ積み重ねて現状の把握をしていきたいと思えます。是非御協力いただきたいですし、介護・予防も含めたデータの解析もしていかないといけないと思っていますので、よろしくお願ひします。

予定していた時間を超えてしまいました、何か御発言のある方はいらっしやいますか。

米田委員、どうぞ。

(新城市医師会 米田委員)

予防から看取りまでということで、非常に幅広く大変なことだと思えますが、先ほど山下先生からもお話がありましたように、救急の問題が我々開業医にとっては1番の問題でありまして、できればこの会議の委員として、新城市消防の救急担当の責任者を迎え、現場の意見を聞きたいと思えます。

(伊藤地域医療構想アドバイザー)

分かりました。また県とも相談し、出席をお願いする部署等の調整をしたいと思えます。ありがとうございました。

それでは定刻を過ぎておりますので、これで意見交換を終了させていただきます。山本議長にお返しします。

(山本議長)

ありがとうございました。

以上で、本日の議題は全て終了しました。

最後に事務局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 福島課長補佐)

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を確認の上、公表させていただきたいと考えています。事務局から依頼がありましたら御協力よろしくお願ひいたします。

また、今後の合同会議の予定でございますが、本年度は次期医療計画の策定の年でございますので、本日の1回とさせていただきますが、事務局といたしましては、次年度以降につきましても、定期的を開催したいと考えていますので、よろしくお願ひいたします。

なお、合同会議の運営、今後の議題など何かお気づきの点等がございましたら、お近くの保健所までお問い合わせください。

最後に、会議の閉会に当たりまして、杉浦豊川保健所長から御挨拶申し上げます。

(豊川保健所 杉浦所長)

愛知県豊川保健所の杉浦でございます。

本日は、師走の大変お忙しい中、令和5年度東三河医療圏合同会議に御出席いただき、そして、多くの方々から、それぞれのお立場から、御意見をいただきまして、誠にありがとうございます。この会の閉会に当たりまして、御礼を申し上げます。

皆様方には、本日のこの場をきっかけの1つとして活用していただき、これからも住民の方々、特に高齢者の方々のために、東三河の予防、医療、福祉の提供体制について、御検討いただきますようお願いいたします。

また、それぞれの市町村の中においても、住民の方々、特に高齢者の方々のために、東三河の予防、医療、福祉の提供体制の基礎となる市町村の中の役割についても、御検討いただきますようお願いいたします。

本日は、誠にありがとうございました。今後とも、よろしくをお願いいたします。

(愛知県保健医療局健康医務部医療計画課 福島課長補佐)

以上をもちまして閉会といたします。

ありがとうございました。