令和８年度第１回桑員地域医療構想調整会議　議事概要

１　日時：令和８年 11 月４日（水）19：30～20：30

２　方法：オンライン（Zoom meetings）

３　出席者：辻委員（議長）、須藤委員、伊藤委員、関戸委員、加藤委員、山田委員、
相田委員、佐藤沙未委員、青木委員、江口委員、長谷川委員、藤井委員、
寺尾委員、佐藤信恵委員、児玉委員、楠田アドバイザー、奥村オブザーバー

４　議題

１　現行の地域医療構想の振り返り

２　具体的対応方針（定量的基準適用結果）

３　病床数適正化緊急支援事業

４　新たな地域医療構想の策定に向けて（ガイドライン概要、分析事業）

５　新たな地域医療構想における構想区域の見直しについて

５　内容

１　現行の地域医療構想の振り返り

＜事務局から説明＞

○　現行の地域医療構想について策定時からの変化を中心に説明。

＜主な質疑等＞

質疑なし

２　具体的対応方針（定量的基準適用結果）

３　病床数適正化緊急支援事業

＜事務局から説明＞

○　病床機能の現状や病床数の変更点を中心に説明。

○　病床数適正化緊急支援事業の概要について説明。

＜主な質疑等＞

質疑なし

４　新たな地域医療構想の策定に向けて（ガイドライン概要、分析事業）

＜事務局から説明＞

○　新たな地域医療構想に係るガイドラインの概要、今年度実施の分析事業について説明。

＜主な質疑等＞

○　高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能は両機能を併せて報告しないという話であったが、主に担う機能を報告すればよいか。例えば、急性期拠点機能として報告した病院でも、これまでどおり高齢者救急にも対応できるということでよいか。

⇒　ご認識のとおり、今回の報告の制度上、高齢者救急と急性期拠点が併せて報告できない制度となっているが、急性期拠点なので高齢者救急を受けられないということや、逆に、高齢者救急なので得意としている分野があるにもかかわらず受けられない、ということではない。

○　北勢地区の 85 才以上の入院受療率が下がった原因として、85 歳以上の人口が推計よりも減少したということだったが、中勢伊賀圏域も 85 歳以上は減少している。
人口が実際に減ったということだけでいうと少し矛盾する感じがする。例えば、北勢圏域内の老健施設や老人介護施設が充実しているので入所した人が多かったということや、四日市、桑名、いなべ、東員は在宅医療が充実しているので、入院せずに在宅でみている人が多かったという考えはできないか。

⇒　ご指摘のように、北勢地域は他の地域と比べて在宅医療や介護施設での受け皿が充実しているという背景があり、こうしたことも入院受療率の低下の要因として考えられる。

○　急性期拠点病院とは、24 時間、脳血管や循環器、整形関係、緊急手術ができる病院だと思うが、今の働き方改革を考えると、そこに医師を集中させるという形にしなければ無理だと思う。
そうすると、もともと医師少数スポットの病院は、なおさら医師が集まらないということにならないか。

⇒　手術や高度な治療に関しては、ある程度急性期拠点に集約するべきと国も言っているが、それによって必要以上に医療人材も含めて急性期拠点だけに集中するということはあってはならないと考えている。
県としても、急性期拠点以外の医療機関も含めて、地域の医療を支えていく姿を考えていきたいと思っているため、ご懸念のように急性期拠点だけに医療人材等が集中することはないようにしたい。

○　急性期拠点機能を持つ病院の選定は、例えば二次医療圏で相談をするのか、どのレベルで決定するのか。

⇒　現行の調整会議で議論し、決めていくことになるが、今後、構想区域の見直しが控えている。
急性期拠点機能については、新たな構想区域においてどれだけの数を設定していくか検討する必要があるため、８つだけではなく、見直し後の構想区域で調整会議等を合同開催するなどの方法が考えられる。

○　2040 年の必要病床数というのは、次回の会議までにある程度機械的に決まるのか。

⇒　国から算出の計算式が送られてきて、半自動的に決まる。

○　愛知県全体の地域医療構想推進委員会では、2040 年の必要病床数を発表しており、2025 年の病床の必要量に比べて 4,000 床ほど少ない数になっていることがわかった。まだ少し機能によって減らさないのかという意見もあったが、およそ、桑員地区と同様である。
愛知県ではすでに一つ構想区域の設定が見直され、東三河において、北部と南部に分かれていた区域を一緒にして東三河構想区域とし、二次医療圏自体は変わらないが、県全体の構想区域について 11 あったものが 10 になるという変化があった。

○　医療機関機能のうち急性期拠点機能や在宅医療等連携機能、専門等機能は比較的理解しやすいが、理解しにくいのはやはり高齢者救急・地域急性期機能だと思う。
この部分に様々な機能が入っており、どのような機能を各地域で、どういう立て付けで作っていくのかが問題だと思う。例えば、大阪だと地域急性期機能を分けて急性期準拠点機能という区分を作ったり、東京では心臓あるいは循環器、脳血管疾患等の専門的な手術をしている医療機関は、手術をすればいいのではないかという意見もある。
地域急性期機能を県としてどういった立て付けでモデリングしていくのかを示すことで各地域の病院も動きやすくなると思う。

５　新たな地域医療構想における構想区域の見直しについて

＜事務局から説明＞
○　新たな地域医療構想における構想区域の見直し案について説明。

＜主な質疑等＞
○　三重県では構想区域と二次医療圏を一致させていくという流れが強いような印象を持っているが、他県の話を聞くと、もともと二次医療圏と構想区域が同じだったところに、

今回のガイドラインで二次医療圏と構想区域は分けて考えてもいいというような発想が出てきていると感じる。
実際、愛知県で２つの構想区域が合併して、結果的に二次医療圏と分かれていく話になっていると思うが、全国的な流れとしては、最終的には二次医療圏と構想区域を一致させていくという流れで間違いないか。

⇒　全国的な状況について、他県では独自の考え方で医療圏と構想区域を分けてやっていくところがあることは承知している。東京都では構想区域は都で 1 つと見なすということもされている。その他の地域でも、これまでの構想区域を広域化する一方、医療圏はそのままにするところがあると聞いている。
本県では、二次医療圏が、急性期拠点を考える範囲において、地理的な部分においても比較的考えやすい区域になっているという背景もあり、基本的に一致させても問題ないという考えで進めている。

以上