

平成29年度第3回 岐阜県圏域地域医療構想等調整会議 主な質問・意見

番号	項目	質問・意見	当日の回答・対応等	圏域
1	基本理念	主要施策には、検診受診率を上げるとか、保健指導を重点的にというものが多い。医療福祉の連携だけでなく、予防対策に考慮して「保健」という文言を入れた方がよいのではないかな。	医師数や医療提供体制の問題等、岐阜県は課題が多い。今の体制でどのように医療の負担を減らしていくかという観点も重要と考えている。	中濃
2	構想区域	中濃圏域は広く、長良川流域と木曽川流域で地域の役割が異なる。広い圏域の中で、どれだけの機能を持つか、持たない場合はどこの医療機関がサポートしてくれるか、5疾病5事業を二次医療圏内にまとめる必要があるのかなど、二次医療圏より細かな地域で議論をしていく必要があるのではないかな。	どの医療機関がどのような役割を担うかということデータを示して、来年度以降の地域医療構想等調整会議で議論させていただく。 岐阜圏域では、救急医療における、患者の動き、医療機関の役割等について議論する方向で検討している。	中濃
3	基準病床数等	第7期保健医療計画の基準病床数はどのように算定されているのか。	平均在院日数や受療率等をもとに計算している。基準病床数は開設許可の際の目安となるもの。今後は、地域医療構想の必要病床数の方をより重視してそれに近づけていくことが必要と考えている。	岐阜
4	基準病床数等	基準病床数に対して既存病床数が多すぎるため、減らさないといけないというのは分かるが、どのように減らしていくのかよく理解できない。 有床診療所の病床設置、増床を行いたい場合はどこで検討していくのか。	有床診療所の病床を増やすような場合には、地域医療構想等調整会議にかけて、ご意見を伺った上で、医療審議会にかけていくことになる。	中濃
5	基準病床数等	2025年の病床数（必要病床数）は平成25年のレセプトデータを用いて算出しており、流入も以前と比べ変わってきているかと思うが、必要病床数の見直しは行わないのか。	2025年の人口を国が推計して、それをもとに算出しているため、必要病床数については、見直しは行わない。	中濃
6	基準病床数等	基準病床数と必要病床数の数字の違い、考え方の違いはなにか。	基準病床数は各圏域における病床整備の基準となる数値で、現在の人口をもとに算出している。基準病床数より既存病床数が多い場合原則として整備はできない。必要病床数は2025年の推計人口をもとに算定しており、病床機能ごとに必要な病床数を推計しているため数字が異なってくる。	飛騨
7	がん医療対策・心筋梗塞等の心血管疾患対策	医療提供体制の構築で、例えば「がん」だと、検診率を上昇させる等記載されているが、がんの治療、予後の状況はどうか。「心筋梗塞」の発症率や死亡率など。 データが取りやすい受診率や死亡率で評価しているため、本来の医療の頑張りを見る指標がないように思える。	がんであれば、来年から全国がん登録が始まり、より細かいデータを取ることができる。心筋梗塞は死亡のデータは取れるものの、がん登録の心疾患版はないため、その他のデータを得ることが難しい。 医療の現状を把握することができる限られた数値をもとに、計画を立て、目標値を設定している。	中濃
8	脳卒中対策	アウトカム指標に年齢調整死亡率を記載しているが、脳卒中は亡くなる方はさほど多くないため、退院後の在宅や生活支援の方を見ていく必要があるように思う。		中濃
9	心筋梗塞等の心血管疾患対策	今後の施策の中に、心臓リハビリテーションにおける岐阜市のモデルを県下に広げていく旨の記載があるが、岐阜市と他の地域では、ハード面、マンパワーが異なってくるため、岐阜のモデルを他圏域に移すことは難しいと思う。	圏域を跨いだ会議を年数回開催し、循環器の医師にも出席いただき、心臓リハビリの再発予防の重要性を共通認識として持ってもらっている。ハード面の環境等は圏域によって異なるが、地域のコミュニティセンターにおいて理学療法士の運動療法によって心臓リハビリに取り組んでいる地域もある。心筋梗塞の患者が心機能を維持していくために必要な取組みであるため、今後6年間はこの計画の中で進めていく。	西濃

平成29年度第3回 岐阜県圏域地域医療構想等調整会議 主な質問・意見

番号	項目	質問・意見	当日の回答・対応等	圏域
10	心筋梗塞等の心血管疾患対策	岐阜県は岐阜圏域とその他の圏域では差があるので、県全体ではなく、二次医療圏のデータ（医師数等）がないと、地域の医療を考えるには不十分。例えば、心筋梗塞の急性期であれば、中濃圏域は木沢記念病院と中濃厚生病院の2病院に対し、岐阜圏域は5～6病院あるため、細かなところを見ないと十分な対策ができないと思う。	保健医療計画の中で、偏在のないよう医師を配置していくと記載しているところ。来年度以降、地域医療構想等調整会議で医師数等を細かく分析したデータをお示ししていく。	中濃
11	糖尿病対策	糖尿病対策について、今まで実施していなかったことを第7期保健医療計画で示して、具体的に記載いただけるとありがたい。	糖尿病対策地域ネットワーク会議の開催や、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定し、医療機関、保険者と連携して、ハイリスク者の情報を共有して、保健指導を行う体制を構築している。	岐阜
12	救急医療対策	地域医療構想に伴い、急性期から回復期に転換した場合、さほど重症でない方の救急を受けてもらえる病院が減るのではないかと。	回復期のサブアキュート機能についても、診療報酬で評価していく方向なので、全国的な流れとして、急性期から回復期に転換しても救急の機能が落ちることは想定されていない。	岐阜
13	救急医療対策	救急センター以外で24時間365日救急搬送の受け入れに応じる医療機関に対して支援とあるが、具体的にはなにか。	5疾病5事業の拠点病院に対して、特定の医療機能について、強化、維持するための補助金を交付しているところ。ソフト面ではなく、施設整備、設備整備の補助金。	東濃
14	救急医療対策	概要版において、心肺機能停止患者の1か月後の予後（生存率）を指標に設定していることに違和感を感じる。救急隊員がいち早く心肺蘇生を行っていることが生存率の向上につながっていることを考えると、一般市民への啓蒙も重要かと思う。	本編においては、他に救急救命士の数など指標として掲げているところ。生存率のみを指標としているわけではない。	飛騨
15	災害医療対策	災害時小児周産期リエゾンの養成とあるが、弱者、発達障がいについても同じように検討していただきたい。	福祉避難所の整備として、障がい児者の対策についても取り組んでいるところ。	岐阜
16	へき地医療対策	今後の施策でICTを活用したネットワークがあるが、もう一步踏み込んだ形でテコ入れする必要があると思う。		西濃
17	へき地医療対策	概要版における、主な課題の数値目標が「へき地拠点病院の医師派遣回数が12回」となっているが、へき地医療全体の目標というよりは、プロセスに偏った印象を受ける。	へき地医療を自治医大の卒業医師に限定されるべきではなく、へき地医療拠点病院自体が医師の確保に苦慮している中、国の方からへき地拠点病院は代診医の派遣等を行うことを目標に掲げるよう依頼があったので、概要版の方に抜粋して記載している。	中濃
18	へき地医療対策	医療需要が見込まれないが、人が居住している地域における医療体制をどうしていくか、目標として掲げていただいた方がよいと思う。	一人の医師がその地域すべてをみるのは困難なので、揖斐川町や郡上市、高山市で実施している複数の医師が複数の診療所をカバーする体制が今後のモデルになると考えている。	中濃
19	へき地医療対策	簡単な話ではないと思うが、今後6年間の方向性を決めるので、どのように目指していくのかをアウトカム指標に近いものと考えていただくことが必要だと思う。		中濃
20	へき地医療対策	へき地医療対策に掲げられている指標で、へき地医療を守ることができるか疑問。診療所の稼働率を何%にするとか、住民の信頼度は何%なのかとか、へき地医療を守るために、数値目標をもう少し考えていただけたらと思う。	ご指摘いただいたので、再考させていただく。概要版に記載した目標以外に、へき地医療を担う学生への啓発セミナーの参加者数の増加、ICTを活用したネットワーク構築をいつまでに何か所行うとか、自治医の県内就業率を何%にするとか、目標として掲げているところ。	中濃

平成29年度第3回 岐阜県圏域地域医療構想等調整会議 主な質問・意見

番号	項目	質問・意見	当日の回答・対応等	圏域
21	へき地医療対策	岐阜県は他県と比べるとへき地の一人診療所が多い。へき地医療拠点病院くらいまでは、地域枠の先生が来てもらえるようにしていただきたい。へき地診療所の後方の病院がある程度充実していないと、一人でやっていくのは大変なので、今後、コンソーシアムの中で議論していただく必要があると思う。		中濃
22	へき地医療対策	今後の施策の中に、「自治医大卒業医師が義務年限内に履修できる総合診療専門プログラムを推進…」とあるが、県内の状況を教えて欲しい。	総合診療専門プログラムには、7つの基幹施設があり、一次登録では、岐阜大学のプログラム2人、市立恵那病院のプログラムに1人の計3人で、7つのプログラムのうち2つのプログラムで、3人というのが現状。	飛驒
23	へき地医療対策	厚労省の医師需給分科会の資料に「医師少数地域の勤務医を認定し、一定の医療機関の管理者として評価する」とある。半ば義務的にへき地に行かせていたものを、管理者要件として評価していくということで、今までの施策と違うところは高く評価できる。管理者だけでなく、副院長の要件にまで拡大するとより良いと思う。県立病院の副院長以上の要件とすることは可能であると思う。ただし、公平性を持つため、新臨床研修制度以降の医師を対象として。	都道府県協議会の中で様々な提案を議論することは必要と考えているので、今後協議していく。管理者要件等については、県内の公立病院等の関係者の合意が得られれば、県独自の取扱いを検討していく。	飛驒
24	へき地医療対策	総合診療はプログラム制であるため、一定期間連携を図っていく必要がある。カリキュラム制を認めて、現在へき地で働いている人に付加価値を与えることはできないか。	国の制度を変える必要があるようなものについては、都道府県協議会から専門医機構に要望していく。自治医大の卒業医師については、カリキュラム制でも対応できるようにとされているため、専門医機構、基幹施設と協議して、可能な限りカリキュラム制でできないか要望していく。	飛驒
25	へき地医療対策	新臨床研修制度が始まって以来、医師偏在は一向に改善されない。地域枠も思ったように機能していない。岐阜圏域以外の医師不足地域に行かせる強制力を検討していただきたい。	地域の中核病院で勤務いただいているが、その先のへき地診療所等に勤務いただけないのが現状。修学資金は返してしまえば終わりなので、できる限り地域で働いてもらえるようコンソーシアムと連携していく。	飛驒
26	へき地医療対策	へき地診療所への派遣体制が構築できていない場合など、へき地医療拠点病院としての機能を十分果たしていない病院もある。	へき地拠点病院の医師派遣回数について、他県の状況を調査中なので、結果を見て、へき地医療対策委員会で示して、議論させていただきたい。	飛驒
27	へき地医療対策	目標のひとつに医師・代診医を年12回以上派遣実施を70%→100%とあるが、それだけでへき地診療所や巡回診療が維持できるかと言われたら違うと思う。少ない回数でも医師派遣をやっているところをどう評価するか。視点を変えて検討いただけるとありがたい。	アウトカム指標の目標値を設定する場合、%や回といった数字で表す必要がある。へき地医療の場合は設定が困難で、住民の満足度が一番だが、数値化しにくく、過去も同様に設定していない。掲げた目標を達成する一手段として、へき地医療拠点病院のへき地診療所への医師派遣等の支援があるということでプロセス指標を設定している。	飛驒
28	周産期医療対策	今後の施策で「周産期医療体制の再構築」とあるが、出生数が減り、産婦人科医も減る中で何を再構築するのか。	二次医療機関（周産期医療協力病院）が、今のところ、かかりつけ医を持っていない妊婦が受診する医療機関として位置づけられている。再構築とは、二次医療機関の役割、機能を明確化していくということ。	飛驒

平成29年度第3回 岐阜県圏域地域医療構想等調整会議 主な質問・意見

番号	項目	質問・意見	当日の回答・対応等	圏域
29	周産期医療対策	周産期医療の一次は主に民間。生まれる子どもが少なくなると民間は維持できなくなる。維持するよう地元の要望があった場合、公立、公的病院が担わなければならない。そのあたりの展望が記載されておらず、今後問題になることが抜け落ちている印象を受ける。	岐阜県周産期医療協議会において、5圏域の先生方と協議させていただいているほか、岐阜県保健所周産期医療検討会において、保健所を中心として検討している。より細かな議論をするため、圏域ごとの部会を設置している。	飛騨
30	小児医療対策 救急医療対策	小児救急電話相談（#8000）は、病院の救急の負担を減らすための施策かと思うが、県民にどれほど知れ渡っているのか。また、利用率は、岐阜圏域が高いのか、それとも各圏域同じくらいなのか。この他、救急安心センター事業（#7119）の導入を検討しているとのことで、これについてもどれほど県民に知れ渡るかというところが重要だと思う。	小児救急電話相談の圏域別割合は、岐阜48.7%、西濃16.1%、中濃21%、東濃10.7%、飛騨3.2%という状況。体制については、2回線使用し対応している。 周知活動については、産婦人科の医療機関において、小さいカードを配り、普及啓発している。	東濃
31	在宅医療対策	死期が迫った場合、療養場所はどこを希望するかというアンケートによると、「必要になれば医療機関に入院したい」、「必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」といった回答が8割程度ある。在宅で療養をして、死期が迫っている場合、入院するのはおそらく急性期病床。また、緩和ケア病棟は慢性期と思われるが、急性期や慢性期を減らして回復期を増やすという国や県の方向性とは一致しないのではないか。	県としても、急変時に対応できるかかりつけ医の体制整備、病診連携といったところを在宅医療対策の今後の施策として記載しているところ。 入院を希望しても入院できない場合どうするかということは、今後検討する。	中濃
32	在宅医療対策	高齢者が急性増悪で入院される際、家族と話をする、かかりつけ医の有無に関わらず、自宅でみれないから帰れないという場合が多い。 施設についても同様で、医療の程度が大きいと施設には戻れないことになり、最終的に療養病床に入院となる。国としては療養型を介護医療院に転換する方向なので、今後の動向を注視していきたい。	来年度以降の地域医療構想等調整会議において、中濃圏域のどの医療機関が、どのような役割を担うか、必要なものはなにか、不足する部分があれば県として施策を打ち出していく必要があると考えている。	中濃
33	在宅医療対策	独居の人、高齢者のフレイル予防等について、家族や官公庁が介入していく必要があるのではないか。今後そのような人が増えるので、どのようにサポートしていくかが今後の課題だと思う。		中濃
34	在宅医療対策	終末期に関する県民アンケートの結果では、「必要になれば医療機関に入院したい」との回答が多かった。この意見を県としては重んじないといけないと思う。		中濃
35	在宅医療対策	在宅医療における共通の問題、課題等を話し合う場があまりない。病院、診療所、介護施設等の連携の橋渡しを行政（保健所）でしていただき、二次医療圏より細かな地域で検討する場を設置して欲しい。	地域別の在宅医療介護の連携研究会を設置しているところ。今年度からは二次医療圏よりも細かな単位で協議する場を設置しており、恵那市で3回実施しているところ。中津川市については今後実施する予定。 また、平成30年4月から市町村の在宅医療・介護連携推進事業を進めていく中で、話し合いの場、コーディネーターの設置等を推進していく。	東濃

平成29年度第3回 岐阜県圏域地域医療構想等調整会議 主な質問・意見

番号	項目	質問・意見	当日の回答・対応等	圏域
36	在宅医療対策	中津川市の年間死亡者数は約1,000人。6割が病院、2割が在宅、2割が施設で亡くなっている。在宅死の割合については、全国平均を大幅に上回っており、国の目標は全体の25%を在宅で看取るとしている。往診、在宅ができる開業医も2025年には平均74歳となり、在宅看取りの割合を増やしていくことは現実的に困難。そのため病院死の6割を維持することが必要であり、病床削減は不要と考える。在宅医療の進歩はマンパワー的に非常に困難と思われる。	今後の人口動向、状況を考えながら、病床数を考えていく。病床を減らす必要があるのかどうかを含め、東濃地域の医療をどのように守るのか、どの機能をどの医療機関が担うのか等を来年度以降、調整会議で議論させていただきたい。	東濃
37	認知症疾患対策	身体合併症を有する認知症患者が今後さらに増加してくる。一般病院の看護が疲弊するファクターになるので文言を入れていただきたい。	その方向で検討する。	岐阜
38	肝炎対策	C型肝炎については、ほぼ100%治療できる。問題は肝炎検査をしていない人であるため、目指すべき方向性に「陽性者の受診」と記載があるが、もっと入り口の部分、肝炎検査未受検者をいかに意識付けして、検査を受けてもらうかということを目指すべき方向性として一番に重点を置いた方が良いのではないかと。	肝炎検査未受検者に対するアプローチを目指すべき方向性に記載する。	岐阜
39	障がい児者医療対策	本文中、「重度障がい児」の記載が多く見受けられるが、「重度」と入れた意味はなにか、なぜ「障がい者」と記載していないのか。	医療的ケアが必要な障がい児ということで「重症・重度」を付け加えたということと、医療の手厚い支援が必要な、医療と連携した預かりが必要な人について、サービス量の確保が必要と考えているため、記載している。	岐阜
40	障がい児者医療対策	県の障がい者総合支援プランの中にも記載されている内容なので、整合性を図っていただきたい。主語をより広く、障がい児者とした方がより良いと思う。		岐阜
41	高齢化に伴う疾病等への対策	ロコモティブシンドローム、フレイル予防について、高齢者が個々に対策を行ってもあまり意味はないので、高齢者が社交性を保ちながら、あるいは、交流の中で健康増進を図るようなことが予防につながると思うので、施策として記載していただくと良いかと思う。	介護予防、生活支援、社会参加が非常に有効と認識しているところ。高齢者安心計画との整合性を図っていく。	岐阜
42	高齢化に伴う疾病等への対策	フレイルの中に口腔の虚弱、オーラルフレイルという言葉がある。口腔の衰えが全身の衰えにつながるため、そのような記載をしていただくと周知につながると思う。	オーラルフレイルの位置づけについて検討する。	東濃
43	医師確保	自治医科大学卒業生の県内定着率は全国平均と比べてどうか。	細かな数字は本編209ページに記載しているところ。本県における義務年限終了後の県内定着率は全国平均と比べやや低い状況。しかし、引き続きへき地に勤務していただいている割合は全国平均よりも高くなっている。また、本県は一人勤務のへき地診療所が多く、従前から自治医科大学の義務年限内の卒業医師に担っていただいている。平成31年度から岐阜大学の地域枠の医師についても、岐阜圏域以外の中小病院に行っていただけるよう、制度の見直しを行っていく。	岐阜

平成29年度第3回 岐阜県圏域地域医療構想等調整会議 主な質問・意見

番号	項目	質問・意見	当日の回答・対応等	圏域
44	医師確保	医師不足診療科の医師確保のため、特定診療科医師研修資金貸付とあるが、具体的にどのようなものか。	平成27年度から開始している制度で、不足診療科（産婦人科、小児科、救急科、麻酔科）について、専門研修を受けている方につき、月10万円貸与している。借りた年数と同年数を勤務することにより修学資金の返済を免除するというもの。毎年8人分の予算を計上しているが、今年度は3人の応募しかないという状況。引き続き制度の周知を図っていく。	岐阜
45	医師確保	地域枠自体に診療科の網をかけることが必要かと思うがいかがか。	偏在は地域と診療科の2種類あり、診療科の偏在をどうしていくかというところ。入学時に研修資金を借りていただいて、勤務していただくのが望ましいと思うが、全国的に少数例かつ、実施している県にしても実績が上がっていない状況ということもあり、診療科の網をかけることについては、慎重な姿勢。	岐阜
46	医師確保	診療科の偏在、産婦人科、小児科、救急科、麻酔科が不足診療科とあるが、外科も相当減っている。外科の方がむしろ深刻な状況にあることを認識しておいていただきたい。		岐阜
47	医師確保	地域枠の卒業医師が医療機関で勤務しているが、本人の希望が主ということで、本当に医師が必要な医療機関に行渡っていない。特に若い世代は都会志向なので、都会から通えない揖斐、中濃、東濃、飛騨というのがなかなか効果が出てこないと思う。地域枠とか、岐阜圏域の中核病院から医師を派遣する権限のようなものを県として検討して欲しい。	修学資金制度上は、岐阜医療圏以外に少なくとも3年勤務としているので、今後数年で岐阜医療圏以外の医師不足医療圏に医師が流れてくると考えている。地域枠卒業医師に対するキャリア支援については、地域の実情や要望を反映させた形で勤務していただけるようなプログラムを作ってもらえるよう、岐阜大学のコンソーシアムと調整していく。	西濃
48	医師確保	地域枠に、市町村長の推薦を受けて奨学金を増額するコースを創設することだが、実際に医療機関で働きだすのは、6～7年後。大学医局の権限もなくなったので、どこかで何らかの権限を持ってやって欲しい。地域医療を維持していくにはもう少し強力でやっていかないと難しいのではないか。	平成31年度から、地域枠28名の中に地域医療コースを作り、出身地の首長の推薦を受け合格した場合は、義務年限として出身圏域に4年、うち少なくとも2年は出身地の首長が指定する医療機関に勤務するという制度を適用しようと考えているところ。ただ、時間がかかるので、来年度からの新専門医制度の中にキャリア支援をするプログラムの中で、地域で勤務してもらえるよう大学と調整していく。	西濃
49	医師確保	自治医大の学生は地域医療の必要性を学生時代から教育されているので、意識が高い。一方、地域枠は一般枠と一緒に入学するので、学生時代に地域医療に貢献する必要があるという認識がそれほど高くないと思う。地域枠に対し、早い段階から地域医療に貢献するという目的で入学しているという教育を徹底していただかないと、最終的に自分の都合で都市部で働くことになるので、そのあたりを考慮して対応していただきたい。	大学では、年に数回面接をして意識付けを行っていたり、入学してすぐの説明会の際には、県から地域医療の重要性に関する講演をしている。この他、修学資金の面接の際に話をしているものの、必ずしも十分でないため、今後、十分なアプローチ、意識付けを行っていく。	西濃

平成29年度第3回 岐阜県圏域地域医療構想等調整会議 主な質問・意見

番号	項目	質問・意見	当日の回答・対応等	圏域
50	医師確保	地域で働いた場合に、専門医取得に有利になるようなインセンティブがないと、地域偏在を解消するのは難しいと思う。専門医制度のプログラムについて、県としても検討や提言してもらえる余地はあるか。	各都道府県ごとに専門研修にかかる都道府県協議会を設置しているところ。本県においても、臨床研修病院協議会を母体として、市町村、医師会にも参加いただき、連携施設の圏域ごとの偏りがないか、プログラムが基準を満たしているか等、ご意見をいただいている。また、国の方で、医師の少数区域を設けて、その区域で勤務した方には地域医療支援病院の管理者になれるようにする等、検討されているため、その動向を見ながら、県としても対応していく。	西濃
51	医師確保	研修プログラムの中で、専門医を取得しやすいような仕組みを作れないか。地域で働くことにより専門医を取得しやすいとなると、今から専門医を取得する若い医師にとっては魅力的なことかと思う。	新専門医制度の趣旨とのバランスを考えながら、どの程度配慮できるか、専門研修の都道府県協議会で検討していく。	西濃
52	医師確保	医師の偏在対策に対して、都道府県協議会、地域医療対策協議会が主導的な役割を果たすという文言を入れた方が良いのではないか。	都道府県協議会の役割については、今後の施策で記載しているところ。専攻医のことについては、都道府県協議会の中で検討して、できるだけ多くの専攻医が県内に残る、初期研修から専門研修に移った場合でも残ってもらえるような取組みを進めていく。	西濃
53	医師確保	地域のことを考えると臓器のスペシャリストよりも、総合診療医（プライマリケア医）が重要かと思う。総合診療医の重要性を教育の中でしていく必要があるように思う。		西濃
54	医師確保	中濃圏域は医師が少ない。人口10万対医師数も155.3人。次に多い西濃圏域が165.2人。中濃圏域の人口は30万人なので、医師が30人少ないことになる。 仮に、医師育成・確保コンソーシアムにおいて、県が育て上げた後期研修医を30人を中濃に配置して欲しいと要望すれば、実現できることなのか。	地域枠の学生については、3年間は岐阜圏域以外に勤務するという制度になっているので、中濃などの医師不足圏域に医師を送っていく必要があると考えている。 地域枠の学生は、医局に入ってみえるので、プログラムを策定するにあたって、医師不足地域に派遣していただけるようなものに検討する余地はあると思う。	中濃
55	医師確保	地域枠の制度ができて、医師の適正配置を行う仕組みが作られたけれど、実際のところうまく配置されていないところに問題がある。 調整会議で具体的に議論をする中で、どこにどの診療科の医師が不足しているという話が出てくる。現場のニーズを示して、これだけ必要だという具体的な数値をこの会議で議論していくことを始めても良いと思う。	コンソーシアムの組織運営委員会の構成員が9から21に増えた。また、臨床研修病院のみでなく、医師会、病院協会、市町村、へき地医療の代表の方々の意見を反映させていき、医師育成・確保コンソーシアムの方も変える方向で検討している。	中濃
56	医師確保	地域枠の医師の配置については、自由なところがあるので、県から意見を出してもらって、調整していただけると良いと思う。	各地域における意見を、会議の場や岐阜大学の方に提言していく必要があると認識している。	中濃

平成29年度第3回 岐阜県圏域地域医療構想等調整会議 主な質問・意見

番号	項目	質問・意見	当日の回答・対応等	圏域
57	医師確保	地域枠については、今後6年間でなくなる可能性がある。国の制度が変わっても、県としては継続していくということによいか。医師確保上、重要かと思う。	岐阜大学の地域枠は臨時的措置なので、本来であれば29年度末で終了する予定のもの。国と協議して、28名のうち、15名については、平成31年度末まで定員が継続される。残りの13名は当初から31年度末までの予定なので、協議等はしていない。 県としては、県内の医師確保の状況を踏まえて、国に対して、引き続き維持していただく方向で要望していく。	中濃
58	医師確保	地域のニーズを把握できていれば、地域枠が足りないのか十分なのかという議論をすることができる。 今後地域医療構想を進めていくにあたり、機能分化し、ネットワークを作り、効率化を進めることが重要。そのためには、どれだけの医師を配置すべきかといった議論が必要。現場でどれくらい医師が必要かという議論を来年度以降進めていきたいと思う。		中濃
59	医師確保	岐阜圏域以外に3年間勤務するということはあまり実効性がない。例えば、医学部の4年生を集めて地域医師会、病院が求めていることを直接学生に訴えかける機会を作ってもらったほうが良いと思う。自治医大は地域医療のマインドの教育を密に行っている。	地域枠の場合は、自治医大と異なり、人事権がないので、簡単に医師の配置を変えることができないのが現状。 県から地域枠の学生に修学資金を貸し付ける際に、地域医療を支える義務があることを説明し、大学からも年に1回面接をしていたところ。 また、地域医療セミナーに、自治医大のみならず、地域枠の学生にも積極的に参加してもらい、意識付けを行っていく必要があると考えている。	中濃
60	医師確保	当直できる医師が全国で8万人、全国8,000病院あるため、1病院あたり10人程度。大学病院等若い医師が多く勤務する病院もあるので、平均するとギリギリの体制で当直を行っている。国の方で、労基法を考慮して、医療提供体制を維持するために必要な人数はこれくらいと示してくれば現場で問題は起きない。医師確保も病院任せになっている。もう少し国の方で検討していただきたいと思う。		東濃
61	医師確保	新専門医制度の登録について、3県は外科の登録が1人しかいなかった。内科も1人の県が非常に多くあった。地域で議論してと言われても、医師がいないところでどうするのかということになるので、県からも国や専門医機構に意見していただきたい。	専門研修にかかる都道府県協議会において、実際の配置状況を見ながら、偏在解消に向け検討していく。国レベルの課題については、協議会から専門医機構に意見を提出する権限があったり、知事会を通して専門医機構に要望しているため、配置の状況を見ながら対応していく。	東濃
62	医師確保	新専門医制度は、給与面、各診療科の専攻する人数枠も決まっていない。この状況で制度を始めることは不適切なので、いったん凍結するしかないと思う。	国の方で医療法改正の議論がされており、その中で都道府県協議会に法的に権限を持たせるとか、専門医機構の位置づけも国の方で議論を進めているところ。新専門医制度の凍結は現実的に難しいと思うが、県内の状況を見て、都道府県協議会の意見を踏まえて、県として専門医機構に提言していく。	東濃

平成29年度第3回 岐阜県圏域地域医療構想等調整会議 主な質問・意見

番号	項目	質問・意見	当日の回答・対応等	圏域
63	医師確保	地域医療構想において適正な病床を設定したとしても、マンパワーがなければ適正病床は利用されない。医師不足の一番の問題は地域偏在と診療科偏在。修学資金貸付、研修プログラムの魅力を高めても先行きは暗い。なぜ国は素早く的確にできないのか、責任はどこにあるか伺いたい。	国の方で働化している動きについて話をさせていただくと、医師の地域偏在が深刻と言うのは全国的な課題。国が臨床研修医制度、医療法改正で何を考えているのか、真意までは分からないというのが正直なところ。偏在対策が何よりも大切ということが議論されている。	東濃
64	医師確保	東濃地区の病院のほとんどが愛知県の大学の医局からの派遣。愛知県の大規模病院においても医師の引き上げが始まっていて、岐阜県はもっと厳しい状況が起こっている。医療関係者だけでなく、住民にも現状を共有していただき、今以上に連携等を進めていく必要がある。	特定健康診査の受診率を上げ、病気のリスクを把握しコントロールすることが、医療現場の負荷を減らすことにつながる。医療は、医療従事者と地域住民と行政で作りをあげていくものなので、もう少し危機感を持っていただき、基礎自治体においても、啓発等にご尽力いただきたい。	東濃
65	医師確保	高山赤十字病院の循環器内科が引き上げられるとのことで、県としてこの問題を解決するための対応をしているのか。	県で、高山赤十字病院に医師を持っていくことは難しいので、現状でどのような体制を取っていくか、保健所長、医療関係者の皆様に集まっていたいで、協議しているところ。	飛騨
66	医師確保	問題は循環器だけではない。久美愛厚生病院だけで対応するには限界がある。下呂市の金山地域は南に搬送できるが、下呂市中部から北は高山赤十字に搬送している。高山赤十字が無理な場合は、久美愛に搬送している。このままでは飛騨地域全体の救急がダウンするような、本当に危険なことだと感じている。		飛騨
67	医師確保	飛騨に循環器内科の医師は7人いるが、実質は3人、つまり1チーム。医師は患者を助けようと努力するが、マンパワーには限界がある。地域住民を救うためにどうするか考えているので、行政としても医師が来るように働きかけてもらえないか。	職業選択の自由の問題もあり、医師の勤務地を縛ることができないので、難しいところ。地域枠の学生を養成したり、県として可能な限りの施策は実行しているので、ご理解いただきたい。	飛騨
68	医師確保	医師不足にも限界がある。県総合医療センターや県立多治見病院から医師を送っていただけませんか。医師同士の交渉力には限界があるので、支援いただければと思う。	ありとあらゆる手段を使い対応していきたい。	飛騨
69	医師確保	医師確保は、病院単独では限界がある。地域の自治体に協力いただいて、何とか凌いでいるが、医師確保のシステムについて何か具体的なものがあれば良いと思う。		飛騨
70	看護職員確保	看護職員の復職支援制度が充実してきたこともあり、頭数と常勤換算人数が一致していない。実労働者としては不足感があるので、そのあたりも踏まえて目標設定していただきたい。	働き方改革等の影響もあり、国の需給見通しが遅れている状況。今後算出される需給見通しの結果を踏まえて、看護師確保対策を検討していく。	岐阜
71	看護職員確保	助産師は養成数が少ないが、産科医が不足していく中で期待されている職種である。看護師、助産師と分けて考えていただいた方が良いのではないか。	保健師、助産師、准看護師は全国平均を上回っているものの、地域偏在がある。看護師は全国平均以下で、准看護師でカバーしているという状況もあるため、職種、地域別に看護師の確保対策を検討していく必要があると考えている。	岐阜
72	看護職員確保	高等学校無償化になった場合、准看護学校も無償化になるのか。	准看護師学校の授業料については、看護大学、看護専門学校とのバランスを見ながら検討していくべき事項。授業料以外の部分で引き続き支援させていただく。	岐阜

平成29年度第3回 岐阜県圏域地域医療構想等調整会議 主な質問・意見

番号	項目	質問・意見	当日の回答・対応等	圏域
73	看護職員確保	看護師不足はどの医療機関も問題となっている。民間の紹介機関等が大手を振っているが、おかしいような気がする。県として、何か指導した方が良いのではないか。	県では看護協会に委託して再就業される方を紹介、相談に応じるナースセンターを設置しているところ。昨年1年間で490人ほど再就業されているため、活用を検討する余地はあるのではないか。	岐阜
74	看護職員確保	コメディカルの地域間格差が現実的になっている。郡上では、募集しても集まらない状況。看護師も将来、人口10万あたり何人になると目標が出ていますが、どのように計算されているか分からない。同じ中濃圏域でも岐阜市に近いところと郡上のようなところでは、コメディカルの応募の率も変わってくると思う。	看護師については、国の方で需給見通しを出してそれに基づき、県で算定して反映する予定にしていたが、働き方改革等の影響があり、看護師についても需給見通しの算定が遅れている。平成30年の下半期に各都道府県に対して算定ツールを提示して、それに基づき31年に公表される予定になっている。第7期保健医療計画に反映できないので、今の数値は平成24～28年の数値を置いている。	中濃
75	その他保健医療従事者確保	県内には、言語聴覚士を養成する機関が少ない。今後、高齢化が進む中で、嚥下の問題は避けては通れない。	言語聴覚士については、県内唯一の養成所も入学定員が埋まっている。高校生に十分に理解されていない状況なので、今年度から高校生を対象に言語聴覚士の仕事、役割を周知するための出前講座を始めたところ。	中濃
76	その他	長良川流域と木曽川流域で患者の流れも、医療提供側の流れも異なるので、それぞれに分けて分析、対策を立てる必要があるのではないか。	今まで二次医療圏ごとにデータを作っていたものを、長良川流域と木曽川流域で分けることができれば、議論することは可能と考えている。	中濃
77	その他	過去に数回、調整会議を行ったが、何かしらの成果はあがっているのか。	病院が合併して、病床数が減ったというような大きな成果はないものの、地域における研究会等、小さな成果は各圏域であがっているところ。	中濃
78	その他	保険者として、住民が病気にならないような施策を色々と打っているところ。疾病予防等について、住民に啓発することが保険者の仕事と思っている。		中濃
79	その他	保健医療計画の各種施策が県民に分かりやすく伝わるよう、理解しやすい資料で周知していただくとありがたい。		中濃
80	その他	保健医療計画は、行政の医療政策の目標を定めるものという認識で良いか。	医療関係者、県民とともに行政が策定しているもの。行政だけの目標ではなく、医療関係者も目標に基づいて行動していただく必要がある。	飛騨
81	その他	医療は産業なので、就業施設としての場所も含めて地域で考えていけないといけない。産業として考えた場合、病院の機能を縮小することによって大きく疲弊してしまう。広大な飛騨圏域をどのようにカバーするのかを含めて検討していきたい。	地域医療構想においては、限りある資源を効率的に使っていくことが重要。現在の病床数が適切なものかを含めて、地域医療構想等調整会議で検討していく。	飛騨