平成30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	圏域	議題	項目	質問・意見	当日の回答・対応等
1	中濃	議題１		各病院の常勤医で、当直医が回っているかどうか、この確認をいただきたいと思う。働き方改革により当直医で回せなくなると、どこかに依存しなければならないことになる。その土台となる大学等が出せるかという話になるので、当直医が自分の病院の専従医で回せるかどうか、あるいは応援に来てもらって、回しているかの確認をできるとよい。	ご意見を踏まえ検討させていただく。
2	中濃	議題１		今後の方向性を示すために、今回はアンケート調査を実施したとのことだが、今の説明の中では、県全体との比較等、当たり障りのない説明。中濃圏域で何が足らないのか、何が必要なのかという分析まで至っていない。 中濃圏域は広い圏域で、点在している病院それぞれのところでやっていて、病院間は離れている。一つの機能だけをそこの病院においておくことがなかなか難しく、いくつかの病院がそれぞれの機能を持ちながら、完全な機能分担をすることは難しい。そういうことを分かるようにするためには、人口あたりの医師数も大事だが、限られた人員で地域医療を回していることが分かるようにしていただきたい。都市部と比べてどうするのかという話ではなくて、中濃地区の中にも都市部とそうでないところがあるので、そういったところ見ていかないと分からないのではないか。郡上であれば医師の高齢化が進んでいる。これらの数字を示すためにはどのようなデータを使った方がよいか検討いただけるとよい。	中濃圏域においては、圏域でまとめるのではなく、もう少し詳細な地域ごとに議論すべきだというご意見をいただいている。 地域についても、圏域全体についてということではなく、さらに区分けした市町村にすると、細かくなりすぎて個別の医療機関の数字が出てしまう可能性があるので、公表できるかどうかという点はあるが、詳細な区域ごとに分析できればと考えている。
3	中濃	議題１		紹介率・逆紹介率というものがあるが、これはアンケートの中で出された数字ということでよいか。	アンケート調査結果の生数字を載せている。各医療機関で把握されている数値と思われる。
4	中濃	議題１		いくつかの公立、公的病院は開設者が同じ場合、紹介率・逆紹介率に入らないため、数字が低く出ていると思われる。	今のご指摘を踏まえて、注意しながら分析していく。
5	中濃	議題１		個別の医療機関の機能が出てくることと、圏域内の医療機関の機能を合算していったいどういうものなのかということ、どちらを明確にしないといけないのかということが1点。 個別の医療機関が将来の方向性を考える中で、全体の中での立ち位置を考えていくのか、自分の病院のデータをもとに考えていくのか、それらに資するデータを提示していくことが大事なことかと思う。 治療状況はこうですよと何となくは分かりますけど、それぞれの医療機関がどのようなファンクションで将来に向かって持っていくかということを考えるときに、これら資料からどう読み取るかと考えると、少し難しい。 個別の医療機関の情報について、ほとんどの情報はオープンにされているものなのでそこまで蓋する必要もないと思われる。これらの情報をどのようにつなぎ合わせるかということを検討しないといけないと思う。	アンケートの項目自体は基本的な情報を調査しており、主眼は今後の方向性。民間の医療機関においては今まで聞いていなかったので、2025に向かって自院はどのようにしていきたいかという点を聞くのがこのアンケートの肝。調査項目1については、病院の基礎的な情報をお聞きしている。今後アンケートの項目の中で分析を行いたいと考えている。

番号	圏域	議題	項目	質問・意見	当日の回答・対応等
6	中濃	議題１		病院を拠点にして10キロごとの半円を描いてそこにどれくらいの人口がいるのか、中核となる病院がどのような政策医療を担っているのかということなど示し、機能の重なり、人口状況等を見ないと、例えば二次医療圏の南の方には担える医療機関があるとなっても、郡上から見ると遥か彼方なので、郡上のあたりで機能を持つ必要があるという議論になる。 政策医療については地理的情報、円の中の人口数を照らし合わせたときに、どれくらいあっているかということを中濃圏域以外にも全圏域の状況をみるとよい。医療圏自体を変更することは容易でないと思うので、それでも置いておかないといけないのか、それとも機能をずらしてもいいのか、議論していくためには、そのような情報がないと分からないと思う。 これだけで何かを解析して新しいものを出していくというよりは、もう少し他の情報とリンクさせる必要がある。一番は地理的な情報と、距離、円の中の人口とかの情報を見ないと立ち位置が分からないし、これらが分かれば地域住民に説明する際の資料の1つになるので、可能かどうかを検討いただけるとよい。	ご意見いただいたように、客観的なデータをもとに、距離・面積・人口等でこの地域を見るとこんな感じということをお示しし、議論できると良い。
7	中濃	議題１		基準を作るのが難しいことは十分承知しているので、地域の実情として、住民が納得するようなことなのかということ。半径10キロ以内に数人しかいないけど医師1人、100人いるから1人、200人いるから1人など、それぞれ地域の実情がある。どうやったって移動できないところと、タクシーやバス等の公共共通機関が充実しているところとで異なるため、一律に距離、人口等で区切ることができないことは分かるが、ばらつきがあるのは当然のことなので、ばらつきの中に、当該地域はこうだよと言えることが大事。 感情的にこの地域に医療が必要だとか言い出すと決めることはできないので、地理的情報とかとのリンクをするべきかと思う。	

番号	圏域	議題	項目	質問・意見	当日の回答・対応等
8	中濃	アドバイザー意見		このような会議がなぜ催されるようになったかというと、少子高齢化により医療費が上昇しているが、国として十分な財政支出ができない。今までは国が要望をすべて聞いてレスポンスするという体制だったのが、地域の実情を加味し、県単位でやっていただこうと、国が県に丸投げしている状況。いきなり県に投げられても県庁だけで行うことはなかなか難しい。国の方から言われているのは、県庁がリーダーシップを取って、医師会や主要な病院の三者でこの地域の医療をどのように守っていくかということを議論していただきたいということ。 　もちろん細かく地域を分けた方が良いことはわかっているが、あまり細かく分けすぎると、かえって大変なので、二次医療圏の大小はあるものの、国から二次医療圏ごとという指定がきており、皆様方に集まりご議論いただいている。この会議で何を行うかということは、データを集めることではなくて、この地域をどのように守っていくのかという話。医療提供体制についてもデータに基づいて検討しなければならない。その地域の医療を守る。その地域の経営をすることを考えたときに、どのようなデータがあれば先生方は考えられますか？というのが国からの質問。 　とりあえずたたき台がないといけないので、県庁が分析してこのようなデータを出した。このデータで不十分なことは県庁も分かっている。先生方はどのようなデータがあったらできますか？ということです。南にはいい病院があるが、北にはそれが影響しない。どういうデータがあればうまく回せるか。そういった議論をしていくうえで、どのようなデータが必要と考えていますか。ということ。 　例えば、コンビニはすべてデータで分析をしている。雨の日には何が売れるのか分析して経営が成り立っている。では、地域の医療はどのようなデータがあれば、分析して適正な医師数の配置、地域でのバランスが取れるのかということを議論いただきたいと思う。この地域の方針としてまとめて、国に出していただいて、また、うまくいっているのであれば、検証するデータも併せて出してくださいねと言われている。国としてはデータ分析を求めているのではなくて、この地域の医療をどうしていくのかを考えることを求めている。 　それぞれの病院の分析はそれぞれの病院でお願いして、地域の事柄については、皆さんで協議していきましょうと、それを県庁が旗振り役となってやっていく。県庁のみでは分析することは困難であるため、大学もサポートに入るようにということで、我々が入っている。我々も全部のことが分かるわけではないので、どこまで分析できるか分からないが、できる限りサポートさせていただく。地域の医療をどうしていくか考えるために必要なデータは何かということを考えていただきたい。	
9	中濃	アドバイザー意見		データ分析だが、レセプトデータを分析すれば、コンビニが今やっているような分析はできるということ。同じことを真似しながら分析するというのは、国の施策として、ビッグデータで分析するというものにつながってくる。県庁としてこのようなデータを皆さんに提示することは可能か？ 　どの地域から患者が来るんだろう、自分のところで診ていた患者をどこに紹介したかなどの分析は各医療機関で行っていると思う。県庁として岐阜県全体の人の動きや、県外に出ていく人の動き分析できる方法を持っておられるかどうか。	レセプトデータ等、NDBの方で厚労省からご提供いただいている。ただ、現時点で活用して分析してということはできていないというのが現状。職員だけで行えるかというと分からないところ。こういうデータ、こういう分析が必要というご意見があれば、自分でできることは自分でやるし、自分でできないものは大学等に委託にだして分析いしていただく。データ自体は、厚労省のデータを持っているので、あとはどのように分析するかというところ。

番号	圏域	議題	項目	質問・意見	当日の回答・対応等
10	中濃	アドバイザー意見		愛知県庁と名古屋大学病院が連携して、200か所以上のDPCデータの分析を実施している。それぞれの病院で先生方が分析していると思われるが、今年は県内全部の対象医療機関のデータ集めている。DPCに追加してNDBのレセプトデータも加えて解析しようと取り組んでいる。じゃあ岐阜県もやればいいという話であるが、これは愛知県と名古屋大学が契約を結んで、許可を得てやっているもの。勝手に名古屋大学がデータを持ってくることはできない。名古屋大学が岐阜県のデータを分析してもいいよという許可が得られるのであれば、そういうことをお手伝いさせていただくということになる。先生方に権利があるので、勝手に名古屋大学や岐阜大学がやれるものではない。頼まれて始めてできるもの。でもそんなの必要ないよということであれば、そういったデータはなしで、ご議論を進めていただければと思う。議論を進めるうえで必須ではない、必要であれば手助けさせていただくということでご理解いただけたらと思う。	
11	中濃	議題１		中濃圏域はとても広く、長良川流域と木曽川流域で人の流れが違うということが最初の頃から意見として出ていた。県の方も認識しているし、地域医療構想にも同じようなことが書いてあるかと思う。中濃医療圏としてどんぶりに入れて、平均とはこうですという示され方をされてもうまくいかない。長良川流域と木曽川流域で分けて、分析しないとうまくいかないんじゃないかということをお伝えしたい。	今後の分析の際の参考とさせていただく。
12	中濃	議題１		今年からこの会議に出席しているが、この会議の目標が2025年の必要病床数であり、これは絶対に動かせないものと思っている。これまでの議論を聞いていると、根拠となる数字がないのにどのように決めたのか。これは決まっているものなので、時間を戻してはいけないということで発言をしてこなかったが、不確定な数字をもとに我々は議論していると思ってしまうが、正しいのか。これは、検証された数値として絶対的なものなのか。	地域医療構想策定時には、2025年の医療需要を推計して、それに基づいて2025年時点の必要となる病床機能はどういうものかという分析をした。必要病床数を出すにあたっての医療需要の見込み、計算式等は厚労省から示されており、計算式は全国一律のもの。全国同じ考え方に基づき算出されているものなので、現状を深堀して分析する、地域医療構想達成のためにどのような取組みが必要かなどを検討する。
13	中濃	議題２		必要病床数は、現状のデータが変われば変更していくこともあり得るということでよいか。	必要病床数自体は変更しない。
14	中濃	議題１		前回の調整会議で、県が出された資料において、患者がこれから増えるというデータを出された。急性期が必要とか、療養が必要だとか年齢が高くなるにつれ、医療の内容が変わっていくだろうというデータを示していただきたい。 実際に患者が増えていくのにこれだけ急性期を減らしていこうとするのはおかしいという意見が出たと思うんですが、そういうことを示すデータはあるかと聞いたところ、ないという回答だったと思うんですが。データが揃っていないときにこれが絶対的な数字ということは、納得しがたい。	必要病床数自体が2025年の医療需要を示す参考値。地域医療構想にもこの数字にしなければいけないという基準ではなく、2025年の需要を見ていただくための参考値として一定の計算式のもとに示したものと記載されている。病床機能報告上の現在の病床数と必要病床数の乖離があり、定量的な基準を都道府県ごとに考え、補正をしたり、追加で調査をしたりとか、分析したりすることは必要と思っている。 NDBや各種データの分析を県の方でやっているのかといわれると十分にできていないのが実情。このようなデータが欲しい等、皆さんからお話を伺えれば、自前でやるのか委託するのかも含め、検討したい。
15	中濃	議題１		出だしに病床数ありきで始まったので、こういう話になっている。我々は医療サービスが薄いところをどうにかしようと思っている人ばかり。今後この医療圏で医療を良くしようと思うと、必要とされる患者数がどれだけなのか把握することが1番目、ドクターの数がどれくらい必要なのか把握することが2番目、そのあとに病床数だと思う。病床数はあとからついてくるもの。 特に先ほど紹介いただいた、診療科別の医師の在籍状況の欄、例えば、脳外科の医師が在籍する医療機関が３あるが、くも膜下出血したときに手術できる脳外科医がどれくらいいるかとなると、３ではない。長良川流域では中濃厚生のみ。この会議で必要な医療を決めていくのであれば、そこまでやっていかないといけないと思う。	必要病床数を参考値にしているのは、当県に限らず、全国同一。必要病床数はあくまでも参考値であって、参考としながらそれぞれの圏域で必要な将来の医療提供体制を考えましょうというのが地域医療構想。そのために必要な分析、細かな分析を考えていきたい。

番号	圏域	議題	項目	質問・意見	当日の回答・対応等
16	中濃	議題２		参考資料２－２と２－３に全く同じ項目が入っている。急性期、回復期どちらの項目になるのか。これらについてはどのように分けたらよいか。	この項目は急性期、この項目は回復期と明確に区分することは困難。全身管理の状況は4機能すべてに関連する項目となっている。 この項目の中で、入院基本料ごとの分析や、大阪府の分析のように7対1の特徴を示してみるとか、分析してみないと分からないので、何とも言えないところ。項目の候補からは外していないということでご理解いただきたい。
17	中濃	議題２		このような項目がたくさんあるが、一人の患者が高度急性期から回復期まで流れてくる。そのような中でどこまでが急性期、どこからが回復期という分類をすることは難しい。2週間過ぎたら急性期じゃないとかという判断もなかなか付けられないと思うし、例えば、混合病棟で、婦人科や内科が混在していることもある。婦人科であれば、月によって出産数もいろいろ変わってくる。ある時期は急性期、ある時期は回復期に近い機能になっているという地域の事情を踏まえると、診療報酬的な区分はあるにしても、急性期と回復期を分けることによって、どのように地域医療を守っていこうというような資料になるのか、なんとなく厚労省が言っているように分けておきましたというようになるのかどちらか。 ある一定の時期を超えたら回復期機能と整理することは適当ではないと思う。回復期の実績が多い場合は回復期病棟と示していきたいのか。	病床機能報告上は急性期として報告されたところでも、色々な機能、医療内容が提供されているので、単純に4つの機能だけで分類して急性期が多く、回復期が足りないという状況になっている。そこの4機能だけにとらわれると、実態を捉えることができないのではないかという意見が多数あった。急性期の病棟のうち、回復期的な性格を持つ医療を提供する病棟もこれくらいあるということを把握するための目安として示している。
18	中濃	議題２		地域の病院だと急性期か回復期を混合でやっている。機能を分類したからどうこうではなくて、一人の医師がずっとみている。急性期を過ぎたらすぐに退院させることはできない。	今回示した案１～案３は、病棟ごとに示しているので、色々な病期の患者が一つの病棟の中に入っているというところは反映できておらず、季節変動についても、6月1か月間のデータをご報告いただいており、冬場の状況が反映されていない。実態を100%把握するデータを示すことは難しい。その中で先行している府県は協議をしながら、基準や区分を定める取り組みを実施している。
19	中濃	議題２		奈良とか大阪は病床機能はこの基準を使っていないのか。別にもう一回報告しているということか。	病床機能報告の様式２で具体的な医療の内容をご報告いただいており、そこのデータを利用している。大阪府については、報告を出し直させてはいない。ただし、奈良県については、救急と手術の件数の基準の他、具体的な医療の内容について各医療機関にアンケートを実施しており、病床機能報告とは別に報告を求めている。 いずれの県もこの基準でもって、病床機能報告の内容を変更してくださいということは求めていない。あくまでも実態を把握する目安として実施しており、病床機能報告とは連動しないという前提に行っている。当県も同様に考えたい。
20	中濃	議題２		政策を行うためには、集計や分析をきちっと行う必要がある。先ほどアドバイザーが言われたように、どこかの機関が客観的に分析すればデータとして出るわけですから、そのあたりの曖昧さが分からない。 新しい基準に置きなおして分析し直してみたら、既に理想的な分類・数値になっていた場合、今後取り組みは進める必要はないということでよいか。	集計しなおしてみて、今の現状の病床機能報告と乖離がないということになればもちろんあり得る。病床機能報告を実態通り報告いただいていますということで議論が終わる可能性もある。

番号	圏域	議題	項目	質問・意見	当日の回答・対応等
21	中濃	議題２		必要病床数に合わせるという形では、基準を適用した数値で合ってしまったから調整会議での議論は必要ないということになりますよね。 実際問題は数が合うかどうかは別問題として、このエリアで医療を提供するにあたって、このエリアでは非常に大きな問題がたくさんある。かなりの部分が医者の配置の問題に起因していると思われる。そちらの方が重要だと我々は考えていて、病床数の合わせ、基準を変えて集計しなおして、結論としてそれで解決されたと、そういうレベルの問題と、議論している内容が２つあって、どちらを優先させるかということについて、我々としては、今少ない人数で医療を提供している現状を今後も担保したい。 若い人よりも高齢の方が支えているエリアであり、公立病院であれば65歳で定年になるので、10年、15年でその人たちはいなくなる。その後が非常に大きな問題だと思う。来年以降、地域医療対策協議会で用いる医師偏在指標が示されるということで、ネットでも小出しで情報が出ていますが、やはり二次医療圏単位でしか出てこないし、診療科については、産婦人科と小児科しかでてこない。実際に地域枠の人を分配するにあたって、どのエリアにはどの診療科が足りないのか、何年以内に配置しないとそこの医療が成り立たなくなるのかというデータを示して、県内統一の指標を用いてそこに配置してもらう。そのような議論をできると良いかと思う。	
22	中濃	議題２		大阪の基準は的を得ているなと思ったが、要は高度急性期、急性期というのは、重症な患者さんに対応するという項目をだしていて、サブアキュート、ポストアキュートが回復期に含まれている。つまり、救急車の受け入れがあった場合、例えばサブアキュート、回復期のところに救急車が来るという考え方もあるということでよいか。	ご意見のとおり。
23	中濃	議題２		回復期でも救急車は来ると。救急車が来るのが高度急性期、急性期と思ったが、患者の重症度合で、高度急性期、急性期、回復期、慢性期を分けていると考えていることでよいか。	大阪府はそのような考え方に基づくもの。
24	中濃	議題２		資料３の５－２において本県の案があるが、救急医療管理加算１は、救急車で来て、呼吸不全や、熱傷、カテーテルの処置が必要な患者等が該当すると思われるが、酸素が低下した患者さんは肺炎になるので、肺炎の呼吸不全だと回復期にきてしまう可能性がある。救急医療管理加算だけでいくと、救急車が急性期にも回復期にも行くという形になる。全身麻酔やカテーテル等、難しい治療をやっているという観点から選ぶ必要があり、救急車を受け入れているだけでは判断がつかないと思う。 定量的基準の案の２の中で、早期リハビリテーション加算というのがある。早期リハビリテーション加算は、発症もしくは手術後30日以内にリハビリを開始したら算定できる。そうすると、急性期のICUの時からスタートしていたら早期リハビリテーション加算に入ってしまう。そうするとICUが回復期的な機能に整理されてしまう恐れがある。	ご意見を参考に検討する。
25	中濃	議題２		回復期的だという項目はなぜ作ったのか。回復期がものすごく不足しているわけではないと書きながら、回復期的というものをわざわざ作っている。将来的には回復期的になると7対1を外されるのではないかと考えてしまう。	当県としてどういう表記の仕方が良いのか検討する必要があるので、またご意見いただきたい。 病床機能報告と診療報酬との結びつきはないと厚労省から回答は得ている。回復期的という言い方は今後検討する。 救急車受入件数ではなく、重症度でみるなら奈良県のような重症急性期と軽症急性期のように表記の仕方を変えるなど、検討の余地はあると考えている。回復期へ移行させたいという意図はない。
26	中濃	議題２		急性期という言葉を考えると、必ずしもイコール重症とは限らない。案を見ると、重症で手間がかかる人を選択しているように見えるが、例えば骨折なんかも急性期と捉えて良いかと思う。	大阪府や奈良県は重症、軽症ということで区分しているが、当県は違う観点から考えてみるというのは一案かと思う。いただいたご意見を参考にしながら検討する。

番号	圏域	議題	項目	質問・意見	当日の回答・対応等
27	中濃	議題２		在院日数で判断するのは、かなり問題があると思う。これらは、病棟の性質で決まってくるものですから、平均在院日数で切ろうとすると、人員配置を工夫していく必要があり、あまり適当とは言えないと思われる。	
28	中濃	議題２		ざっくり言ってしまうと、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの分け方を国は都道府県に丸投げしたということか。 未来の地域がどのように医療資源を維持されていくか、考えながら議論を行って欲しい。医師が急に出てくるわけではないし、今の医療資源の中で出来る範疇のものはどうか、正しい値を考えていかなければいけない。実際に、急性期がたくさん残ってしまっていて、どのようにしたら回復期にすることができるかということもあるのでしょう。将来的にみんなで考えて、高度急性期、急性期というのは、どういうものに行き着くのかということでこの案が出てきたということであれば、私としては案１をもっと細かく、急性期、重症のものに集めていって、やった方がよいのではないかと思う。	
29	中濃	議題２		この地域は医師も看護師も少ない。そういう前提で来ている。要は医療資源が少ないというところからスタートしていて、でも、どう転んでも簡単に医師が増えるわけでもないし、簡単に看護師が増えるわけでもないし、今ある資源の中で結局はやっていかないといけない。医師が欲しいものの、実際増える予想はなく、微増程度。医師を育成するのに6年かかるし、一人前になるのに10年かかる。看護師についても2～3年、一人前になるのに数年かかる。今ある資源でこの地域を守っていくためにどのようにした方がよいかを考えないといけない。 一番いいのは医師も欲しい、看護師も欲しいということだが、それができない現状でどうしていくかを考えていくしかないんじゃないかなと。あとはそれぞれが努力して考えていくしかないと思う。	
30	中濃	アドバイザー講評		県庁もまずは、皆さんの意見を集約していただきたい。現場の先生方が一番ご存知だと思うので、この項目は急性期だ、この項目は回復期だとご意見いただきたい。病状の重さもあるが、スタッフの数であったり、病状は変わりなくても急性期ということもあると思う。それぞれの先生方に意見を出していただいて、整理し直してみる必要がある。	おっしゃるとおり。今回の調整会議で決めて勝手に進めていくつもりはまったくなく、今回は、大まかな基準しかお示ししていない。またご意見聞く機会を設けて、皆様方の意見を聴いていく中で考えていきたい。
31	中濃	アドバイザー講評		県は予算があるので分からないが、次回までに数人の先生でワーキンググループを作って検討していくのはどうか？ この地域の重症はどのようなものか、回復期はどうかというものを出してもらうワーキンググループを作った方がよい。	予算の兼ね合いもある。検討させていただく。

番号	圏域	議題	項目	質問・意見	当日の回答・対応等
32	中濃	アドバイザー講評		建設的な意見をいただいて、必要であれば、ワーキンググループを作るというのが現実的かなと思う。まずは各地域から意見を出していただくのが大事かと思う。 厚労省のブレインと話すことがあるが、今出てきている数字は机の上の数字で、机の上の数字だけで議論されると、現場の先生が混乱するという話をしているものの、国としても現場の意見をすべて踏まえて政策を打てるわけではないので、まずは机の上の数字を県庁に投げる、県庁としてはその数字をもとに議論するしかないという状況かと思う。 国の方から指示があるので、そうせざるを得ないというのが実情。ベッド数などが国で決められて、県庁に降りてくる。それぞれの県や地域によって実情があるだろうから、国の基準ではなくて、地域ごとにサブの基準を設けて、こういったものはうちの県は手厚くやっていくということを考えてもいいよ、ということかと思う。その基準を出すには実情を知っている人しか出せないでしょうと、言われている。アイデアがあれば出していただいて、それを詰めていく。県庁だけで意見を集約することは不可能だと思うので、現場の先生方から地域の実態はこうだとか、国が言っていることと合わないじゃないかなど、地域の実態に合わせた意見を出していただくのが大事かなと思う。	