

平成30年度第4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	質問・意見	当日の回答・対応等
1	中濃	議題1	他府県の定量的基準のしきい値はどうなっているか。参考にした県はあるか。	大阪府を参考に基準案を作成した。
2	中濃	議題1	大阪府は都市部、岐阜県は地方ということもあり、同様の基準とするのはどうか。似たような地域の定量的基準はどうなっているか。	定量的基準の先進県として、大阪府、埼玉県、奈良県、佐賀県の4府県があるが、大阪府と埼玉県は急性期の75%程度が分類されるという基準を設定しており、本県と似たような考え方。 8月に発出された厚労省通知によると今年度中に定量的基準を導入するよう求めていることから、各県とも、定量的導入に向けた協議の最中と思われる。 今回定量的基準を導入したとしても、他県の状況を見て、本県に採用できる考え方やしきい値の設定方法があれば、検討させていただく。 来年度になると、H30年度病床機能報告の結果をもとに算出することになるため、しきい値も変わる可能性もある。来年度以降も弾力的に考えていきたい。
3	中濃	議題1	75%の区切り方も、都市部と地方では異なると感じたので、岐阜県なりのやり方でやっていただけるとよい。 定量的基準の項目ごとの重さは考慮していないということではよいか。	そのとおり。大阪府も同様の考え方。一方、埼玉県は、項目ごとにしきい値を変えている。ただ、項目ごとのしきい値の設定の考え方も難しいため、本県は大阪府と同様に項目ごとに考慮はしていない。 項目ごとの重さは反映していない。基準項目には選ばれているが、実績が0という項目が多い。そういう項目では抽出されておらず、実績件数が比較的多い救急医療管理加算等に引っ張られている。
4	中濃	議題1	定量的基準を48項目で作って、最終的には、中濃圏域の急性期病床の21%が地域急性期に分類されたので、急性期病床の25%が回復期に分類されることを目標に考えるとまずまずの結果ということか。	本県の定量的基準の考え方としては、急性期と報告された病棟を細分化して見ようとするもの。急性期病棟を重症急性期と地域急性期と適用除外に分類しており、回復期として考えているわけではない。地域急性期を今後は回復期と見なすといったことではない。
5	中濃	議題1	今回検討した内容としては、急性期病棟の中で、重症急性期75%、地域急性期25%にするために、しきい値が設定され、項目ごとに重い軽いはあるにしても、さまざまな項目が設定され、適用した結果、地域急性期がおおよそ21%程度になったということか。	そのとおり。
6	中濃	議題1	定量的基準を適用しない病棟として、周産期（産科、産婦人科、小児科、小児外科）をあげているが、ハイリスク分娩管理加算を定量的基準の項目に抽出することに矛盾は生じないのか。	岐阜圏域でも同様の意見があった。岐阜圏域の調整会議では、項目から外してはどうかということであった。中濃圏域ではどうか。
7	中濃	議題1	ハイリスク分娩管理加算を外した場合、地域急性期の割合は変動するか。	ハイリスク分娩管理加算については、しきい値2.4を上回る病棟は、0.00ということで該当する病棟は1つもない。入れても外しても影響がない項目。岐阜圏域では項目から外してよいとの意見であった。
8	中濃	議題1	基準の48項目のうち、1つでも満たしていれば、月当たりの回数は1となるのか。 どれか1項目でも、月当たりの実施回数÷許可病床数がしきい値（2.4）以上であれば、その病棟は重症急性期ということ整理する。例えば50床の病棟で月30日あったとすると、1,500の延べ病床となる。その2.4倍必要ということか。	平成29年6月の1か月分の実績値を許可病床数で割り戻し、2.4以上であればカウントするという。項目ごとにカウントの仕方が異なり、病床機能報告の報告様式2に記載がある。1日につき1回とされているもの、入院時1回、退院時1回とされているものなどがあり、そちらに倣ってカウントしている。
9	中濃	議題1	このような基準を導入すると、実施件数が増えることが想定される。しきい値は流動的なものになるのか。	来年度になれば、H30年度病床機能報告をもとに、H30年6月1ヶ月間の実績をもとに考えることになる。それぞれの病棟で回数等も変わってくるので、全体の値も変わる。急性期病棟の75%程度が重症急性期に入る値ということになると、しきい値が2.4から変わる可能性もある。
10	中濃	議題1	定量的基準は、岐阜県全体の値で検討しているのか。それとも圏域ごとに検討しているのか。	各圏域ごとにデータを整理してみたものの、中濃圏域のみの特徴はなかったもので、県全体で統一的なものとしている。圏域ごとの特徴が見出させるようであれば、今後の検討事項と思う。
11	中濃	議題1	岐阜圏域の実績に引っ張られて他の圏域が不利な状況になるのは良くない。	圏域ごとの数字のチェックはさせていただく。

平成30年度第4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	質問・意見	当日の回答・対応等
12	中濃	議題1	重症急性期と地域急性期の分類は、2025年の必要病床数に向けての検討かとは思いますが、区別してどうしていくのか。あとは各施設の自主性に任せるといふことか。それとももう少し強制的なものか。	厚労省曰く、定量的基準の策定によって、地域急性期を回復期として報告せよといった強制力はなく、診療報酬との連動も考えていないとのこと。 定量的基準の根拠としては、厚労省の通知であり、回復期が大幅に不足しているという課題があり、それぞれ地域の現状を詳細に分析したほうが良いのではないかと問題意識によるもの。 現状の病床機能報告は、医療機関の自主的な報告であり、報告の基準も曖昧なところがある。定量的基準は、病床機能報告の基準を変えない前提で、診療の内容を細かくみていくという目的があると思われる。
13	中濃	議題1	今後人口減少を考慮し、既存病床数よりも少ない必要病床数を設定されているが、実際は入院患者数は増えるという推計を示された。 本当に急性期が必要な患者の割合がどれほどか把握できないと、急性期を減らす議論ができない。厚労省や県は、これらのデータをお持ちか。	データをお示しできるものは、調整会議でお示ししているが、十分でないという意見を頂戴している。来年度以降、地域医療構想アドバイザーの白鳥先生にご協力いただきながら、住所地ベースの患者推計、疾患別の患者推計等をお示しすることを考えており、議論の参考になるのではないかと考えている。
14	中濃	議題1	中濃地域MC協議会の資料をご覧いただきたい。本資料は、救急車の搬送件数の今後の推移について、県消防課の方で作成したもの。各消防本部の2013年～2017年の実績値とその後の推計が示されている。2013年～2017年の年齢階級別（10歳ごと）の人口に対する搬送率を算出している。この搬送率を将来推計人口に乗じて、搬送件数推計を示している。 救急車搬送件数は、今後も増え続け、ピークを迎える年度は地域によって異なることが示されている。 人口のピークが過ぎた後にも、救急搬送件数は増える。理由としては、90代の救急車搬送件数の割合が2割、80代が14%、70代が7%、60代が3.5%、それ以降は1～2%となっている。高齢になるにつれ、救急車の利用率は上昇する。今後救急車の搬送件数は減少したとしても、現在とさほど変わらない件数となるのではないかと。増える地域はもっと増えると推測される。	
15	中濃	議題1	救急車の搬送件数の計算式としては、年齢階級別の搬送率に人口推計を乗じたものと思われるが、推計にあたってのバックデータをお示しいただきたい。人口は減るものの、高齢化率は高くなるので、救急車の搬送件数は変わらないかもしれない。ただ、疾患は大きく変わることが予想される。高齢者特有の疾患が増え、それ以外の疾患は減ると思われる。 どのような疾患に対応する病院にしていくかという、機能分化の議論を地域で行う必要がある。	消防の方で、外因性が内因性かということは分かるが、詳しい病名までは紐付けできない。今後は脳卒中で搬送される方は減り、肺炎等で搬送される方が増えるかもしれない。超急性期、急性期に対応できる病院が限定されると、搬送に要する時間が延びる恐れがある。 搬送患者数のトータルボリュームは増える。
16	中濃	議題1	高齢者の救急が増えることに対する対応を考えていかなければならない。国は、肺炎や慢性心不全が増えてくると予測している。病院側がどのような受入体制を作るのが重要。一律に削減すればよい、既存のままでもよい、という議論にはならないと思う。 調整会議の場できめ細やかな議論を行ってけるとよい。	
17	中濃	議題1	ハイリスク分娩管理加算等は、しきい値2.4を超えるものがほとんどないので影響はないとのことであった。48項目あるうち、ほとんどが「0」であるが、項目に入れる必要はあるのか。	当初は治療実績が多いもの、7対1と10対1の乖離が大きいもの等を項目として設定していたものの、急性期らしい医療を考えるにあたって、件数は関係ないとの意見を多く頂戴した。実績件数が少ない項目は結果に与える影響はないものの、委員の意見を踏まえ、急性期らしい医療の項目として幅広に拾っている。

平成30年度第4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	質問・意見	当日の回答・対応等
18	中濃	議題1	重症急性期と地域急性期を分類することに意味があるのであれば、「0」の項目を入れている理由が分からない。急性期医療はこういう医療というものを定義したいのであれば、皆さんの意見のとおりというのは分かる。53項目から数項目だけを削ることに意味はあるのか。 重症急性期となる病棟の割合、75%というのは何なのか。78%や70%ではなく、75%なのはなぜなのか。大半は75%としているが、「大半」の解釈は各自異なるのではないか。	しきい値として何かしらの値を設定しなければいけない。現在、しきい値2.4としているが、1.0とするとほぼすべての病棟が重症急性期に分類され、一方、3.0にすると急性期病棟と報告のあった病棟のうち、半数以下しか重症急性期に分類されない。 埼玉県と大阪府が75%としていたため、本県も同様の考え方をを用いた。
19	中濃	議題1	埼玉県、大阪府が75%を設定した根拠はないのか。	関係者等と調整した結果、75%になったとのこと。
20	中濃	アドバイザー意見	症例ごとに検討して、疾患の重さ、治療の内容等を考慮して、どれくらいの患者がいるかということ把握することは理論上可能かと思う。国が持つビッグデータを解析して提示していただくと良いが、今はできていない。今行っているのは、重症急性期と地域急性期はどのような医療を実施しているのか考えるために行っているもの。各病院が将来的なベッドの機能を検討するにあたっての最初の議論。臨床的な意見と国が示すものとの乖離を指摘するための資料に過ぎない。 このような疾患は重症急性期にするといったように、この会議で検討してコンセンサスを得る。そして、国が示したものと地域の実情が異なっていれば、意見を言っていけばよいと思う。 当初5項目のみだったものが、48項目に増えたのも、臨床の視点からの意見があったため。今後は、症例、重症度だけではなく、入院期間も含めて検討をしていけると良いのではないかと思う。	
21	中濃	アドバイザー意見	定量的基準は、委員の先生方に練習をさせるようなもので、アドバイザーの中でも反対意見があった。厚労省としては、統計をもとに方向性を決めている。それに対して反論があるのであれば、地域で指標を作って出して欲しいと言っている。全部の地域で反論があるわけではないが、厚労省として、各県に定量的基準を策定するよう求めているところ。厚労省が有識者と協議して作ったデータに対して、いきなり地域で協議して指標を作るよう求められても作ることは難しい。 本来の目的としては、厚労省が示す指標に対して、地域の特徴を考慮する必要がある場合にエビデンスを出させるもの。エビデンスを出すために調整会議で議論する必要があり、かなりハードルが高い。	
22	中濃	アドバイザー意見	厚労省が示す指標は、全国一律で平均したが故の乱暴さがあり、それぞれの地域の特性とは異なるということか。 北海道の方と話をする機会があったが、札幌では看護体制を考慮すると真逆のデータが出てくるとのこと。医療費と入院日数と看護体制を加味すると、都市部と地方で真逆の結果となり苦慮していると言っていた。	
23	中濃	アドバイザー意見	DPCを導入した際の議論に似ている。長崎大学の場合は、島から患者が入院するため、平均在院日数が長くなる傾向にある、北海道も面積が広いので同様に長くなるといった地域の特性があった。厚労省としては、地域の特性があるのであれば、エビデンスを出すよう求めた。ただ、地域でエビデンスを出すことは困難であり、出せないのであれば、厚労省の案のとおりDPCを導入しますということであった。 厚労省は、今回の定量的基準についてもDPCと同じような手法を使っているように思える。	

平成30年度第4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	質問・意見	当日の回答・対応等
24	中濃	議題1	<p>厚労省は地域バイアスがあるので、地域で調整するよう求めているかと思うが、病気の発生割合は地域ごとにさほど変わらない。一番の地域バイアスは医師偏在。それを置いておいて疾患の議論や病床の議論はできない。医師偏在解消の方がよほど大事で、そちらを議論する必要がある。</p> <p>今後、誤嚥性肺炎と心不全が増えるだろうと予想される。心不全パンデミックが起これば、心不全の患者さんが爆発的に増える。医療費抑制という目的があるかと思うが、本当に必要な急性期の質が劣化しないか、懸念している。</p>	
25	中濃	アドバイザー意見	<p>DPC導入の際にも厚労省に意見を言った。厚労省としては、これ以上は難しいので、各県単位で医師をどう配分するかを検討してくださいということであった。県全体で医師を適正配置しないと地方が困ってしまう。疾患毎で大きな差異があるのであれば、何科の医師を増やすのか、減らすのかは医師が考えてくださいとのことであった。</p> <p>地域の医者が将来の地域医療をどうしていくかを考えることによって、地域医療が守られるかどうかが決まる。高齢者の入院先が無くなる等、医者が困るのであれば、地域でどうしていくか考える必要がある。そのための会議がこの調整会議。厚労省としては、この地域の医療をどのように守っていくかは、県ではなく調整会議に委ねられていると考えている。</p>	
26	中濃	議題1	<p>国の方で先日医師の多数区域、少数区域が示された。岐阜県内では、岐阜圏域が多数区域であった。すぐできることは、県下の医療圏の中で必要な医師数を分析し、中濃、飛騨等医師が不足する地域において、医師をどのように確保するのか検討すること。県としてどのように医師の適正配置に取り組んでいくのか。</p> <p>例えば、地域医療対策協議会では、地域枠の医師や診療科の配置が出来るよう権力を集中させるようにと国は言っている。本調整会議は、医師確保にどのように関係していくのか。</p>	<p>先日の医師需給分科会では、医師偏在指標の案が提示された。今後、医師偏在指標を踏まえ、都道府県は保健医療計画の一部として、医師確保計画を策定することとなっている。</p> <p>地域医療対策協議会の権限強化や協議会の下でのワーキンググループの組織体制について、今年度位置づけをした。地域医療対策協議会において様々なことを決定するにしても、医師の派遣については、例えば地域枠の修学資金貸与医師について、コンソーシアムでの調整は出来るものの、自治医の先生のように県職員として県の異動で配置が出来るわけではない。医師偏在指標等を踏まえて、今後検討していく必要があると考えている。</p> <p>岐阜大学の医局とも話をしながら、仕組みを構築していくことから始める。地域枠や修学資金貸与医師については、適正配置ができるよう検討していく必要があると考えている。</p> <p>今年度から地域枠に地域医療コースを設けた。地元市町村の推薦、地元市町村で2年間勤務していただくというもので、合格者も出ている。医師偏在解消の効果が出来るのは少し先にはなるものの、このような取組みを進める重要。</p> <p>最終的には医療整備課ではなく医療福祉連携推進課の方で検討するもの。来年度以降は医師確保計画についても、調整会議の場で協議いただく予定としている。</p>
27	中濃	議題1	<p>定量的基準については、少々乱暴との印象を受けた。</p> <p>医師会としては、在宅医療が重要と認識しており、国の方も在宅を推進している。ただ、病院志向が強い患者さんも多くいる印象を受ける。</p>	<p>在宅医療や介護との連携についても重要と認識している。入院患者数の推計と地域医療構想上の必要病床数の推計に乖離があるのも、地域医療構想上は療養病床の医療区分1の70%は在宅や介護に移行するという前提で推計している。入院患者の受け皿がないことには机上の空論になってしまうので、在宅医療を推進するとともに、医療と介護との連携についても市町村との協議の場等を活用して協議していく。受け皿が確保できているのかどうか考えていく必要がある。</p>

平成30年度第4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	質問・意見	当日の回答・対応等
28	中濃	議題1	<p>病院は365日動いており、患者さんは毎日入院してくる。一方、福祉施設は年末年始等は休みとなり、休みが明けても軌道に乗るまで数日かかる。そうすると患者の退院先が無く、アウトフローが滞ることにより満床になる。救急の受入が困難となり、可茂地域ではたらい回しも発生した。福祉は365日ベースではないので、今以上に医療と福祉の連携を進める必要がある。</p> <p>アドバイザーから地域で必要なものについてエビデンスを出して示す必要があるとの意見があった。調整会議1年目はベッドの数を決めることだった。2年目は役割分担について議論した、3年目は具体的な基準を策定するということだった。4年目はこの地域で何が必要かということ、何が今できるかということ議論できないか。そうしないと時間だけが過ぎて何もできず2025年を迎えることになる。今できること、あるべき姿を検討する必要がある。小児、産婦人科が少ないからといって直ぐに医師を増やせるわけではないが、地域枠を調整すれば10年後には増えるかもしれない。入院患者が退院したのちに福祉施設等どこに行くのかといった実態に合わせた検討をしていただきたいと思う。</p>	ご意見踏まえ、来年度以降検討させていただく。
29	中濃	議題1	<p>中濃圏域は面積が広く人が少なく、医療機関が点在している中でどのように医療を守っていくかという話を当初からして、岐阜圏域等の都市部で作られた基準を中濃圏域で当てはめるのは適当ではない。</p> <p>この地域で医療を守ってきたが、人口の高齢化が進むとともに、医療従事者の高齢化も進んでいる。これらを数値で表せと言われても難しい話。医師が比較的多い岐阜圏域から医師を持ってくる仕組みを作ることなどは無理なこと。看護師や薬剤師についても同様である。県としてこの地域では医療従事者が少ないことを示す指標を出すのかどうか。また、大学等の医師にも入っていただき協議していくことが良いと思われる。</p> <p>その他、医師の場合は専門医制度が始まり余計に複雑になっている。症例数が多い病院に行くという流れになっている。岐阜県から名古屋に流出してしまうこともあるので、専門医機構に意見を言う必要がある。</p>	来年度医師確保計画を策定することとなっているので、どのような方策を盛り込むのか検討させていただきたい。
30	中濃	議題1	<p>地域のエビデンスをということであったが、分析可能な項目について、あらかじめ調整会議の場で提示していただきたい。この地域に必要なデータについても委員から提案し、それを含めて分析していただくことにより、議論ができる。</p>	来年度以降検討して、皆様の意見を頂戴したいと考えている。
31	中濃	議題1	<p>急性期をどう分けるかという議論は必要。ただ、医者がいるかないかも重要であり、医者さえいれば提供可能な医療は増える。また、今年度からの新専門医制度の影響を受けており、今年3月いっぱいに関連の医局からの医師派遣が止められる。別の医局から派遣をいただきなんとか医師を確保出来た。昨年は飛騨や東濃の病院も医局からの派遣を止められたと聞いている。</p> <p>地域枠の医師を年間20人、過去10年間育成してきたものの、卒後どこに行ったのか。県はコントロールできないというのが、税金を投入したにも関わらずコントロールできないというのは腑に落ちない。</p> <p>地方公務員法では、兼業禁止となっているが、一部、適用とされない取り扱いもできると聞いている。大学等に在籍する医師について、1日だけ他の医療機関で勤務しても良いとする制度等について、検討していただくと良い。</p> <p>東京においては、一部の診療科について診療制限がかかると聞いている。ただ、東京で余った診療科の先生が地方に来るとは思えないので、岐阜県内にいる医師について、診療科偏在等どのようにしていくか検討しないといけない。</p>	来年度以降の医師確保計画の議論の参考にさせていただく。

平成30年度第4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	質問・意見	当日の回答・対応等
32	中濃	アドバイザー講評	この地域では病床数よりも医師数が少ないことが課題ということは分かった。ただ、どのような評価や解析をしても、回復期機能は一定数必要となってくる。そのような状況を踏まえて、今後の医療を考える必要があるのかなと感じた。	
33	中濃	アドバイザー講評	過去出席させていただいた調整会議の中で本日の会議が、最も議論が活発であった。この地域の医療を、今後どのようにしていくかを考えるのが大事。県庁が提示するデータは議論を行うための基礎データ。このデータに固執することなく柔軟に議論することが重要。奈良県も医師が散在しているとのこと。岐阜の場合、岐阜大学がリーダーシップを取らないといけないだろうし、岐阜のたくさんの医師が集まっているところから不足する医療機関に医師を派遣することについても、検討する必要がある。 個人的には、余裕をもって医師を育てるには1,000～1,500床の医療機関が必要と感じている。岐阜市内の病院は群雄割拠しており、日々の診療のため、十分に医師を派遣することは難しい。いかに国から支援を受け、県内で多くの医師を育てるかということを考える必要がある。	
34	中濃	アドバイザー講評	これほどの少子高齢化を経験した先進国はなく、その他に、新専門医制度や働き方改革の影響もある。大学病院の医者の9割以上は残業2,000時間/年となっており、今まで大学から派遣していた医師が今後さらに派遣することが難しくなることが想定される。大学は外に人が出せるほど余裕があるわけではなく、人が足りない結果、残業が2,000時間を超えている。今後ますます医師不足に拍車がかかるのではないかと危惧している。 産業界ではトヨタ自動車が少子高齢化の影響で車の売上が減少することを危惧している。また、大学関係では、東海国立大学構想ということで、何十年か先の少子化を見据えて岐阜大学と名古屋大学の統合の話を進めている。 岐阜大学は地域医療を守る大学である。名古屋大学も同様に地域医療守ることを考えているので、両大学が手を結んでこの地域を守ろうとしている。地域医療を守っていくためには地域の先生方の力が不可欠なので、大学や県も巻き込んで議論していただきたい。	