

第12回（令和元年度第2回）日立地域医療構想調整会議議事録

- 1 日 時 令和元年10月7日（月）19:30～20:30
- 2 場 所 日立保健所 2階大会議室
- 3 出欠状況 委員24名中
 - ・出席委員 19名（代理出席3名含む）
（星野委員，横倉委員，渡辺委員，近藤委員，植草委員，長南委員，佐藤委員，阿内委員，大高委員，池村委員，菅澤委員，宇佐美委員，中村委員，外川委員，高信委員，小川委員代理，大部委員代理，豊田委員代理，井澤委員）
 - ・欠席委員5名
（間宮委員，加藤委員，瀧委員，川島委員，前野委員）
- 関係者の出席 10名
- 事務局の出席 8名
- 出席者計 37名（製薬会社等の傍聴者4名を含め41名）
- 4 議 長 横倉会長
- 議事録署名人 横倉委員 池村委員 菅澤委員
- 5 議 題
 - (1) 外来医療計画の策定（案）について 資料1-1, 1-2, 参考資料
 - (2) 医療機器の共同利用（案）について 資料2
 - (3) 公立・公的医療機関等が担う医療機能の検証について 資料3
- 6 議事の概要

○議題1 外来医療計画（案）について（資料1-1, 1-2, 参考資料）

地域における外来医療機能の不足・偏在化への対応として外来医療計画を策定することとなった。在宅と初期救急について今月中に計画書を作成し県に提出，県でまとめて年度末に公表予定であることなど資料1-1, 1-2について事務局より説明。外来医療計画（案）のうち「救急医療の現状，課題」及び「高齢者増加による在宅医療に関する課題」について，どのような目指すべき姿とするか意見を求めた。

○議題2 医療機器の共同利用（案）について（資料2）

医療機器の効率的な活用のため，新規開業者等へ医療機器配置状況に関する情報の可視化，保有状況の情報提供をしながら共同利用することが目的。医療機器の共同利用については，CT，MRI，PET，放射線治療，マンモグラフィの5つが対象。医療機関が保健所へ申請を提出し，調整会議で承認するという流れを想定。行政向けにガイドラインが示されており，地域で不足する医療，在宅医療の今後の課題として医療機関との連携等が含まれることについて資料2に沿って事務局より説明。

<主な意見>

- ・どの診療科も不足している。国の求める医療計画に共通認識をもって日立管内でのあ

り方を検討していくことが大事。

- 日立市医師会ではこの指標はピンとこない。開業医の高齢化があり、休日診療所についてもやめたいとの声を聞く。後継ぎがなく将来的に厳しい状況も。在宅ではグループ化事業を実施しているが機能しているかどうか、また別の問題。
- 多賀医師会でも開業医の反応は同じ。過剰地域の開業制限だから関係ないと思ってしまう。このデータを逆手に取って、もう一度外来医療のどこに問題があるか、開業医の先生に話を聞きながら、国の提起と現実問題を把握する必要がある。
- 初期救急は専門医のコンサル体制がないと難しい。
- 住民は住み慣れた地域での医療を望むが、医師は病院の近隣に住んでいるとは限らない。病院の運営と外来のバランス、地域のニーズとのギャップがある。医師は他地域からの応援がないとやっていけない。高コスト体制にどのくらい理解があるのか。
- 聖麗メモリアル病院では専門医療の外来を展開。市内外でサテライトがある診療システムとして機能。市民にとってはプラスになる診療として順調にいつている。
- 回復期病棟が足りない。疾患のある方の在宅移行をどうするか。入院医療はもちろん、在宅医療の担保や医療機器を扱う専門職も必要。
- 在宅でも診療科の問題、各病院機能、高萩市と北茨城市の医師の体制など課題がある。
- 都会では医師が開業する指標として有効かもしれないが、地方では多死社会の到来と病床削減のために在宅で看取る流れがある。施設では嘱託医の高齢化ですぐに診に行けなければ結果的に病院で看取ることになる。施設の患者でも外部の医師が看取ることができれば、スムーズに行くのでは。現在の制度上往診ができないので、亡くなつていても救急車に乗せて病院へ搬送するしかない。
- 高萩協同病院では産科・歯科以外はつくば・水戸等遠くから専門医が来ている。糖尿・肝炎等専門医が少なく、神経難病、糖尿病合併症例はコンサルが難しい。がん患者の看取りは訪問看護と協働している。
- 患者の住み慣れた環境で診療することはまちづくりに直結していく。
- 日鉾記念病院の医師5名全員近隣に在住。市外出身でも地元で根付いた診療がしたいと日立に在住している。全員が高齢化。日立総合病院の臨床研修医を1か月単位で受け入れ、定期的に消化器専門の先生を呼ぶ機会を作り連携。医師の偏在に対しては、他機関とお互いに融通しあうことも方法と考える。
- へき地については自治医大の経験が生かせるのでは。国民皆保険で各市町村に作られた国保診療所が昭和40年代に次々閉院となった際、不足する地域へ医師を送ろうとの動きができた。住民にとっては同じ医師に長く診てもらえれば安心だろうが、医師にとってはへき地に長くいることは特に若い医師は望まない。病院に勤務して週1回診療所に行くとか、複数の医師を派遣し地域を守るしかないのでは。後継ぎがない時はサポートがないと無医地区が増える。公的サポートによる継続的な医師の配置が必要。

- ・多賀医師会でも後継ぎ問題がある。子供が医師になっても地元に戻ってこない。診療所の日曜当番も10か所から8か所に減った。医療機関同士で連携し、病院の医師が動くことが一番現実的である。
- ・今後医師会の推薦を受けた医師、嘱託医等でワーキンググループを構成し、リアルな部分について議論の必要がある。

<まとめ>

- ・初期救急については、当区域が医師少数区域であり、また医師の高齢化等により今後在宅当番制や休日緊急診療の輪番制を担当する医師の減少が予測されるため、継続的な医師の配置など医療提供体制の強化が必要である。
- ・在宅医療については、今後さらに増加する看取りに対応するために訪問診療医療施設の確保が重要であるが、医師の確保が困難となることから、在宅医療を支える多職種の連携強化や専門職のスキルアップを図る機会の確保が必要である。
- ・救急や在宅医療、医療と介護の連携等については、地域における問題解決のためにも今後も継続して議論する必要がある。
 - ※ 議題1・2については、追加意見等あれば後日事務局へ。事務局にて修正の後、横倉会長一任で承認をいただくことで了承される。

○議題3 公立・公的医療機関等が担う医療機能の検証について（資料3）

H29年の病床機能報告より診療実績の程度や類似の近接した医療機関があるかどうかなど、公立・公的医療機関2025プランを再検証するよう機械的に判断しているもの。管内で再検証となっている医療機関はないが、近隣に小児科があるなどと判断されており実態に即していない。次回2月の調整会議にて検討予定としたい旨事務局より説明。

<主な意見>

- ・プランについては厚労省のHPに評価の仕方等も載っているが、あくまで病床数の調整のための分析ではないか。
- ・日立医療圏の医療体制は競合ではなく助け合い。国との競合の視点とは異なる。

○その他事務局より

- ・8月の回復期・慢性期・在宅医療ワーキング会議の結果報告

今後高齢者の増加にともない病院での看取りにも限界が生じる。本来の診療にも人員確保が困難な中、施設における嘱託医の1人体制は厳しい現実があること。施設における看取りの事例や医療依存度の高い高齢者の施設入所についてICT活用事例を通じて共有。

- ・次回：小児周産期ワーキング会議 12月2日（月）

なお、地域医療構想調整会議設置要綱第 10 条に基づき、議事録署名人は、会長並びに会長が指名した、池村康之委員及び菅澤裕子委員の 2 名であるため、上記の内容について、次に署名する。

令和元年 月 日

署名人

会長 印

署名委員 印

署名委員 印