

第 11 回日立地域医療構想調整会議議事録

1 日 時 令和元年 6 月 11 日 (火) 18:00~19:30

2 場 所 日立保健所 2 階大会議室

3 出欠状況 委員 25 名中

・出席委員 20 名 (代理出席 6 名含む)

(星野委員, 横倉委員, 間宮委員, 鈴木委員, 大高委員, 渡辺委員, 近藤委員, 植草委員, 長南委員, 川島委員, 佐藤委員代理, 小齋委員, 中村委員, 池村委員, 木城委員代理, 小川委員代理, 大部委員代理, 豊田委員代理, 高信委員代理, 井澤委員)

・欠席委員 5 名

(加藤委員, 矢ヶ崎委員, 瀧委員, 宇佐美委員, 前野委員)

関係者の出席 12 名

事務局の出席 8 名

出席者計 40 名 (製薬会社等の傍聴者 4 名を含め 44 名)

4 議 長 横倉委員

議事録署名人 横倉委員 長南委員 川島委員

5 議 題

(1) 2019 年度茨城県における地域医療構想調整会議の対応方針について 資料 1

(2) 令和元年度日立地域医療構想調整会議の進め方について 資料 2

(3) 日立医療圏における救急医療体制のあり方について 資料 3, 参考資料

(4) 外来医療計画の策定について 資料 4

6 議事の概要

○議題 1 今年度茨城県における地域医療構想の対応方針について (資料 1)

昨年に引き続き, ①公的医療機関等 2025 プランの検証, ②③各医療機関の将来に向けた役割分担や 4 つの医療機能での病床数についての共有, 見直しが生じた際の協議, ④非稼働病床への対応などについて協議していく方針となっていることの説明。

また, 各圏域での公立・公的病院と民間病院の競合状況, 役割分担について国でも分析・評価しており, 再検討が必要であると評価された場合は県を通じて今年度中に見直し要請がある予定。

→これについては, 特に意見なし

○議題 2 今年度日立地域での会議の進め方について (資料 2)

今年度新たに, 外来 (救急と在宅) 医療計画について地域医療構想調整会議での協議が求められており, 10 月中に地域でとりまとめて県に報告することになっている。

<主な意見>

・本日のテーマに挙げた救急医療提供体制・輪番制のあり方については, 実際に従事す

る医療機関を中心に集まって掘り下げる必要がある。

・WGのメンバーは各テーマに関連する機関・人に声をかけるのが良い。

→今年度は、回復期＋慢性期、小児・周産期、救急医療についてWGでの協議を行い、親会議としての調整会議は、9月頃に2回目（外来医療計画のとりまとめ）、2020年2月に3回目（保健福祉医療協議会と同時開催）を予定。具体的な提案は事務局から後日連絡。

○議題3 日立医療圏における救急医療体制のあり方について（資料3，参考資料）

H30年1～12月分の管内3市消防本部報告による、救急搬送者の年齢区分別、重症度別人数、各医療機関への搬送数、消防本部からの意見などを資料3にて説明。

H30年に国で開かれた「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」からの抜粋資料により、電話相談事業（#8000、#7119）の周知が不足している現状などを説明。

各委員からの意見，救急への関わり

・日立医療圏での救急の問題は、10年近くいろいろ協議しながら現在の提供体制になっている。輪番制はあるが現実性がないという声もあり、ずっと棚上げになったまま、2次を3市の病院で、3次の救命センターを日立総合で展開するという形でやってきた。救急受入を担っている病院にはかなり負担がかかっていると思われる部分もあり、今後の働き方の規制の中でやっていけるかという問題がある。

・医療スタッフの問題としては、救急医はローテーションでやっているが、病院全体での受け入れ態勢として看護師が足りない状態が続いている。受けた後に転送する場合も。

・院内で看護師確保が大変な部分はある。夜間、師長が管理当直をしながら、救急が忙しい時は処置やトリアージなどの対応をしてなんとか回している。長期休暇中にはwalk inの患者さんも増えるので、元々通常より手厚く人を配置していてもスタッフを呼び出すことがある。今年の10連休でもそうだった。

・高萩協同病院でもできるだけ断らない救急でやっている。日立総合病院からの転送は昨年24人くらい。オペ室との調整で紹介になりそうな時は、早めに連絡いただければ。ホットラインのようなものがあると良いのかもしれない。搬送中に当直医がいない場合は、産科当直医に電話を受けてもらって、待てる患者ならば時間を遅らせて受診してもらおうなどしてもらおうこともある。

・北茨城市民病院では不応需、月10件くらいはあるが、当直1人体制で救急車が重なったりなどという時もある。なるべく受けられるようにやっている。県をまたぐ搬送もある。

・高萩・北茨城は医師の当番制で救急をやっている。時間外でも他の医師も手伝うことも。

・常勤医5名で、内科慢性疾患・循環器・呼吸器、毎日約180人の外来を4診体制でやっているため、日中ならある程度救急も対応できるが夜間は無理。例えば深夜に発熱患者を診察となると、翌日の外来が破綻してしまう。近隣の病院にその分お願いしている。内科系の病院と外科系の病院では診療内容が異なるということも理解していただきたい。当院

では喘息で、なるべく救急外来にかからなくて済むような医療というものを心がけている。

- ・夜間休日は時に専門外、担当医不在などで市外を選択しなければいけないこともあり、救急隊の搬送時間に影響してくる。
- ・行政：地域の救急体制に感謝している。
- ・歯科医師会：歯科救急については、対応できる先生がいない場合は日立総合病院に依頼。
- ・薬剤師会として特に対応していることはないが、救急にかかった患者さんが薬を受け取れるように、24時間365日という体制を地域として保っている点では大変さもある。
- ・高萩市薬剤師会：救急の場合、ほとんどは院内で対応してもらっているの、特別時間外での対応はないが、処方内容によっては翌日対応が必要なこともある。
- ・老健施設では入所者が高齢のため急変もある。なるべく日中のうちに協力病院に連絡するようにしている。
- ・保険者の立場。県内で70万人の加入者。上手な医療のかかり方の普及啓発、広報に関わっていきたい。昨年、全国的な理解度調査を実施した際、医療のかかり方について、茨城県支部では全国よりも下回っていた。
- ・単科病院なので、専門外は難しい。JOINを活用した連携により、他診療科とも連携してやっていると良い。
- ・開業医の立場から。クリニックの多くが医師1～2人体制で、夜間・休日の診療は難しい現状にあり、地域の先生方と連携し合っている。救急の適正利用とはまた別に、数日前から同じような症状が続いていたり、症状が軽い場合は、なるべく平日の近隣医療機関が営業している時間内に受診していただくなど患者さんへの啓蒙は必要。他地域での救急医療現場も経験しているが、朝から熱があったけど日中は仕事に行っていて夜に救急受診したりという方もいる。かかりつけ医の受診の仕方という意味で啓蒙は必要だと考える。

『軽症』の意味について

- ・資料3からは、軽症＝救急車を利用してはいけないという意味になるのか。軽症＝不適切利用（救急車でなくてもよかったケース）というとらえ方に誤解されてしまうのではない。重症度別内訳の結果によって、救急体制の是非を論じてしまって良いのか？
- ・軽症＝不適切ではない。熱性けいれんや単純骨折などでは、まず病院に搬送して、診察や治療を受けるが入院になることは少ない。そういった初診時点での程度であって入院が不要なケースという認識。
- ・消防：救急隊から見て、不適切利用というのは全て軽症というのではなく、タクシー代わりでの利用とか、飲酒後の帰る手段がなくて呼んでしまったとか。不適切利用について数は把握しているが、今日手元にはない。管内では多くない。
- ・重症度別での軽症と不適切利用とは、まったく別だと理解しなければいけない。

今後の方向性について

- ・色々な病院があって、それぞれの機能分化がある中での救急医療体制ということである。
- ・医療スタッフの不足の問題で、救急医療に関わるのが難しい医療機関もあるし、かなり無理をしてやっている医療機関もある。堤防の一角が崩れたら一気に崩壊してしまうことにならないような医療提供体制を作るのが調整会議の責務である。
- ・救急医療に関しては MC 協議会などもあるが、国では医療提供に関しては調整会議を使いたいという意向もある。現在日立医療圏で積極的に救急受け入れを担っている 5 病院を中心に、救急分科会のような形で輪番病院、救急協力医療機関とで一度会議を開くことを提案したい。輪番制、救急医療体制を維持するための人材の問題や連携の問題をもっと詰めて、救急医療の現状・今後の方向性の確認などをしていくことが必要で、その中で日立医療圏の救急医療はこうやっていきますというものが出せるように。
- ・行政とも連携し、積極的にお願ひしなければいけない部分も出てくる。日立市の場合、行政として医療の重大性を認識して色々施策をやっている。北茨城市も市の病院として市民を支えるという考え方でやっている。高萩市の場合、公的病院として厚生連が運営する高萩協同病院がある。実際高萩市民を支える医療でもあるので、調整会議での方向性を出した上で、行政ともしっかり連携して提言をしたり、サポートをしていただいたりという形は必要になってくると思われる。
- ・救急医療は経営の視点から言えばまったく黒字にはならない。しかし医療者として責務だと思ってやっている。行政とも意見を出しながら考えていく必要がある。
- ・医療政策課：既に連絡済であるが、10/1 から救急告示病院の認定に際し新しい要件になる。直近での搬送が 300 件/年以上、または地域の輪番に参加しているという要件が必要になる。

○議題 4 外来医療計画の策定について（資料 4）

今年度新たに、各都道府県で医師確保計画を外来医療計画（救急と在宅の医療提供体制、医療機器の共同利用など）を策定することになった。このうち、各医療圏では外来医療計画について調整会議の場で協議し、10 月末までに報告し、県全体でこれをまとめるという流れについて説明。（医師確保計画については、県庁で小児・周産期、救急の部会を作りながら作成していく）

- ・医療政策課補足 外来医療計画について今年度取り組むこととしているものは、大きく 3 つある。
 - ①外来医療機能に関する可視化、新規開業者への情報提供
2 次医療圏ごとの外来医師偏在指標が明らかにされ、これに基づいて 2 次医療圏ごとに、外来医師多数区域かどうかというのが示される。多数区域=335 医療圏の上位 1/3、県内でこれに該当する地域はない。
 - ②現時点で不足している外来医療機能の検討

国での例示にあるような夜間休日の初期救急医療や在宅医療提供体制、公衆衛生業務などについて不足しているものや課題は何か調整会議で検討して頂き、方策などをまとめていただくことになる。

③医療機器の効率的な活用にかかる計画

現在の所有状況を地図上に落とし込み、新規で所有する方に情報提供する。医療機器ごとに共同利用の方針を調整会議で決めて頂く。来年以降は、新規で医療機器を保有する場合にはその共同利用計画を調整会議で協議して頂くことになる。

<主な意見>

・人口あたりの各診療科ごとも偏在指数が出ているが、1日あたりの患者数は？

⇒人口10万人あたりの患者数まで。診療科ごとには示されていない。国からは、医師全体の数としての偏在指標と、小児、周産期について示されている。

・医師の偏在、医師数の多い県から少ない県への偏在是正ではなく、少ない県の中で多い地域から少ない地域への調整をするようにというもので、外から中にどうやって医師を増やすか、そのためにどうすれば良いかという視点では考えられていない。各県での地域枠を増やせば良いと思っただけでは。県では大学は筑波大のみで、いつまで経っても医師数は増えないだろう。病院のベッド数を減らして、在宅看取りを増やすことによって医療費を減らそうとしているが、在宅をできる医者はいないから、どうすれば良いか。じゃあ在宅医療をできる医者を増やすための指標を作れば良い、というようにどんどんやっていって。いつまで経っても根本的な部分は見えてこない。県から国に何か働きかけは？

⇒医師確保計画の話なので、調整会議で扱う外来医療計画とは少し話がずれてしまう。外来医療計画についての補足になるが、外来医師多数区域で開業する場合には、地域で不足している機能を担いますという誓約をしていただいで開業していただくことになる。茨城県では外来医師多数区域はないので、単に、各医療圏ごとに不足する機能が何かについてまとめるだけで終わる。外来医師多数区域では、不足する機能を担っていただくよう「要請」を行う。あくまでも要請。

・順位で言えば、つくばと水戸は外来医師多数区域になる。土浦が中間、残りは下位。在宅死亡のことがあって、在宅医療をどうするかがあって、でも大元になるのは医師確保計画。医師少数区域に対してどう増やすかの具体的な案がなければ先に進まない。

・医師不足の問題と外来医療計画の問題を現場ではオーバーラップして考えるが、行政としては分けて考え、対応していくということのようです。どうやって実体化していけるかが課題。国で出してきたこのような提案・計画も使いながら、日立医療圏でより充実した医療提供体制を作ろうというのをポイントにして検討していく必要がある。前向きに出せるものがあれば出していきたいと思う。新しいデータが出た際は県からも積極的に開示していただきたい。

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、長南達也委員及び川島 玲委員の 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 7 月 18 日

署名人

会長

横倉 稔 明



署名委員

長南 達也



署名委員

川島 玲

