

平成28年度第3回富土地域医療構想調整会議 議事録

日時：平成29年2月7日（火）午後7時から午後8時55分

場所：富士総合庁舎 2階 201会議室

1 出席委員

議長(磯部委員)、出席委員18人(議長、保健所長含め) (詳細は別添出席者名簿のとおり)

2 配布資料

資料1、2、3、4 参考資料 1種類

3 議事

(1) 構想区域(二次医療圏)の現状等について

議長：次期保健医療計画を見据えて、資料1に示された「疾病・事業ごとの医療提供体制の現状

データ」から見た地域課題とその原因、現状の対応、今後の方策を議論していく。今回は、圏域ごとの自己完結率の資料を基にしていたが、今回は別の角度からの原状の各種データによるものとなっている。議論の順序としては、第2回調整会議で御意見をいただいた「救急医療」、「がん対策」、「在宅医療」の項目をまず行うこととしたい。

<救急医療体制について>

資料2 集中治療室部分 瀬川医療健康班長 説明

消防本部のまとめ 櫻田医療健康課長 説明

*資料1の34から36ページも参照

議長：以上の説明について、皆様の御意見等をお伺いしたい。

また、データから見た地域課題の

- ・三次救急の受入体制が整備されていない
- ・特定集中治療室のある病院は1病院あるが、駿東田方及び静岡圏域への患者流出が見られる
となっていることの原因、現状の対応、今後の方策についても御意見をお願いしたい。

委員：三次救急医療を担うことが富士市立中央病院で可能であるかということであるが、現状を考えると3つの課題があると考えます。1つは構造的に当院ではセンターを作るだけのスペースがない、10年後くらいに建替えを予定しているので、それに向けての検討は可能かもしれないが、現状の設備の中では三次医療を担うスペースがない。2番目は救急専門医の確保については当院では現状でも動いておらず、将来的にどうしようとの計画もない中で現状では何も決まっていない。3点目が先ほど資料2で救急医療の受入状況の説明があったが、二次救急については輪番制をとっているというものの、当院の担っている部分は非常に重いものがある。毎週火曜日、月4回は輪番制の病院が担当しているが、それ以外は全て中央病院となっている。しかも、先々週には当院は満床になり、救急対応に苦慮することとなった。そうした状況で輪番制の病院に断られた事例もあるので、この地域全体とすれば、輪番制の正しいあり方、見直しをしない限りは、現在の救急医療を担って、そのままの状況で更に三次救急まではとても無理だと思う。以上の3つが課題であると思っている。

委員：資料2の2ページの56.8%が駿東田方、静岡医療圏に16.8%流出している、この内訳がどういうものをぜひ知りたい。どういう方か、外傷なのか疾病なのか、その患者が圏域内でなぜ受けられなかったのか、それがわかれば解決策になるのではないかと思うのでぜひ知りたい。足りないものは何かより一層明らかになっていくことで、それをなるべく圏域内で受入れる方策へとつながるのではないかと思う。当院としては、体力的に救急を多数担っていくところまでいっていないので、その整備に関しては今後とも取り組んでいきたいと自覚している。まずは、真っ赤となっている内訳について、流出している疾患、外傷をはっきりさせていただきたい。

議長：事務局の方々、これを何とか調べる方法はあるか。

事務局：県庁等の協力を得ながら、この解明ができるか引き続き調査を行っていく。

委員：私どもは脳だけ、富士脳研病院としては、頭に関しては何でも受ける方針でやっている。逆に遠くから来られる患者もいる。ただし、頭以外はなかなか受けられないのが問題かと思う。

小林教授：56.8%が富士から出て行くのは基本的にはがんの疾患だと思っている。おそらくこれは調べ(ワザパー)られると思う。問題は時間に縛られる疾患が流れているのかどうか、がんのように時間に多少余裕のある患者ががんセンターに流れているのでは、全然違う話となる。結果的に富士の住民が、SMR等の指標もあるが、成績が悪いのかというと、救急疾患に関しては飛び抜けて悪いわけではない。三次救急をここに作るか作らないかという議論は、単に二次圏域の一つ必要だというのではなく、その住民がそもそもピンチなのかどうかを明確にする、おそらくある程度の救急患者は流れてはいるのだろうが、結果的に脳卒中や心筋梗塞の患者の命が危ないという状況でないなら三次救急を作ることより先に何かやるべきことがあるかもしれないと思う。富士から駿東田方に流れていくのは調べればわかるが、中東遠から西部へ流れていく患者も3割はがんであり、脳卒中や心筋梗塞はほとんど自己完結している。おそらく同じような状況だと思われる。

議長：確かに救急の統計を見ても、あまり重症者を遠くへ運んだというのはそれほど多くないような状況で、小林先生が言われたように急を要する患者を圏域外に運んでいるのは少ないと、もうひとつは流出先である駿東田方あるいは静岡、そちらの三次救急が富士圏域から流れ出したことによって満床になって困っている状況なのかどうか、受入体制が十分にあるならば、小林先生が言われたように富士圏域に三次救急をあわてて考える必要もないことではないかと考えている。

●一次救急について

議長：一次救急については、富士も富士宮もほとんど救急医療センターで対応している。富士の場合は昨年末くらいから小児科から一部派遣できないとの申し出があったが、なんとか埋めることができて、今までどおりの診療体制はそろえることができた。3万4、5千人の患者は受入れている。このうち二次救急へ転送している患者が大体3～4%という状況である。

委員：救急センターは年末年始だけは三診制にして行っている。こども病院から小児科の派遣がある。何とか小児科も救急センターで回すようにしている。困ったのは富士宮市立病院の小児科が2人体制で救急が受入れられない時があったが、最近は4人体制で受入できるようになり、小児科の救急も問題なく行えるようになってきていると思う。

まとめ

議長：富士圏域に三次救急が必要かどうかは、流出患者の質を見ながら考える、仮に三次救急が必要だとなった場合には、富士市立中央病院に作るような形となると思うが、さきほど小野寺院長が発言されたように構造上の問題、救急専門医をどう置くかの問題、現在の二次救急で手一杯の状態を輪番制で少しでも負担を軽くすることの課題を解決して行って、なおかつ必要があれば、三次救急の救命救急センターを作る方向に進んでいくことになるだろう。これは事務局にお願いした資料をそろえていただいて検討する。

<がん対策について>

資料3 永井保健所長 説明

*資料1の1から9ページも参照

議長：以上の説明について、皆様の御意見等をお伺いしたい。

また、データから見た地域課題の

- ・駿東田方圏域への患者流出が見られる
- ・SMRが県全体に対して上回っている。特に肝がんは高い水準にある

となっていることの原因、現状の対応、今後の方策についても御意見ををお願いしたい。

委員：資料1の2ページにある胃がん、大腸がん、肝がん、肺がん等の自己完結率が当地域は他に比べて確かに低い、先ほど保健所長の説明にもあったように隣の圏域にがんセンターがあることで患者自身ががんセンターを受診する、がんと診断された場合に当院で受診していてもがんセンターへの紹介を希望するという人が当然いる。この完結率をどこまでこの地域として上げるのか、その設定をどこに置くのかは大変難しい問題である。私は県の作業部会で質問したが、県からは明確な答えがなかった。先ほど保健所長が言われたように、いかにがんセンターの負担を減らすような連携ができるかだが、当院は地域がん診療病院としてグループ指定を受けているので、現状でがんセンターの方から治療が終わって経過を見ている患者の中で富士市出身の方に関してはCT、MRI等の画像検査を各圏域で行い、そのデータをCDに入れてがんセンターに送るといったスタイルをとりたいとの要望があり、近々それが現実的に動くことになっている。この地域として、いかにがんセンターの負担を減らすような連携、協議を行い、完結率としては上がらないかもしれないが、そうした方向で診ていくべきではないかと私は思っている。

委員：がんセンター、県立総合病院、静岡市立病院の方へがんの患者は出ていると思っているが、患者にとって一番困るのは、治療までの待ち時間が長くなることであり、手術、集学的治療が始まるまでの待ち時間が長いのは不安だと思う。まずは、時間的な問題があるのだろう。他には圏域内の病院の負担、この両方を考えなければならない。待ち時間が長いのは倫理的にも問題だと思う。ただ、患者が望んで長い待ち時間を受入れて選択しているので難しい面があるが、圏域内で早くできるものはやれる方策がないかと思っている。また、小野寺院長先生が仰ったとおり、フォローアップに関して十分圏域内でできるものは戻してもらえようような連携をとっていけば、死亡率はもっと押さえられると思っている。前段のことは理想かもしれないが圏域内でできることを住民に知っていただくのが大切だと思う。

委員：資料1の6ページにあるがん検診の受診率だが、これは何を根拠に出たのかわからないが、少なくとも大腸がんと同時に胃がん検診を行っているので、もっとパーセンテージが高くなるはずである。富士宮市では1万人くらいの検診をやっている、富士市もたぶんそのような取組をしていると思う。こんなに低い受診率ではないと思っている。資料のとらえ方がどのようにしているのか、集団検診だけで個別検診の数が入っていないのではないか、データがどこで集まったのかわからない。

保健所長：このデータについては、資料1の7ページ下段にあるように、厚生労働省の平成26年度地域保健・健康増進事業報告と併せて総務省の国勢調査報告から換算してのデータである。委員のご指摘のとおり、データの取り方についてはいろいろな方法があり、ここでは各種統計を基に算出した推計対象者数を用いて算出したもので、各市町における実際のがん検診受診率とは必ずしも一致しないこともある。その点については富士市、富士宮市で検診の受診率のフォローアップをしていただいているので、次回以降そうしたデータをもらい、議論を深めていただく資料として提供していきたいと思う。

委員：当院では緩和ケア、ターミナルケアの病棟は持っていないが、がんを含めいろんな方を受入れている。やれる範囲で緩和ケアも行っている。高齢者、がん患者は増えており、それについてはわれわれの慢性期病院で診たり、訪問看護で診たりしているのが現状である。

議長：がん自体については、時間的な余裕があるので患者の希望によってということになり、自己完結率どうこうということを考える必要はないと思うが、胃がん、大腸がん、肝がんのSMRが高い。ある人の話では、がんセンターを東部に作ったのは東部のがんのSMRを下げるためだったが、あまり下がっていないのは効果が出ていないのかどうかということになる。

<在宅医療について>

資料4 瀬川医療健康班長 説明

＊資料1の49から55ページも参照

参考資料「訪問看護ステーション実態調査」 今井委員 説明

議長：以上の説明について、皆様の御意見等をお伺いしたい。

また、データから見た地域課題の

- ・訪問診療を実施する診療所の割合が低い
- ・自宅で死亡した者の割合が低い

となっていることの原因、現状の対応、今後の方策についても御意見をお願いしたい。

議長：富士市医師会では、54カ所の医療機関が往診や訪問診療を行っている。ただし、在宅療養支援診療所となっているのは17カ所くらいで、その他は訪問診療はしてもよいが、24時間、365日縛られてしまうこと、これはあくまで届出をした患者だけでよいのだがそのイメージが強いため在宅支援診療所としていない先生が多い。もう一つは、在宅支援診療所になると訪問診療費が高くなってしまい、患者の負担を考え、往診で済ませている先生もおられる。在宅医療を担う先生方はある程度おられるという状態である。しかし、現在往診、訪問診療をされていない先生が多いのも事実である。これから、在宅医療と介護の連携推進会議を富士市で行っていること、県からの多職種協働の会議も3月に行うということもあり、在宅医療に取り組む下地づくりを行

っていきたいと思っている。

委員：富士宮市医師会でも動いているが、コネクションのある訪問看護ステーションと組んで在宅訪問をしていただき、必要に応じて往診をするというパターンをとっていることが多い。

委員：資料4の7ページに在宅療養支援歯科診療所の登録があるが、これ以外に富士市歯科医師会のホームページに登録している歯科医院がある。この在宅療養支援歯科診療所の名称は、平成28年4月の診療報酬の改定によってでてきたものである。施設基準等のため、まだ申請が間に合わないという歯科医院もある。当会のホームページでは、以前から地区ごと訪問歯科診療を行っておられる歯科医院を登録してある。在宅療養支援と訪問歯科診療の違いはなく、内容は全く同じである。名称の違いと診療報酬の点数の差があるだけである。実際に訪問をしてくださる先生は資料の3倍くらいはあると思っている。

委員：富士宮市も全く同じような状況で、資料では6件の記載だが、これはあくまでも東海北陸厚生局に届出をして、ある程度の縛りをクリアした先生方が登録をしているということ。実際に訪問歯科診療をしている先生達は50数件の会員のうち半数程度はもう10数年前から行っておられ、そのリストも作ってある。

委員：富士市薬剤師会では、さきほど磯部医師会長が仰ったとおり、行政で音頭をとってくれている在宅医療と介護の連携の取組をしており、もう3年ほど会合には参加させていただいている。医療系の団体を集めての会合だが、富士市のホームページの中に届出の医療機関の数も明記している。ただし、ホームページに載っているものは、資料1の51ページにも110という数字があるが、これは薬局を開設する際に在宅を行うと宣言したものである。しかし、実際に動けるのは人数、業務体制の施設基準等が異なり、それぞればらばらである。資料4の8ページに14薬局の記載があるが、ここは依頼を受けた場合によほどのことがない限り拒否しないところと把握している。日常業務をやりながら在宅を行うのは、かなり時間を要してしまうことなので、出向く時には時間調整を行わなければならない。数少ない経験を積みながら少しずつ進めているのが現状である。私の薬局は富士市で1件しかない無菌調剤を扱っているが、人が足りず、日中その業務に入ると薬局を閉めなくてはならないのだが、現在6名の患者を在宅で回っている。かなりきつい状況で行っている。私としては、薬剤師会を通じて説明会等で各薬局が1件でも1人でも2人でも対応できる体制をお願いしているが、なかなか進んでいかない。行政からの求めもあり、在宅に出向くよう、繰り返し研修は進めている。

委員：富士市では平成27年度から医療と介護の連携体制推進会議を立ち上げ、継続して取組を行っている。その中で今できていることは、会議の実施、そこで決まった多職種の研修会の開催、今年度は市民向けの看取りに関する講演会を実施した。情報支援のためのカンファレンスシートの作成、これは主に退院時に使うもの。多職種が連携する時の約束事を作ろうとして先進市の事例を参考にしながら取り組んでいる。大きな課題としては、相談支援窓口の設置ということで、どこに、どの程度の規模で作ったらよいか詰め切れていないことである。在宅医療を推進する体制の整備は医師会が主に行っておられ、十分連携してやっつけていかなければならないことだが、市としてできることには限りがあり、この部分はなかなか進んでいないところと思っている。カンファレンスシートの作成や研修会を通じて多職種が集まる機会はかなり増えてきたので、顔の見える関係作りが少しずつできつつあるのかという感じを持っている。

委員：富士宮市では平成27年度から在宅医療と介護の連携推進事業の準備作業を進め、正式に着手したのは28年度からである。医師会、歯科医師会の会長ほか関係機関の代表11人による在宅医療介護連携推進協議会を設置し、昨年7月に会議を開催した。その協議内容は医療機関、介護事業所のリストマップの作成について意見をいただいた。その他、主要8項目の取組を具体的に協議するため専門部会としてのワーキンググループを設けることを決めた。28年12月8日に情報共有部会を設置し、リストマップの作成、情報共有ツールの整備のため各団体の現状の説明をいただいた。29年1月16日には研修部会を設置し、各団体における研修の現状について説明をいただいた。1月25日には県医師会の在宅医療介護連携情報システムの説明会を富士宮市医師会で開催していただいた。都合がつかず、この説明会に出席できなかった先生もいるので、再度の開催をお願いしている。富士宮市では、29年度に富士市が取り組んでいる多職種による研修会、講演会等が計画していればとの段階である。

議長：限られた医療資源をどのように有効活用していくか、医療と介護をセットにしたシステム作りをどのように構築していくのかも含め、いろいろと進めていかなければならないと思う。

議長：ここからは他の項目について、時間があるので議論していきたい。

まず、7疾病の中の脳卒中について、データから見た地域課題の

・危険因子である高血圧有病者、メタボリックシンドローム該当者が多い

となっていることの原因、現状の対応、今後の方策についても御意見ををお願いしたい。別紙のとおり、原因、現状の対応には事務局の案が示されているので、それも踏まえての議論をお願いしたい。

議長：特定健診のデータがあり、県東部が良くないとなっているが、これに対して県では解析はされているか。

保健所長：特定健診のデータについては、手元に資料がないので詳しい説明はできないが、私が把握している範囲で言うと、高血圧の方が多いのはこの圏域は塩分摂取量が他の圏域に比べ高い水準にあることではないかと思っている。

議長：東部地区の塩分摂取量が多い原因は、食習慣によるものなのだろうか。

保健所長：そうである。そのため食生活を改善する必要があると考えている。

脳卒中については、富士脳研病院様がいろいろと対応していただいているので、資料1の10ページ以降の現状データも含めてご意見をお伺いしたい。

委員：この地域における脳卒中に関しては、我々が最終的なとりでになっていると自負している。なお、病院に来ている方については血圧の管理や糖尿病の管理が逆に良いという印象を持っている。来ていない方がどうなのかはよく分からない。

議長：私は職域団体と連携して住民や事業所へ生活習慣病予防の対策を推進している。いろいろなところで東部地域にメタボの患者が多い等、データとして皆が見ており、特定健診の解説文にも書いてあるが、個人的に困ったから対処するというのではなく、社会として食生活に気をつけるようにするためには具体的にどうしていけばよいとお考えか。

保健所長：資料1の13ページに平成26年度の特定健診分析結果の抜粋が示されている。静岡県全体の水準を100とした時に100を超えれば超えるほど改善が必要だということを表している。特定健診については、各市町や協会けんぽで取り組んでいただいております。我々としても本日午後に生活習慣病の改善の取組について、地域と職域の連携推進会議を開催した。このことについては、市からのコメントをいただきたいと思う。

委員：習慣的喫煙者の比率を見てみると、富士は男性も女性も高くなっている。県の作業部会でも申し上げたが、何らかの形での対応が必要だろう。分煙がきっちりされていない場所が多いと思う。なので、がんにしても各種予防にしても喫煙率を減らすのは根本的な問題である。県はあまりやろうとしていないと私はとらえたが、富士市としては明らかなデータが出ているものをフィードバックして喫煙率を減らす、それに加えて施設、飲食店を含め分煙をきっちり行うというように市として基本的な疾病予防、がん予防の対策として何らかの形で明確に示していく必要があると思っている。

委員：生活習慣病や喫煙の習慣はなかなか対応が難しいとの思いだが、やはりこれは地道に予防的な取組が必要ではないかと思う。いかに個人の行動変容を促すかだが、富士市では現在保健師の活動体制を平成30年度に地区担当制に移行することで準備を進めている。市民の近くで地域に根ざした活動を行っていきたいと考えている。それから、健康マイレージ、富士市では青春マイレージと言っているものだが、それをうまく活用して個人の生活を少しずつでも変えていく方向性を持っていければと思っている。また、CKDのネットワークがあり、中央病院や市内の開業医にご協力いただき機能しているので、そうした形のものを糖尿病や他の疾患にも広げていければと考えている。

委員：富士宮市でも生活習慣病対策は健康教育、食育ということで健康増進課を中心に取り組んでいるが、糖尿病、脳卒中については特定健診の結果、未治療者というか重症化予防ということで保健師や管理栄養士が訪問等でそれぞれ保健指導している。今後とも生活習慣病に対しては、重症化予防、食育で取り組んでいくことが重要だと考えている。

委員：県の健康増進課が健康マップを出しているが、これと協会けんぽの患者とは傾向がほぼ一致している。大まかに東部、中部、西部で健康状態が大きく違うことが話題になり、中部は健康な方が多い、これはお茶をよく飲むからだと言われている。西部も健康な方が多いものの女性の糖尿病が多い、これは果物を食べ過ぎるからだと言われている。東部はなぜ健康でない方が多いかというと、食生活で塩辛いものや揚げ物を好まれるからだと言われる。そして、先ほどの喫煙の習慣があることで、このような結果になっているのかと思う。もう一つ検診を受け、要治療なのに未治療、再検査をしない、そうした傾向があるようである。重症化予防を含めてこれから力を入れていかれた方がよいのかなと思う。

委員：製紙工業健保組合では、昨年からは保健師による特定健診を行っている事業所訪問を行い、現在集計中であるが、傾向としては想定される原因にあるように交代勤務、2交代や3交代の方が製紙企業には多いため、仕事が終わった後の夕食前に食事を摂ったり、夜間に食事を摂ったりして、高血圧等数値の高い方が多い状況になっている。それに対し、保健師が指導を行っているのだが、数値が高いにもかかわらず医療機関にかかっていない方が多く見受けられる。現状は、保健師による受診勧奨を行ったり、事業主にも伝え、受診を勧めていくことに取り組んでいる。

議長：次に、心筋梗塞等の心血管疾患について、データから見た地域課題の

- ・駿東田方圏域への患者流出が見られる
- ・危険因子である高血圧有病者、メタボリックシンドローム該当者が多い

となっていることの原因、現状の対応、今後の方策についても御意見をお願いしたい。

議長：脂質異常者は富士圏域としてはあまり多くはない。県平均と同じくらいである。駿東田方には循環器を専門としている医療機関があること、また静岡にも県立総合病院や静岡市立病院があるので静岡にも流出があると思われる。富士には循環器を扱える医療機関が少ないことも一因となっているのではないかと。圏域としては、脳卒中と心筋梗塞はベースとなる原因は同じようなことなので、食生活、食習慣の改善が必要になってくるのだろう。

議長：次に、糖尿病について、データから見た地域課題の

- ・危険因子である高血圧有病者、メタボリックシンドローム該当者が多い
- ・糖尿病のSMRが県内で2番目に高い、腎不全のSMRが県内で最も高い

となっていることの原因、現状の対応、今後の方策についても御意見をお願いしたい。

委員：特定健診分析結果がでていますが、これは特定健診で糖尿病あるいはその予備軍として引っかかった人の数なのだろうが、これが少ない割に糖尿病で亡くなる方は非常に多いというのは分析が不十分ではないか。予備軍をもっと洗い出して指導していく、栄養指導とかいろいろと指導する比率を高めなければならない。重症の糖尿病になりボロボロになって亡くなるという経過をたどるならば、軽症のうちに手を打つ必要がある。また、特定健診率を高める必要があるのではないかと思う。

保健所長：先ほどもあったメタボリックシンドローム該当者のところでは、受診率の向上の必要があると考えている。糖尿病だけ、心筋梗塞だけというのではなく、生活習慣病全体として受診率の向上やその前段階での発症予防について、県としては引き続き関係機関と共同していろいろ取組をしていきたいと考えている。ただ、糖尿病については歯周病の影響が大きくなってきていると近年指摘されているので、歯科医師会の委員様から御意見を伺いたい。

委員：確かに糖尿病と歯周病が影響しあうというデータがかなり多く出てきている。どの程度影響するのかと数字で出せるのはヘモグロビンA1cの数字なので、富士市歯科医師会と富士市医師会で連携して現在データを取っている段階である。これは県の依頼でもあったのだが、昨年12月でその調査は終わったので現在集計をしているところ。歯周病がどのようにA1cに影響したか、具体的な数字が出ると思う。少しずつでも、そうした医療連携で行っていきたいと思っている。

委員：富士宮市ではそのような体系だったやり方はまだしていない。自分も含め各個人の先生方が糖尿病で歯周病を有している患者は要注意として、ヘモグロビンA1cを中心にしながら個々に対応しているのが現状だと思う。

議長：あるデータによると歯周病の治療により、A1cで1%、2%改善することがある。歯周病になると糖尿病が悪化する、歯周病を治療すると糖尿病が改善するというのは、はっきりしているようである。糖尿病の患者で治療をせず、ヘモグロビンA1cが10%を超えるような方が何人も来る

が、その人達は健診を受けていなかったのか、受けても放置していたのか、糖尿病としては重症の患者の例がしばしばある。特定健診は平成23年度から始まったものだが、糖尿病に関しては、前立腺がんのように毎年実施している効果が表われず、ひどい数値となっている患者がいまだに発生している。健診を受けているのに治療がなされなかったのは医者としての責任もあるのかとの思いもある。もっときちんと患者指導をしなければと思う。

委員：特定健診のことで言うと、協会けんぽ、組合健保ともに被扶養者の健診率が低い。被保険者は会社の従業員なので高いのだが、扶養家族は家にいるのでその健診が進んでいない状態となっている。そうした方の病状の悪化するケースが多いのだろうと思われる。対策としては健保、国保と言わずに健保の被扶養者を対象にした特定健診と市町のがん検診をセットにして一緒に受けていただくことを進めていけば、元気な状態で国保に移行できる、被保険者も元気に定年を迎えて国保に移行してもらい、国保財政も潤っていく、そのような状態をこれから作っていかねばいけないと思っている。

議長：次に、喘息について、データから見た地域課題の

- ・喘息の人口10万人対死亡率が、県平均を上回っている
- ・喘息のSMRが県内で2番目に高い

となっていることの原因、現状の対応、今後の方策についても御意見をいただきたい。

議長：数はだいぶ減ったと思われるが、富士市においては、公害の患者が400人前後おられることもあるのではないかと思います。

保健所長：喘息については、標準的な治療ということでガイドラインがいろいろと出ており、新たな概念も出てきている。それについても注視をして正しい治療をしていただくことが重要だと考えている。それについて医師会の先生方のコメントをいただきたい。

議長：個人個人の診療内容について、我々はあまりタッチすることがない。公害に関しては、審査会で、これはということがあったらチェックして適切な治療をするよう意見を出しているが、個々の患者がどのような治療を受けているかは把握していない。新しい薬剤が出ると講演会があるが、通常の時では製薬会社も講演会は行わない。薬に関しては、糖尿病などは講演会が多くあるが、喘息は新薬が出ることもなく、講演会もない。そういった新しい知識を仕入れる機会が少ないこともあるのではないかと思います。

委員：大発作をする人は減っているとの印象である。

議長：時間がなくなってきたので、途中であるが浜松医科大学の小林先生から講評をいただきたい。

小林教授：この会議は、地域医療構想調整会議との名称だが、必要病床数うんぬんではなく次期保健医療計画の策定に向けてこの地域で何が課題かを出していただくこと、その中で優先度をつけていただくこと、こういったことをやればよいと提案していただくこと、県が基金を使って支援できることがあれば積極的に支援していく、というイメージで考えていただくのがよい。この地域についての私の印象だが、急性期機能に関しては患者の移動はあるが、アウトカムの部分で見ると命にかかわることはそんなに悪いことはなく、何とかそれなりに今まで

もやってきたし、これからもやれるのかなという気はする。慢性期、在宅に関しては在宅医療を進めなくてはならないが、その要素としては病院の退院支援部門と在宅のチームがうまく動いていくかということと、いざという時に入院できる場所があるかどうかということ。在宅支援病院のような形で訪問看護をしている病院で、すぐに患者を受け入れられるところ、川村病院や富士いきいき病院がそのような形をとっていたし、地域包括ケア病棟が富士宮市立、共立蒲原ほかいくつかの病院にある。とりあえず、急性期のための地域包括ケア病棟で始めているかもしれないが、最終的にはバックベッドというような、在宅の方達がすぐに入れるような病棟として使えるかということ、それがないと在宅で患者が安心して生活できないので、そこをこの地域としてどうするのかなどの思いである。先ほど生活習慣病のところではタバコや塩分のことがあったが、例えばこの富士医療圏で2030年までにタバコの喫煙率を県内で最低にするとか、塩分を何グラムにするとかの目標を出してそれを目指して後追いでいく、結果は到達できないかもしれないが、全県の中でここだけがアウトカムつまり目標を作ったことは評価されるのだと思っている。悪いから目標を作って目指すわけである、何となく啓発活動していると5年も10年もやっているだけでデータが全然変わらないのが一番怖いことだ。アウトカムはとても大事で、急性期では死亡率がアウトカムになるし、在宅はひょっとして自宅死亡率がアウトカムなのか、病院での死亡が多い等、何をアウトカムにするかだが、私は人生のターミナルの中でどれくらい長い期間 地域・在宅にいられたかということで、最期は病院に駆け込んで亡くなってもよいと思っている。そういう明確なアウトカムを作っていくこと、予防に関しては塩分や喫煙率をアウトカムの目標を定めていく、これを富士だけでやったらこれはすごいことと思う。目標を立てたらそれに到達しないとというプレッシャーがあるが、それくらいのことをやってもよいのではないかと思う。

また、県医師会がネットワークを使った形でのシステムで応援している。病院の退院支援部門がしっかりして、在宅チームもしっかりして、いざという時のベッドが確保され、顔が見える関係ができた時にITは圧倒的な力を発揮するので、そういう形で利用していただければと思う。

議長：最後に事務局から事務連絡があるとのことなのでお願いします。

追加配布資料：榎田医療健康課長 説明

今後のスケジュール等について

意見書提出用紙：瀬川医療健康班長 説明

議論できなかった項目を含め、データから見た地域課題への原因、現状の対応、
今後の方策について、御意見をいただきたいことについての依頼

議長：本日予定の議事はこれで終了となる。議事進行へのご協力を感謝する。

それでは、事務局へマイクを事務局に戻させていただく。

議事終了