

開催日：平成 29 年 2 月 6 日

○疾病・事業ごとの地域課題と対応方策案について

疾病・事業名	概要
がん	<ul style="list-style-type: none"> ・ 課題は、①胃がん検診等受診率の低下、胃レントゲン検査機関の減少など、②乳がん検診のあり方（30 歳わくの受診、40 歳～5 年毎の検診など）である。 ・ 専門性を持っている医師が少なく、将来的に益々対応できなくなる。 ・ がん治療の開始前から予防的に歯科が介入して口腔ケア・管理を行う事で口腔に関連する合併症の重症化を抑え、症状を緩和・軽減・治療の完遂をサポートできる。がん医科歯科連携協力医との連携システムを推進するべきである。 ・ 精密検査受診率が低い。要精密検査患者が、受診しやすい環境を作るべきである。 ・ 診療の自己完結率が西部地区と周辺地域との格差が大きい。標準化死亡率の西部地域と周辺地域の格差が大きい。がん診療拠点病院の 4 病院相互や周辺地域の医療機関との連携強化による、がん診療の均てん化や質の向上を図る。引き続き、北遠への支援強化を継続すべきである。 ・ がんのリハビリテーションが注目されている。急性期病院で治療後リハビリが必要な患者に対応できる回復期リハ病棟も充実させる必要がある。 ・ 地域がん診療拠点病院が西部医療圏に 4 ヶ所あり、悪性新生物による人口 10 万人対死亡率が県下で安定して最も低い。SMR でみても最も良い成績を示している。しかし胃がん検診率が低い。今後も 4 拠点病院体制を維持するべきである。がん検診体制の強化・啓発も重要である。 ・ 都市部で検診の受診率が低い。また、要精密検査受診率が低い。さらなる啓発活動が必要である。（検診データの公表と検診の重要性） ・ 子宮がんの SMR が県、国と比べて高い。胃がん検診の受診率が、県、国と比べて低い。当該医療圏域内の 5 大がんのうち、大腸がんと乳がんについては、要精密検査受診者における「がん出現率」が高い傾向にあり、精密検査の受診再勧奨が重要である。

<p>脳卒中</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・北遠・湖西地域においては、救急医療を担う二次・三次救急病院は、隣県の豊橋医療センター及び聖隷三方原病院と消防・開業医は連携しているのが現状である。湖西地域での救急医療連携に関して、市町が隣県と密接に連携対策を協定すべきである。 ・専門性を持っている医師が少なく、将来的に益々対応できなくなる。 ・神経内科医師数が少ない（人口10万人当り2.7人）。一般内科医と神経専門医の連携をとりやすくする必要がある。 ・北遠、湖西地域に脳卒中を専門に扱える施設がない。浜松市内でも全ての2次救急病院が超急性期の脳卒中患者に対処できるわけではない。主な原因は、脳卒中専門医及び神経内科医、脳神経外科医の慢性的な不足にある。急性期脳卒中に対する救急体制の構築が必要である。 ・当地区は「脳卒中パスポート」を利用して連携がとても良い。かつ再発予防に関しても地域全体で取り組み、リハビリテーションがその要として重要な役割を担っている。 ・SMRで見ると、脳梗塞死亡は成績が良いが脳内出血の成績が良くない。拠点医療機関の選別と救急搬送の見直しが必要でないか。 ・県全体及び当該圏域のSMRが全国と比べて高いため、他県と特定健診分析等の比較をする必要がある。特定健康診査・特定保健指導の推進（発病予防のため生活習慣の改善に向けた保健指導や受診勧奨の継続）に今後も取り組んでいくべきである。
<p>心筋梗塞等の 心血管疾患</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・北遠・湖西地域においては、救急医療を担う二次・三次救急病院は、隣県の豊橋医療センター及び聖隷三方原病院と消防・開業医は連携しているのが現状である。湖西地域での救急医療連携に関して、市町が隣県と密接に連携対策を協定すべきである。 ・専門性を持っている医師が少なく、将来的に益々対応できなくなる。 ・周術期術前に口腔管理を行う事により合併症、感染症を軽減させ、在院日数の短縮並びに医療費の削減に寄与できる旨のデータを掲載すべきである。 ・IHDの平均在院日数が長いので原因の精査が必要である。 ・急性冠症候群に対しては、緊急カテーテル検査・治療など緊急に対応が必要であるが、浜松市内は二次救急病院が当番制で行われており、どこの病院に搬送されても十分な治療ができる体制になっていると思われる。また、心臓血管外科を有する病院も5病院と多い。現在の体制で、全く問題はないと思われる。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ SMRからみると西部は良好な成績と思われる。ただ虚血性心疾患患者の平均在院日数が他地域に比べ著しく長い。虚血性心疾患患者の入院期間が長い原因分析が必要でないか。 ・ 虚血性心疾患の平均在院日数が県、国と比べて倍以上長いいため、原因分析する必要がある。
糖尿病	<ul style="list-style-type: none"> ・ 湖西地区は、糖尿病、糖尿病予備軍が多い。生活習慣病対策の市民啓発が重要である。教育指導、教育入院など市立病院の役割を向上するべきである。 ・ 専門性を持っている医師が少なく、将来的に益々対応できなくなる。 ・ 糖尿病内科医師数（3人／10万人）が少ない。一般内科医のskill upをはかる方策をとるべきである。（研修会等を行う。） ・ 腎不全患者が多い。透析原因の第1位は糖尿病であり、透析医療費は膨大であるため、その対策は急務である。高血圧でかかりつけ医にかかっているが、糖尿病の検査をしておらず、患者は病院にかかっていると安心していたら、糖尿病、腎不全が悪化していたという患者、南米系の糖尿病疾患を持つ食事療法が全くできない患者、東北、沖縄などの地方から出稼ぎできて、そのまま一人で生活を続け、糖尿病放置、合併症進行患者などの印象が強い。原因病名だけではなく、透析導入に至った詳細な経緯の把握が必要ではないか。そこからはじめて対策が見えてくる。 ・ 糖尿病教室などで運動療法のためリハ職種の活躍がもっと進む必要がある。 ・ SMRでみると腎不全による死亡が他に比べ有意に高い。また糖尿病予備軍もやや多い。糖尿病発症前からの啓発や検診による初期からの管理強化に力を入れるべきである。 ・ 県全体及び当該圏域の糖尿病、腎不全のSMRが、国と比べて高いため、原因分析する必要がある。男性に比べて女性の方が、糖尿病有病者率が高い。特定健康診査・特定保健指導の推進（発病予防のため生活習慣の改善に向けた保健指導や受診勧奨の継続）、糖尿病性腎症予防対策（糖尿病治療中断者に対する受診勧奨の継続）、妊娠糖尿病予防対策（医療機関と連携した妊婦に対する発症予防啓発、医療受診勧奨、生活習慣病指導の継続）などに力を入れるべきである。
喘息	<ul style="list-style-type: none"> ・ 湖西市内には成人、小児喘息に対応できる夜間救急病院（二次）の専門医がない。休日救急医療の充実など、市町の関わりが必要である。 ・ 専門性を持っている医師が少なく、将来的に益々対応できなく

	<p>なる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院期間が長いので原因精査が必要である。 ・西部地域の喘息入院患者の平均在院日数が長い。西部地域では、若年者の喘息入院が少なく、合併症を抱えた高齢者の喘息患者入院が多い可能性がある。年齢層の標準化を行った統計の取り方で再検査を実施した方がよい。 ・西部地域では良好な成績と思われる。ただ喘息の平均在院日数が有意に長い。入院期間が長い原因や管理体制の精査が必要。 ・喘息の平均在院日数が県、国と比べて1.6～1.8倍程度長いいため、原因分析する必要がある。
<p>肝炎</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・肝疾患かかりつけ医登録医療機関が少ない。肝疾患かかりつけ医の普及啓発などが必要である。 ・専門性を持っている医師が少なく、将来的に益々対応できなくなる。 ・C型肝炎は、新規薬剤の追加承認が続き、専門化かつ高額なために肝臓専門医による肝疾患連携拠点病院を主に治療が必要となっている。今後は、肝疾患かかりつけ医の登録を増やし、肝炎患者の診断（抽出）と病診連携を通じスムーズな治療導入が望まれる。また、緊急肝炎検査の啓発も必要になる。B型肝炎は、長期に及ぶ核酸アナログ製剤の導入例が多く、こちらも肝疾患かかりつけ医との連携および肝発がんの画像評価など行う必要がある。①肝炎診断及び治療導入後の経過観察のため、また、肝炎患者の拾い上げのために肝疾患かかりつけ医を増やす必要がある。②緊急肝炎検査（保健所）啓発は、TV ラジオ等のマスコミ活用を検討するべきである。③肝疾患に関しては、県保健福祉課が主体となって医療費助成対応など精力的に活動している。 ・検診実施状況、肝炎ウイルス感染者率の推移などのデータがあれば、当該圏域の現状が把握できるため地域課題等の検討が可能と考える。肝炎予防の普及啓発（肝疾患診療連携拠点病院と共催し、市民公開講座・患者サロンの開催の継続。ポスター、リーフレットによる肝炎についての正しい知識の普及啓発の継続）、肝炎検査の実施（肝炎ウイルス検査の実施（40・45・50・55・60・65歳の内、これまで受診したことがない方へ検診無料受診券送付）の継続。）が重要である。
<p>精神疾患</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・湖西市は地域に精神科医（開業、病院）が不在のため、初期認知症集中チームを編成することが困難である。浜松市、隣県との連携、協力が必要となる。専門医の依頼・相談センターとの連携が進まないことについては、ICTの導入が必要である。

	<ul style="list-style-type: none"> ・専門性を持っている医師が少なく、将来的に益々対応できなくなる。 ・認知症疾患医療センターの数が少ない。認知症サポート医等の研修をさらに充実。認知症センターの認定を増やすべきである（現在、患者は3～6ヶ月待ち）。 ・北遠地域、湖西地域に精神科病院がない。精神疾患の自己完結率が他の地域に比べて低い。 ・長期入院患者が他地域に比し多い。入院の在院日数について、医療機関別の内容比較が必要ではないか。 ・認知症に対する対策は、他の精神疾患に対するシステム作りと切り離して考えるべきである。これから急増することが判っている疾患に対しては、今までの精神疾患と一括して対策を議論をすると混乱が予想される。本来の精神疾患に対する対策と、急増する認知症対策とを分けて対策を考えてはどうか。 ・西部は自己完結率も低く、北遠・湖西地域には入院施設がない。国の方針から増床は不可能と考えられる。隣接する中東遠との連携強化を図るべきである。 ・精神及び行動の障害のSMRが県、国と比べて高いため、原因分析する必要がある。措置入院患者などのデータがあれば、現時点での地域課題等の検討が可能と考える。措置入院をしていた患者に対する退院後の医療等の支援内容についての協議、支援の実施状況の把握、連絡調整等を行う協議会の設置などの対応が考えられる。
救急医療	<ul style="list-style-type: none"> ・湖西地域は、隣県との連携を推進するなど独自の医療構想を構築しなければならないと思う。 ・北遠地域は救急車頼みの実情である。 ・病院にwalk in 受診が多く、真の救急医療となっていない。 ・現行の浜松方式は、関係者の協力により、大きな問題がなく機能できている。しかし、眼科、耳鼻科、精神科など一部の診療科では当番病院といえども常勤医が確保できずに対応困難となっている。地域MC協議会で、救急搬送困難症例（病院照会6回以上あるいは現場滞在30分以上）の検討を行っているが、精神症状、合併症の多い高齢者、整形外傷が多い。幸い、患者予後に重大な問題が生じたものはない。高齢化、核家族化などの要因により、緊急性に乏しい救急搬送が増加している。多数の合併症、介護・家庭環境問題を有する高齢患者が増加している現状に、専門性優先の診療体制では対応しきれない。眼科、耳鼻科、精神科など医師が少ない診療科については、集約化した配置を検討するべきである。救急搬送以外の受診方法、搬送手段

	<p>の普及にも努めるべきである。総合診療の素養を持つ専門医の養成も必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中東遠の自己完結率が低く、西部への患者の流入がある。中東遠地域との連携強化が必要である。 ・初期救急では休日・夜間帯における患者数等の推移、2次・3次救急では救急搬送件数や救急入院患者数（手術の有無）、医療機関収容までの所要時間等の推移などのデータがあれば、現状分析が可能と考える。不要不急の救急搬送や時間外受診の減についての住民への啓発が必要である。
災害時の医療	<ul style="list-style-type: none"> ・湖西地域は、隣県との連携を推進するなど独自の医療構想を構築しなければならないと思う。 ・北遠地域は交通遮断（道路決壊、橋落下）時は現地に行けない。航空頼みである。 ・災害薬事コーディネーターを活用するべきである。 ・平成28年9月1日に実施された浜松市防災訓練（積志小学校）に参加された医師からも意見が出ていたが、地域の救護所で対応できる人材は、発災が日中と夜間の場合では異なるので（開業場所と住居が異なる）、それぞれを考慮しておく準備が必要かと考える。 ・日常診療業務に追われ、災害医療の訓練やマニュアル作成などに十分な労力を割くことができない。災害医療関連業務を日常診療業務と同様の本来業務として位置づけ、人員配置、勤務時間などに配慮するべきである。また、各病院が災害時の医療業務に従事できるような体制が整備できるよう、補助金制度などを確立するべきである。 ・発災後1~2週間をいかにして乗り切るかに関して、障害者への対応はリハ職種（PT・OT・ST）の役割が大切である。組織化して連携できる体制が求められている。 ・災害発生時の医療体制については、形だけはできあがっているようにみえるが、実際に行動できるようになるための訓練が必要である。 ・耐震性が確保されていない救護病院等がある。可能な限り耐震性を確保するべきである。 <p>災害拠点病院や救護病院でのEMIS・FUJISAN等を活用した情報伝達訓練や医療救護訓練実績などのデータがあれば、今後取り組むべき地域課題等の洗い出しが可能と考える。</p>
へき地の医療	<ul style="list-style-type: none"> ・湖西地域は、隣県との連携を推進するなど独自の医療構想を構築しなければならないと思う。

	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療をしている医師数（年齢的）の減少が予想される。 ・訪問看護の実態調査の結果にもあるように、遠隔地への訪問は、移動にかかる時間と交通費・人件費などの問題が大きく、実提供のみの収益では経営が困難な実態があるので、山間地等への訪問が実施できないのだと思われる。各事業所も、収益が上がらなければ立ち行かないので、この部分の解決が見えないと解決の糸口は見えづらいと考える。 ・天竜区は広大な面積の中でへき地に指定された地域がほとんどである。無医地区準無医地区数も県全体の 2/3 を占めているばかりでなく、医師の高齢化も進んでいる。地域内の一次医療を保障するためには、医師確保がこれまで以上に求められる。自治医科大学卒業医師、静岡県の奨学生出身の医師をはじめとしてへき地における総合診療を志向する医師確保を、静岡県と地元自治体である浜松市が協力して行う必要がある。 ・山間部過疎地域の医療を今後どの様に提供していくか、行政が大切な役割を担っている。医療機関をばらまき配置していく従来の供給体制は限界があり採算性もない。巡回バスなど交通手段の確保や移住を勧めるなどの対策が必要である。 ・へき地内における医療機関所在地別、患者住所地ベース別の診療実績や訪問・巡回診療等実施回数、また、医師の年齢構成等のデータがあれば、現状の地域課題等の把握が可能と考える。
周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> ・湖西地域には産科が不在なので、浜松市、隣県との協力、連携の継続が必要である。 ・北遠地域には産科がないため、都市部にお願いしている。 ・浜松市内では総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、産科救急病院が充実しており、開業医との連携が非常に上手くいっている。浜松市内の分娩期間は充実しているため、市内のみならず近隣の市町から、さらには里帰り出産も多く、実際の分娩数は浜松市の統計よりも多いことを認識すべきである。現時点でも浜松市の産科救急は優れているが、今後より一層の産科救急制度の確立を目指し、救急隊との連携強化に努めるべきである。 ・これまでのデータでは他地域に比べ恵まれている。今後産科医の減少はさらに促進されると考えられ、産科医確保への行政からのバックアップをさらに強化する必要がある。 ・圏域別出生数や医療機関別の分娩数、また、産科医・助産師等の推移、新生児死亡率、妊産婦死亡率などのデータがあれば、地域の現状及び地域課題等の検証が可能と考える。
小児医療	<ul style="list-style-type: none"> ・小児科医師数が減少している。市立湖西病院では、小児科医師

<p>(小児救急医療を含む)</p>	<p>不在の時には内科が対応している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・①小児科医師数の平均は県を上回っているが、地域差が推定される。②新生児、乳児救急搬送時間は県平均より低い、浜松市内と周辺で差が推定される。③乳児と小児の死亡率が県平均より高い。小児科医の偏在、外国人が多い、貧困が進行しているなどが原因として考えられる。④その他として、浜松市の小児科開業医が高齢化し、休日の一次救急を辞退する医師が増える可能性がある。また、出生数の減少とワクチンの進歩で小児医療の採算性が低下しつつあり、学会から小児科医の集約化が提言されている。①浜松市内とそれ以外で別の統計を取る必要がある。②①と同様な対応が必要である。③浜松市の輪番制とは別に、北遠や湖西の二次救を担う医療機関を指定し、補助金により365日小児科医が対応できる体制を作る必要がある。また、外国人や貧困家庭に対して保健師の見回りなど行政の支援が求められる。④他の地域と同様に勤務医も参加できるセンター方式を検討する必要がある。小児科医の集約化に合わせた二次救急を考えていく必要がある。 ・小児の死亡率が県内他地域に比べやや高い。同規模の静岡市医療圏と比べても高い。静岡市には県立のこども病院がある。西部地域でも小児科拠点病院を整備すべきではないか。 ・小児人口や病院を含めた小児科を標榜する医療機関数の推移、また、医師の年齢構成などのデータがあれば、現状や今後の地域課題等の検討が可能と考える。
<p>在宅医療</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・湖西地区には、特別養護老人ホーム4施設、居宅型、老人ホームなど受入先はあるが、介護士、ヘルパーの人員の不足が問題である。若者の労働環境（労働時間、給与）などの改善、研修の実施などで働き手の増員を図る必要がある。 ・在宅医療支援診療所数は他を圧倒しており、訪問薬剤届け出や訪問看護ステーションの数も多い。しかし、訪問診療を実施する診療所の割合は本県平均をも下回っており、限られた診療所のみが訪問診療を行っている傾向がある。また、医療以外の分野では訪問系サービスについて積極的な姿勢がみられている可能性がある。介護施設定員数が示されているが実態把握のデータとしては十分でないが、県内他地域との比較バランスから判断してみる。浜松市は、高齢者人口と一人暮らし世帯が比較的少ないにもかかわらず多くの介護施設定員を保有し、将来的に定員充足率が低くなる可能性がある。死亡した者についての検討では、老人ホームでの死亡が比較的多く病院での死亡が少な

い傾向にあることから慢性期病床への機能分化がある程度明確になっている可能性がある。医師の高齢化は他地域と同程度であり、県東部の一部は現在すでに大きな問題と思われる。訪問診療所数の増加を促すため、そのためにはパラメディカルの活用、連携が必要と思われる。また医師の専門分化が高いことが予想され、眼科耳鼻科皮膚科などの専門性の高い医師を在宅システムに取り込むのも効果があるかもしれない。往診専門医の増加も、直接の効果がみられると思われる。

- ・在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数は多いものの、実施施設が少ない。薬剤師会として会員薬局、薬剤師に対し適切な在宅業務の実施のために研修を定期的に行っている。その結果在宅業務を行う薬局、薬剤師が増えてきており、浜松市認定在宅医療・介護対応薬局事業認定薬局や静岡県薬剤師会在宅訪問実施可能薬局リストで対応できる薬局を周知する。
- ・地域包括ケア推進ネットワーク会議西部圏域会議でも出された意見だが、まずは一般の方々が在宅で過ごせるイメージができないため施設入所や転院になる。さらには、医療者の側も、まだまだ家に帰すという意識が薄く、医師や看護師が、家では無理と判断するケースがあるのが実情である。一般市民（患者・家族）への理解・啓発をすすめて、在宅へ引き渡す側の認識も変えつつ、在宅で引き受ける側の担当との連携を深め、在宅で過ごす成功事例を多く重ねることで在宅への移行の流れがすすむのではないかと考える。
- ・湖西市には、在宅医療支援診療所が市内に1ヶ所しかない。又、訪問診療を実施する診療所の割合が少ない。
- ・自宅での死亡数の割合が平均より低いが、その他の施設での死亡割合が高い。西部地区は介護施設の定員が他より多く、そこに收容されている方々が多い。自宅での割合が低いことはさほど問題ではないと思われる。しかし、在宅対応診療所数などには地域差がある。それぞれの地域の状況に適した在宅介護システムの構築が必要である。24時間対応の在宅診療所を増やすためには、救急に対応する後方支援病院の協力が必要である。
- ・寝たきり、とじこもり予防のためにリハ職種の活躍は有用である。積極的にステーションや訪問リハビリをすすめるべきである。
- ・他地域に比べ整備が進んでいるのではないかと。
- ・療養病床の再編問題が進展しない。理由の一つに在宅医療が進んでいないことと「在宅」への不信感がある。「在宅」＝「自宅」ではなく、有料老人ホームやサ高住も入っているので、これら

	<p>は「既存の施設」とどう違うのか不透明である。又、そこには医師や看護師がいないので、療養病床で提供している慢性期の医療が継続して提供できるのかどうかに対して不安が募る。地域で生活する認知症の方々が増える事や、「在宅死」も増える事なども想定される。それらの事柄を「地域福祉」で解決していくとしても「医師会」や「看護協会」等の支援がないと困難ですので、医療サイドと介護・福祉側の連携強化が必要。在宅見守り「医師会班」や「看護師班」等、各地に配置する必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅での死亡割合が全国平均に比べ低い。(自宅死亡率が高い方がいいか否かは別として) 今後は核家族化、独居世帯の増加があると考えられる。在宅療養支援チームを増やすために人材確保が必要である。 ・ 訪問診療や在宅看取りを実施している医療機関数と実績、訪問看護ステーションの休日・夜間帯を再掲した患者数・訪問回数・ターミナル対応の実績、また、死亡の場所別死亡数の推移などのデータがあれば、今後に向けた地域課題等の検討が可能と考える。在宅医療・介護連携の推進、在宅療養支援診療所の拡充、在宅医療対応医師の確保、在宅看取りに関する住民啓発、在宅連携センターによる相談体制の充実が必要である。
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

○その他

- ・ 浜松市は 80 万都市で大きすぎるため、区単位での活動、ネットワーク構築が求められる。
- ・ 地域包括ケアシステムや地域医療構想を推進していくため、本調整会議や地域包括ケア推進ネットワーク会議西部圏域会議等で情報共有を行うとともに、県保健医療計画、市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・障がい者計画について整合を図ることが重要であると考えます。
- ・ 喘息については、H26. 6. 27 にアレルギー疾患対策基本法が公布され、気管支ぜん息を含むアレルギー疾患について対策の推進が求められており、また、東京都や神奈川県保健医療計画でもアレルギー疾患を項目としている。法第 13 条では都道府県における計画策定ができる旨規定されていることから、『喘息』を『アレルギー疾患』に変更することを検討してもよいかと考える。