

平成 24 年度第 1 回三重県公衆衛生審議会地域・職域連携部会議事録

日時 平成 24 年 9 月 14 日（金）

13：30 ～ 15：40

場所 三重県歯科医師会館 1 階会議室

出席委員（50 音順）

馬岡委員、河村委員、倉本委員、河野委員（会長）、小林委員、坂井委員、
住田委員、中井委員、信國委員、長谷川委員、日美委員、藤井委員、
古田委員、水谷委員、望月委員 以上 15 名

欠席委員（50 音順）

別所委員（代理：松井氏）、保田委員（代理：森下氏）、和田委員 以上 3 名

配付資料

資料 1 - 1：三重の健康づくり総合計画「ヘルシーピープルみえ・21」最終
評価（案） 抜粋（糖尿病・循環器疾患）

資料 1 - 2：三重の健康づくり総合計画「ヘルシーピープルみえ・21」最終
評価（案） 概要

資料 2：次期三重の健康づくり総合計画の骨子（案）（循環器疾患・糖尿病）

資料 3 - 1：三重県保健医療計画（第 5 次改訂）について

資料 3 - 2：糖尿病対策（素案）

資料 3 - 3：急性心筋梗塞対策（素案）

資料 4：糖尿病予防に向けたイベントについて

参考資料 1：国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の全
部改正（概要）

参考資料 2：厚生労働省告示「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための
基本的な方針」

参考資料 3：現計画（「ヘルシーピープルみえ・21」）・次期計画（案）対比表

参考資料 4：三重県公衆衛生審議会条例

参考資料 5：三重県健康づくり推進条例

参考資料 6：三重県公衆衛生審議会地域・職域連携部会設置要綱（H240405 改
正）

追加資料：ヘルシーピープルみえ・21 目標指標現状一覧（糖尿病・循環器抜
粋）

追加資料：健康づくり総合計画及び医療計画の策定スケジュール（予定）

(司会)平成24年度第1回公衆衛生審議会地域・職域連携部会を開催します。開会に先立ちまして、三重県健康福祉部医療対策局局長細野浩よりごあいさつ申し上げます。

(細野局長)医療対策局長の細野でございます。本日は皆様方大変ご多忙の中、ご出席いただきありがとうございます。日頃は、県の健康福祉行政にご尽力、ご協力いただき、この場をお借りしまして厚く御礼申し上げます。

さて、県では、この先10年先を見据えた戦略計画「三重県民力ビジョン」を策定しまして、「幸福実感度日本一の三重」を目指すということで、県民の皆さまからの協力を得ながら鋭意進めていくという取り組みをしています。その中で中期的な目標と合わせて、当面の緊急課題ということで、特に命と健康を守る医療体制の確保プロジェクトという緊急課題を掲げまして、これは、医師・看護師不足の対応や、がん対策や、健康づくりといったプロジェクトを課題として立ち上げて、やっていこうと取り組んでいるところです。

それと合わせて、保健医療計画が、今年度で第4次改訂が終了します。これに合わせて、来年から5年間の計画を作るということで、それぞれの部会でこれを作るようになっております。

もともと私どもの所管の「三重の健康づくり総合計画」、「ヘルシーピープルみえ・21」これも今年度が最終年度にあたりまして、国のほうからも健康日本21の改訂が出されています。これに合わせて、県の「ヘルシーピープルみえ・21」この名称についても今後変更になりますが、この改訂も進めることとあわせて、保健医療計画の改訂作業、糖尿病対策や急性心筋梗塞対策といった分野のこともこの部会の中で議論いただくとなっておりますので、本日はこのような課題につきまして、現状分析・把握、一定の領域については、もう少し踏み込んだところまでの、議論をいただけたらと思っております。限られた時間ではありますが、専門的なご見地からいろいろご議論いただきたいと思います。

冒頭にあたりましての、ご挨拶にかえさせていただきます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

(司会)審議に先立ちまして報告いたします。会議につきましては、委員18名中15名出席しています。三重県公衆衛生審議会地域・職域連携部会設置要綱第5条第2号の定足数を満たしていますので本会議は成立していることを報告いたします。

(欠席者報告、代理出席者紹介)(新規就任者紹介)(事務局紹介)

(資料確認)

それでは、議事の進行につきまして、三重県公衆衛生審議会地域・職域連携部会設置要綱第 5 条において、議事の進行は、会長が議長を務めることとありますので、以後の進行を会長にお願いしたいと思います。河野会長よろしくお願ひします。

(河野会長) まだまだ暑いですが、朝夕は涼しく、過ごしやすくなってきました。本日も皆様の協力をいただきまして、実りある会議にしていきたいと思ひますので、どうぞ協力くださいますようよろしくお願ひします。

それでは、お手元の事項書に従い進めていきたいと思ひます。

本日は、大きな議題が 3 つあります。「ヘルシーピープルみえ・21 最終評価(案)について」、「次期三重の健康づくり総合計画の骨子(案)」、「三重県保健医療計画(第 5 次改訂)」についてです。

それでは議題 1 の「ヘルシーピープルみえ・21 最終評価(案)について」を事務局から説明願ひします。

(事務局) 議題 1 説明(使用資料 1-1、1-2、追加資料: ヘルシーピープルみえ・21 目標指標現状一覧)

(河野会長) 説明ありがとございました。この事について質問、意見等ありましたらどうぞ。

糖尿病領域の改善率がわずか 2 割というのは驚きを感じるのですが、いかがでしょうか? 長谷川委員何かございませぬか?

(長谷川委員) 河野会長がおっしゃったように、糖尿病の改善がこんなに悪いということで、保険者としても、毎年 8 万件程の健診データを持っておりますが、糖尿病、高血糖症に関しましては、改善がおもわしくない状況で、特定保健指導に関してもうまくいっていない状況ですので、今回の協議会(部会)で糖尿病対策をしていただくということは非常にありがたいと思っております。

(河野会長) ありがとうございます。他にございませぬか? 住田先生いかがでしょうか?

(住田委員) 糖尿病が非常に悪いということで、何か針の筵に座っているような感じがしますが、実際考えてみますと、糖尿病対策の一番大きな目標という

のは、糖尿病患者を減らすということよりもむしろ、糖尿病の合併症を減らすことです。例えば、人工透析をしている人がどれくらい減ったのか、失明を余儀なくされた人がどうだったのか、足の切断に至ってしまった人がどうなったのかというような、最終的な合併症がどのように減少したかによって、糖尿病対策がどうなったのかという議論をする。しかし、今回提示していただいたデータは、すべて予備群はどうなったのか。予備群の中から糖尿病を発症してしまった人がどうなったのかを見ている。したがって、糖尿病の入り口部分で何か対策を講じるとすると、かなり広範囲な事業を展開し、そこで上がってきた異常者に対して、さまざまな介入をしていかなければなりません。今後ますます増加していくに違いない糖尿病に対して、一番重要なことというのは、まず、健康診断をしっかり受けていただくということと、健康診断でどのレベルであれば異常者。異常者であれば、次にどの健診をするか、どの検査を行うか。それが異常であれば、次にどのような治療を行うのか。健診を受けることと、事後のフォローアップ、2次健診に引っかかった場合、どのようなことになり、どのような指導をしていくか。このあたりを少しきつめて議論していかなければならないかと思えます。

平成22年度の国民健康栄養調査が春に発表されましたが、やはり予想通り糖尿病が増えている。この疾患が増えていく要因は、まぎれもなく生活習慣の問題ですが、それ以上にこれから迎える高齢化社会。人間、年齢を重ねるほど発症が増えますし、医療費の問題もあります。軽い段階で見つかった医者にかかったとしても、治療をやめてしまう。あるいは、医者に行くことすらしない。まして、健診を受けることすらしない。という方々から、どんどん悪化していることが疑われますので、これらの方々への対策を見ていかなければならないかと思っています。

(河野会長)ありがとうございます。前回糖尿病についてレクチャーをいただき、今お話しにありましたように1次予防だけではなく、2次予防、3次予防といったところもしっかりと押さえておく必要があるということでしょうか。事務局から何かございますか？

(森岡総括)参考資料2のほうに、健康日本21の改訂版があります。前回は健康局長通知だったのですが、今回は、告示という形をとっており、より基盤が強化され発出されています。目標設定の考え方の2に、重症化予防の徹底があります。糖尿病も記述がありまして、「重症化を予防するために治療中断者の減少」「合併症の減少を目的とする」という記述もあります。糖尿病に関する国の目標ですが、9ページに糖尿病の目標があり、からのところは、住田委

員が話されたように重症化の予防に関する目標であると思います。よって次期計画においては、このようなものを目標、参考にして計画に盛り込んでいく必要があると感じています。

(馬岡委員) 後の議題に心筋梗塞の話もありますが、三重県が提起している健康やかに生きる、元気に生きるのために、基本必要なことは、住田委員もお話していただきましたとおり、健康診断をしっかり受けていただくことが1点と、もう1点は、太ったり、煙草を吸ったりするのではなくて、健康である状態をいかに維持するかということです。糖尿病にしろ心筋梗塞にしろ、不摂生な生活をすることで起こす生活習慣病の一つですから、いかに健康でいるかに特化して考えていかないと、現実にできる施策というのは絞られていると思う。健康診断をいかに受けさせるかということになると、例えば、伊賀市ではピロリ菌の検査が無料でやっています。ピロリ菌が原因でがんになることはみんな知っている。これが無償でできるとなると、皆殺到して検査を受ける。これと同じように、健診を受けるというモチベーションを、これを受けないといかに危険な状態になるかということを理解してもらうことが一番大事です。よって糖尿病は、「食べ過ぎや甘いものとりすぎでなるぞ」とするのではなくて、糖尿病になると、目が見えなくなる、足を切らないといけなくなる、透析が必要になるということをいかにわかりやすく一般の人に理解していただくか。そのためにいかに健診が有用であるかを知らしめる手段を具体的に考えるほうが、基本的にはよほど効率がいい。

また住民の健康レベルを上げるためには、環境はもちろんのこと、極論の例えですが、ある一定規模の会社には昼休みに体操を義務付けるとか、何か運動を仕事の場に持ち込むような施策を考えていくほうが効果があるのではないかと思います。

(河野会長) ありがとうございます。事務局何かありますか。

(森岡総括) 馬岡委員のおっしゃる通りだと感じています。重症化というのも重要ですけども、生活習慣病の予防というものも重要だと考えています。この後次期計画のところでも説明しますが、大きな目標に「健康寿命の延伸」も掲げていますので、ご意見を踏まえながらバランス良く計画を立てていきたいと思っています。

(河野会長) ありがとうございます。今、働き盛りの人の話題が出ましたが、労働局の日美委員そのあたりの何か見解はありますか？

(日美委員) 労働局では、職場の労働者の健康確保を重点としていますが、健康診断における有所見率の改善に向けた取組をその対策の一つにしています。事業場で健康診断を実施しますと、50名以上の事業場では労働基準監督署にその結果を報告してもらうことになっています。その結果、昨年の所見が認められた労働者の割合は49.7%となっています。これは、全国平均より若干低くなっています。また、昨年の血糖検査の結果では9.2%の方が有所見となっていますが、この項目も、全国平均より若干低くなっています。以上、現状の報告です。

(河野会長) 突然指名させていただきすみません。先ほど体操などについて義務付けてはどうか？などの話がありましたが、労働局としてはどうですか？

(日美委員) 厚生労働省では、従前はシルバーヘルスプランを、現在は、トータル・ヘルスプロモーション・プラン(THP)を提唱し、その中で運動実践等を取り入れて健康確保の推進を図るという対応を行ってきましたが、なかなか進んでいないという感覚を持っています。三重労働局といたしましては、企業や健康管理スタッフ等へTHPの周知を図り、健康確保に努めていきたいと思っております。

(馬岡委員) 先ほどののは極論ですので、強制するというわけではありませんので、ただ先ほども出ましたが、糖尿病にしる高血圧にしる、受診通院が途中で切れるとか、通院の継続率が悪いとかは、行政の責任とかでもなく、医者の問題だと思います。継続させるだけの努力が医者側に足りないというだけで、その部分を取り上げて、それを伸ばすためにはどうするかといったディスカッションは違和感があると思います。

(河野会長) 他に意見があればどうぞ。

(信國委員) 馬岡先生からも健診受診者を多くするといった話がありましたが、とても賛成です。メタボの関係で携わっていていつも感じるのですが、健診の結果を見ながら保健指導をするのですが、ヘモグロビンA1cの結果を自分のものにしていない、意味を理解している人が少ない。結果を見ながら説明をしてもわからない人が多い、そこの説明からお話をする人が多い。健診を受け、その結果を渡されて、その結果をその人がどのくらい把握しているのかというのが気になります。保健指導をするといつも「保健指導を受けてよかった」と

いう返事をいただきます。正しい検査結果の周知徹底についても見直していた
だけるとよい。また、大事なことだと思います。

(河野会長)ほんとにそうだと思います。せっかくの検査結果が活かされない
というのはもったいないです。今の意見に対して事務局から何かありますか。

(森岡総括)ご指摘の点、次期計画に項目として特定健診受診率向上について、
記載していきたいと思います。

(河野会長)ありがとうございます。他に何かご意見ありますでしょうか？

(住田委員)信國委員が発言された、ヘモグロビン A1c ですが、日本糖尿病協
会という患者団体でも、ヘモグロビン A1c 周知徹底委員会というものがあ
りまして、毎年場所を決めてイベントをして回っています。そこで「ヘモグロ
ビン A1c」とは何か、これは一番難しい。特定健診の項目の中でも一番難
しい。知っている人も少ないのが現状です。糖尿病患者は知っているで
しょうが、糖尿病患者以外にはあまり知られていない、このあたりへの啓
発、啓蒙活動というものをぜひ県や市町の行政でやっていただいて、こ
んなすごい検査を実施しているというのを広げていくと、ちょっと上が
ってきたときに、受ける危機感が変わってくる。知らなければ、危機感
につながらない。

PSA(前立腺がん)の値などちょっとでも上がると震えているが、ヘ
モグロビン A1c が多少上がってもどうってことはないと思っています
ので、その検査結果の重要性、意義というものをしっかりと伝えてい
ただければと思います。また、イベントについて、三重県にも順番が
回ってきましたらどうぞよろしくお願いします。

(河野会長)それではほかにありませんか？ないようでしたら議題 2
に進ませていただきます。では、議題 2「次期三重の健康づくり総合
計画の骨子(案)」について事務局から説明をお願いします。

(事務局)議題 2 説明(使用資料:資料 2)

(河野会長)ありがとうございました。「次期の三重の健康づくり総合
計画骨子案」について、意見などありましたらどうぞ。

(馬岡委員)ひとつ疑問というか、どうするのかと思うのが、5 ペ
ージの表がありますが、多様な主体との環境づくりというイメージは
よくわかるが、県があ

って、市町があって、町内会があって、組とかご近所があると。それぞれに人間的なかわりあいとか、関係を作っていくというその趣旨はよくわかるが、具体的にこれをどのように進めていくのか、県の行政、市町のレベル、町内のレベル、組のレベルこれらをつなげていく具体的なシステムはいったいどうなるのかというのがすごく気になる。もうちょっと具体的な、どういう風にしたらそれが一本化して、これらの層が重層的に、有機的に機能していくのかという提案がないと、ピンとこない。

(河野会長) ご意見ありがとうございます。事務局いかがでしょうか

(森岡総括) 確におっしゃるとおりでして、それぞれの有機的な連携とありますが、それぞれの主体の連携というのは非常に難しい事項だと思っています。これから具体的な動きというものを検討していく必要があると思うのですが、個人的には、連携の会議のようなものを、今後定期的を開いていくとか、他の取り組み内容の情報発信、例えばホームページみたいなものを立ち上げて、そのような場所にどんどん取り組みを紹介してもらうなど、行政とかそのような権限とかではなしに、意識のつながりのようなものを考えていく必要があるのではないかと考えています。

(馬岡委員) もう少し具体的に言うと、ある地域の中に組という集まり、町内会という集まりがありますが、そこで地域のきずなみたいな話をする場を作るのであれば、それがまた集まって、町のレベルでの話し合いに、さらにそれが集まって市のレベルでの話し合いがあってというような。ネットを使って情報を発信するだけならいくらでもできると思うのですが、有機的につながろうと思うと小さい単位から大きい単位に、順番は上から下か、下から上かは分かりませんが、有機的につながる場所というような、例えば地域おこし委員会みたいな町バージョン、市バージョンといったものが設定されればもうちょっと現実味を増すのではと思います。

(河野会長) とても大事なポイントだと思いますが、いかがでしょうか。

(中井委員) 馬岡委員の話にかぶると思うのですが、第5章のイメージ図を見ていて、上段の丸3つ、志の縁「志縁」というのがあります。NPO・ボランティア団体、これは例えば障害者支援の団体であるとか、病気を持った方々の支援の団体、そのような団体は実際に聴きますし、存在も確認していますが、保健活動をするNPOだとかボランティアというのは実際にどうでしょうか？

保健活動を推進していく団体というのはあまり聞かないですが。行政から推進員だとか、行事イベントなどで知り合う人はいますが、市民の中に実際にあるのだろうかという疑問があります。それから青年会であるとか商店街などでは一人暮らしの高齢者を支援する「買い物ネット」だとか、お弁当を届けるものであるとか、経済に関して、青年会でもそうですが、経済・経営に関した団体活動はあると思うのですが、保健活動に関してはあるのだろうか。もしあるとすればどういったことをモチベーションにそういった人が活動できるのか、活動しようとするモチベーションが、健康意識が高まらないと弱いのではないかと思ったことと。この計画だけが、イメージだけが先に進んでいますが、実際に全体をぱっと見て横文字が多いだとかですね。「アクティブ・シチズン」「ソーシャルキャピタル」だとか、すんなり市民の中に入って行くのだろうか。といったような思いが、第一印象としてありましたので、もっと実践的にならないと、もっと現実的にならないと、「笛吹けど人踊らず」といった計画になってしまうだろうかと思います。

(河野会長) ご意見ありがとうございます。事務局どうぞ。

(黒田課長) 今のご意見についてですが、まず1点目そのような保健活動を行う団体はあるのだろうかということについては、ひとつ面白い事例があります。もともとは大安町、今はいなべ市ですが、そこに「元気倶楽部いなべ」という、高齢者の方々をあつめて、地域型スポーツクラブといったような活動を、公民館などに定期的に集まってもらい、保健師と一緒に体操をやろうと、この体操もきちんとビデオで作って、それを定期的にやっているというところもあります。そこがいなべ市の中で何箇所かやっているところに、私も参加し見せていただきました。4,5人のところもありましたし、もう少し集まっているところもありました。そのような取り組みというのはいくつかあるのでしょうか。ところが面白かったのが、この活動の中心になっている方が、高齢者を集めただけではなく、データを取って、活動をしたことによって健康度はどうか、医療費はどうかということを検証しまして、全国的な学会等で発表しています。この活動はテレビでも取り上げられたり、公衆衛生の先生などもそこに注力しているという事例もあります。

これを1つの層として、このような取り組みをいろいろなところでネットワーク化してやっていくというのが1つの方法ではないかと思えます。

それともう1点「買い物ネット」とか経済的な取り組み等の話もありましたが、第5章の取り組みそのもの自体は、必ずしも保健活動だけではなくて、いろいろな人たちが集まって、学校、PTAの集まりだとか、そういう「ソーシ

「ソーシャル・キャピタル」社会関係、人と人とのつながりだと思いますので、公衆衛生の先生方の言を借りれば、そのような活動をしているグループ、地域は非常に健康度が高いというデータもあるらしいので、必ずしも保健活動に限定しているわけではなく、人と人とのつながりを、経済的なものでもいいし、どのようなものでもいいので、そのようなつながりをいろいろなところで活動してもらうことが、健康につながるのではないかと考えています。

したがって、第5章に掲げてあるものを、健康福祉部が率先してこのようなことをというのはなかなか難しいと思います。県にはいろいろな部署がありますので、農林であれば農林の部署で、経済関係であれば経済関係の部署で、そのようなところで取り組みを促していくという活動は県でも必要だと思いますし、市町でもそれぞれの取り組みが必要かと思います。

(河野会長)ありがとうございます。もうひとつの質問。横文字が多いというのはいかがでしょうか？

(黒田課長)たしかに「ソーシャル・キャピタル」とか「アクティブ・シチズン」とか注釈を付けるなどで対応させていただきます。「アクティブ・シチズン」というのは県の計画に載っていますし、「ソーシャル・キャピタル」そのものの考え方は以前からあるのですが、確かにこれだけ見ては、何だろうと思われまので、注釈を付けるなり工夫をしていきたいと思います。

(河野会長)いま、いなべ市のことを紹介いただいたのですが、あの地域はヘルスプロモーションで、住民がいろいろなことを主体的に行っている。あのようになっていくといいなと思います。そのような活動を県の支援で広げていただくような手立てというのがあればいいなと思うのですが。いかがでしょう。

(黒田課長)その部分については、いなべ市は非常にうまくいっている事例なのですが、じゃあ、違う地域でも同じことをやったらうまくいくのかというと、そこに核となる人がいないとなかなか難しいと思います。そのあたりをどうしていくのが今後の課題だと思っております。当然県が音頭を取っていやるといことでは、それはできないと思いますので、各市町の社会資源を見つながら県の方もサポートしていくという形で、いなべ市のようなものをモデルに、いくつか私も生み出せればいいなと思っています。その部分は今後の課題だと思っています。

(河野会長)ありがとうございます。

(住田委員)私もいくつか知っているもので、熊野市、尾鷲市でやっているウエストメジャーリーグというものがあり、聞かれたこともあるとは思いますが、メタボ対策で、4人1チームを作ってもらい、そのチームに食事・運動療法を実施してもらい、競争させて、3か月でどれぐらいウエストの総計が縮まったかというイベントがあります。そうすると何十人も市民が参加していただけますので、メタボリックシンドローム、おなかの周りというものに興味を示してくれる。もう少し南にいくと、紀南健康長寿協議会というところで、熊野市、御浜町、紀宝町の1市2町でいろいろやっています。それぞれの市町でいろいろな健康イベントを実施しています。しかし、皆、口をそろえて言うのは予算がないということです。お金がないから次はできないという。先日協議会で次を最後に終わると聞いた。なぜ終わるのか確認したら、県からお金が来なくなった。予算が切れましたと。このような財政的な面での支援をいただければ、特に東紀州というところはそのような情報にも疎いところでもありますので。まあ、県があまりお金を使わないでやれるということであれば、例えば、長野県でやったぴんぴんころり運動だとか、これは、長野県が全国に向けて発信した。健やかに生活をして、ある日ころりと、必ず逝くわけではないのですが、そこまでは元気に行くという提唱をして、いろいろな生活習慣改善のプランを提示してきたわけです。長野県は短命な県ではなく、むしろ全国一の長寿県です。どのような理由であそこが長生きなのかはわかりませんが、そのようなことから非常に注目を浴びた、県民も頑張っているところです。全県を挙げてのものすごく大きな運動、それも誰が聞いてもわかりやすい。「ぴんぴんころり」と聞けばだれでもわかるが、「ソーシャルキャピタル」と聞いても誰もわからない。「アクティブ・シチズン」私も始めて聞きましたが、それよりはわかりやすい一言で持って、県民を引っ張っていってもらえるのが県だと思っています。

もっといえば、お金を出して、各地区々々でいろんなソーシャルイベントを展開させ、それを核として、地域の住民のモチベーションをあげていただければと思います。

(河野会長)さまざまな地域での具体的な活動をご紹介いただきありがとうございます。

(馬岡委員)私は、介護保険関係の担当もしていますので、NPOのことについては、ある程度、地域によっては知っています。例えば、志摩市ですが、NPOの数だけで言ったら100以上あります。志摩市の方は、そのリストを作

っています。少なくとも、このような「きずな」というようなシステムを考えていくのであれば、各市町にNPOの把握、特に老人関係のものや、健康のもので、食事関係のものでもいいのですが、どのようなNPOがあって、それが、県下で広げられるような、もしくは他に紹介できるようなNPO活動があるかどうかのリストアップは最低限して、代表的なものの活動について他へ紹介する、そのディスカッションをここでできるといいなと思います。

(河野会長) 具体的な提案、ありがとうございます。さまざまな貴重なご意見ありがとうございます。又何かご意見がありましたら事務局の方へご連絡ください。それでは、続きまして議題の3「三重県保健医療計画第5次改訂」に入ります前に、急性心筋梗塞とはどういう疾患なのかをうかがった上で、医療計画にかかるご意見をいただきたいと思います。本日は循環器専門医であります馬岡委員に、急性心筋梗塞とはどのようなものをレクチャーいただきたいと思います。

(馬岡委員) レクチャーと言いましても、前の住田委員のように、スライドも何も準備しておりませんので、先週の末に依頼を受けましたもので、お話を簡単に説明させていただこうと思います。循環器専門医とご紹介にありましたが、循環器が専門ではありますが、専門医の申請はしていませんので、循環器が専門ということでお話しさせていただきます。

行政の方から、急性心筋梗塞について簡単に説明せよとご依頼いただいたのですが、正直悩みました。いろいろな図面やスライドを出した方がいいのかとも思いましたが、基本的に糖尿病にしる、急性心筋梗塞にしる、疾患別の対策を策定するためには、ある程度の医学的知識が本来必要です。心筋梗塞の資料(3-3)をさっと目をとおされるとわかることと思いますが、ステントとか、大動脈バルーンパンピングだといわれても、何のことかわからないと思いますし、狭心症や心筋梗塞について、1時間で話をしようと思っても無理ですので、あくまでも、住田委員も話されたように、この会では、いかに健康な状態を維持していくのかであって、あといかに健康診断を受診していただけるように導いていくかということになりますので、そういった意味で必要な、狭心症ってなに？心筋梗塞ってなに？といった話をしたいと思います。

狭心症、心筋梗塞といった言葉はみなさんご存じだと思いますが、今はこの2つをあわせて、急性冠症候群といいます。冠は心臓という筋肉の塊、ポンプ、全身に血を送るポンプですが、このポンプを動かすにも血が要ります。その血液を心臓の筋肉に供給しているのが冠状動脈です。大きく左右に分かれ左はさらに2つに分かれているのですが、この冠状動脈が詰まってしまったのが心筋

梗塞です。血管というのは、ゴムホースのようなもので、新品のゴムホースは柔軟で弾力もあり、中もきれいですが、日向にほって置いたり、掃除をしないで置いておくと、硬くなりひび割れしてきます。原理的には少し違いますが、動脈硬化を起こしどんどん硬くなっていきまして、コレステロール、主に粥状硬化といますが、悪いコレステロールが血管の中にたまって、だんだんと内腔がどんどん細くなっていく、これが動脈硬化というものです。これが進行していくと、血液が流れにくくなって、その先にある筋肉に酸素がいきわたらなくなってしまう。これを虚血といいます。狭心症というのは一般的な症状というのは数分程度続く胸の痛みです。ただしこれもいろいろあって、歯痛や、肩が痛いと言って狭心症だったこともあります。だから一概に胸が苦しいから狭心症とは言い切れませんが、血管が詰まる前の段階、つまり激しい運動をしたりすると胸が痛くなる。普通にじっとしている分には大丈夫。ある程度血管が細くなっても、細々と血流は流れているので大量に酸素が必要になる運動などをしなければ胸の症状が出ない。これが基本的な狭心症の状態です。

他にも色々な状態があって狭心症を起こすこともあります。例えば、血管はきれいなのですが、足のこむら返りみたいに、急に血管が縮んで血液が一時的に通らなくなる。これは血管がきれいでも狭心症が起こります。

完全に詰まってしまって、その先にある筋肉が死んでしまわない状態を狭心症といいます。狭心症から進んで血管が完全に詰まってしまうと、その血管から栄養を受けている筋肉が死んでしまいます。これが心筋梗塞です。

狭心症も心筋梗塞も基本的には血管の病気だということです。そういった意味では糖尿病も同じです。糖尿病は住田委員に前回講義していただいたように細かい血管を中心に変化するだけではなく、大動脈も含めてすごい変化が出てくる病気であるということですが、結局起きていることは血管の病気です。生活習慣病は血管の病気であると言い換えてもいいぐらいに関係があり血管は大事です。

いわゆる心筋梗塞、狭心症というのは、危険因子と言ってこれがあると危ないぞという項目がいくつかあります。代表的なものだけ出しますと、家族歴（身内に心筋梗塞、狭心症の人がいるか）、ストレス（精神的なストレスだけではなく肉体的なものも含めて、例えば、過重労働とか変則勤務等）、一番大きいのは高血圧と糖尿病、喫煙、肥満、高脂血症（高脂血症はいわゆる悪玉コレステロールといわれるLDL血漿、いわゆる悪玉コレステロールが多い形の高脂血症。）というようなものがあると、心筋梗塞、狭心症になりやすい。

先ほど、狭心症があって心筋梗塞があると言いましたが、狭心症から心筋梗塞になる例はおそらく半分ぐらい、残りの半分は突然発症しますので、普段通院している、していないで大きく変わってきます。もちろん無症状で健康診断

が必要な理由は、糖尿病にしる、高血圧にしる、自覚症状は進行していかないと基本的にはない。

糖尿病でのどが渇くとか、手足がしびれるとかは完全に進行した状態です。初期の段階特に住田委員と一緒にやっている境界型、糖尿病になる一歩手前で何とかしたいと考えているレベルでは、まったく無症状です。

高血圧も同じで、別名「サイレントキラー」と言われています。「静かなる殺人者」といわれています。これも基本的には自覚症状がないものです。よく血圧が高くなると目が回るとか、頭が痛くなるとか、肩がこるというのはむしろ少数で、そのような人はむしろラッキーな人たちです。症状が出たので医者に行ってみたら高血圧だった。肩こりがひどいので医者に行ったら高血圧だったというのはラッキーで基本的には症状はありません。

こういった疾患がどんどん進んでいって、血管がボロボロになっていって起こってくるのが狭心症や心筋梗塞なので、血管がボロボロにならないためにはどうしたらよいか。つまりは最低限の生活習慣は何か、よく歩き、運動をし、食べ物のバランスを考えて夜遅く食べない、間食をしない、そういったことをきちんとやる。睡眠もきちんととる。これがどんな病気にも基本になるわけです。それでも人間は生き物ですので、遺伝的な要素もあって、病気はある程度発症してくるわけです。それを事前に把握しようというのが健康診断です。

この2つをきちんとやれば、ある意味それがすべてです。

それでも発症してしまった人は、信頼できる医者にかかる、医者はそれを責任をもって進行しないようにする。こういった職責をそれぞれ持ってやっているわけですから、この部会でやれるのはその手前まで。

三重県を具体的に考えると、三重県は非常に縦長の県です。この中に医療の過疎があり、人口の過疎があり、したがっていろいろな問題が起こってきています。心筋梗塞に限って言うと、発症して、治療を開始するまでの時間が非常に重要です。基本的に1時間以内に治療が開始できれば、非常に救命率が高くなります。少し譲っても2時間以内であると、何とかあります。最低限6時間あれば、心筋は助かるかも知れません。という大まかな目安があります。そのような状態のときに、いかにその心臓の筋肉を助けられる医療機関に患者を運ぶことができるのかというのが、行政や地域社会の課題になるわけです。そうなるとうわかんと思いますが、近くに循環器を扱える医師がいるか、救急車で運ばれるのにどれくらい時間がかかるのか。実際問題心筋梗塞になってしまうと、一人の医者では何もできません。大動脈から管を入れて、細くなっている血管を風船で膨らますとか、詰まりかけている血管にステントという管を入れて詰まらないようにするとか、血圧が下がったら、大動脈バルーンポンピングを行うとか、こういった専門的な治療ができる病院に、先ほど言った時間内に患

者さんを送り込むことができるか否かがほとんどすべてです。

病院にたどり着く前になくなってしまう人が十数%います。医療機関に運ばれた後になくなるケースは、たどり着く前に心筋が受けたダメージが大きくて不整脈が起こりなくなってしまうことは数%ありますが、それでも、ちゃんとした医療さえ受けられれば、なくなる方は20%前後で済む話です。

三重県が立ち遅れているのは、そのような医療機関の数が十分に整っていない、医師の数も変動があって十分に確保がされていないのが1つ。もうひとつは、一昔前は相手にされていなかったのですが、心筋梗塞を起こした後、社会復帰に向けての医療的な手助けができるかどうかのポイントになっています。これを「心臓リハビリテーション」と言っていますけれども、この部分も三重県は立ち遅れています。おそらく全国で下から数えて何番目といったところだと思います。今それを行政の援助をいただいて、三重県下でリハビリテーションの部分をやっていける体制を作ろうとしています。

したがって繰り返しになりますが、職域のこの会議で一番大事なことは、食生活の改善を含めた生活習慣を改善するということと、健康診断をいかに受けさせるかの2つ。

それから、いかに患者を運び、治療できる専門的なルートを確保できるかの計3つに絞られるのではないかと考えます。

(河野会長) 短い間によくわかるレクチャーをありがとうございました。いまの話の念頭におきまして、議題の3に入らせていただきます。

それでは議題3「三重県保健医療計画(第5次改訂)」について事務局から説明をお願いします。

(事務局) 議題3説明(使用資料3-1、3-2、3-3)

(河野会長) ありがとうございました。ただいまの説明に付きまして何か質問などありましたらどうぞ。

(住田委員) 糖尿病対策でいくつか思いつきましたので説明します。まず糖尿病患者が多いというのは周知のことでありまして、資料には890万と書いてあります。単純に人口比で行きますと、三重県の人口は全国の2%程度だといわれていますので、ざっと18万ぐらい患者がいることになります。このうち大体半分ぐらいが医療機関に行っているということになると、9万ですので、資料にあります糖尿病患者数の3万3千よりもうちょっと患者がいるものと思われる。三重県にいる糖尿病専門医が30人ちょっとです。30人ちょっとですべて

の患者を診るのは到底不可能です。そこで、専門医は何をすべきかを考えると。

まずは、9万もいる糖尿病患者を誰が診るかということ、一般の医者が診ているわけです。「コモンディジーズ」どこにでもある病気、高血圧然り、高脂血症然り、したがって糖尿病専門医というのは、糖尿病の診療の仕方というのを、一般の医者にお教えして、その医者と一緒に患者の診ていくというのが大事なことです。ところが、糖尿病患者の中でもインシュリンをたくさん打ったり、インシュリン依存性糖尿病という大変厄介な型糖尿病というのもありますので、一般の医者が診れないような患者に関しては専門医が診る。

大体型糖尿病というのは糖尿病患者のうち2%ぐらいしかいないので、三重県でも1000人いるかないか程度です。そのような方々に関して、専門的な医療をしている。

もうひとつの役割というのは、糖尿病は生活習慣病ですので生活習慣の指導が大事です。これを医者がするのは時間が無いので、コメディカルスタッフにやってもらわないといけない。それで、コメディカルスタッフを教育するというのも非常に大事です。

ということは、糖尿病のチーム医療の体制を整えて、或いは専門医のいない医療機関に関しては、栄養士や看護師を教育して、さらには市町の保健師を教育してといった、コメディカルスタッフの教育がとっても大事になってきます。

したがって、専門医は少ないながらも、効率よく動くためには、それを動かす方ということのを十分に考えた体制が大事ではないかと思えます。

もうひとつ、日本には糖尿病専門医が4000人しかいない。4000人で900万の患者を診ることは無理です。そこで、どうしているかということ、色々な指導だとか、コメディカルの体制をもって対応しているわけです。

もうひとつ7ページ目にありましたこの平均在院日数ですが、最近大きな病院ではDPCが導入され、さらには厚労省からの入院期間短縮ということによって、ほぼ教育的入院は2週間以内に収まっています。したがって、南勢志摩の148日とか、三重県全体が70日というのは、このように長く入院をした理由原因というものを一度調べていただきたいと思えます。

それと、糖尿病による年齢調整死亡率というのがあるのですが、糖尿病で患者が死ぬということは、高血糖昏睡しかありません。高血糖昏睡でそれだけたくさんの方が年間三重県で亡くなっているとはとても思えないので、この年齢調整死亡率、糖尿病による死亡というのが、何を表しているのかということ、県の方で調査をしていただきたいと思えます。

したがって、何か勘違いをされている医者が書かれたのかなと思えましたので、挙げさせていただきました。

それから、専門医のリストというのが12ページに乗っていますが、初期安定

期治療はまさに一般の医者が診るところでありますので、専門医療というのは、専門スタッフの教育とか、教育入院とか、さらには合併症の評価とか、あるいは、一般の医者が診れない糖尿病を見るとかというところで活躍したいと思っていますので、この初期安定期医療から外していただきたい。

(河野会長) 貴重な数々のご意見ありがとうございます。このことについて事務局何かありますか？

(森岡総括) 5 つご指摘いただきまして、検討させていただきたいと思います。最後の 5 つ目についての確認ですが、糖尿病の医療機関リストですが専門治療や、教育的入院に移したほうが良いということはアドバイスとして承りました。

(住田委員) 1 つ言い忘れていましたが、受療率。糖尿病は超慢性期疾患でして、健診を行えば行うほど、糖尿病の境界型の方や糖尿病の方が当然見つかってきます。それを医療機関に行かせると、医療勧奨で医療機関に行かせると、治療中断が無いよう頑張らせると、どんどん受診率が上がっていくと、受療率は上がっていきます。糖尿病患者の受療率を上げれば上げるほど重症化例が減ると、重症化例でエンドポイントにすると、受療率を下げるということは、いかがなものかと思います。受療率の上がり下がり、糖尿病患者が増えたか減ったかを議論するのではなくて、健診率を上げる、すると自然に受療率が上がってきて、重症化例が減る。その結果最終的に透析患者数が減るとか、失明患者が減るとか、足の切断が減るとか病変患者が減るとかといったような方向でまとめていただいた方が良いでしょう。

(河野会長) コメントありがとうございます。他何かありませんか。

(馬岡会員) 私が言いたかったことは、住田委員が伝えていただきました。最後の表は必ず修正してください。私からは、循環器のことについて話します。言い出すときりがないので、1 つだけ気になったのは、基本的に仕方がないことだとは思いますが、「横断歩道みんなで渡れば怖くない。」全国平均より上か下かを言われているが、平均より上か下かではなくて、必要率より上か下か考えるのが当然ですけども、これを数字的に把握するのも難しいというのも事実です。CCUのベット数とか、大動脈バルーンパンピングのできる施設とか、必要な機械の数の確保に関しては、CCUの連絡協議会の方で、ある程度数字の設定というのは可能だと思う。平均値をとるとということについては、全然意味はないと思いますので、全国平均より上か下かというこの表現が、説明の上

で目につくだけなのかもしれませんが気になりました。

受療率とかの問題で同じことを言いますと、平成20年10月現在1,000人、急性心筋梗塞は、あくまで急性期の疾患ですので、この数を出すことに全く意味はないです。まあ、そのあたりも含めて、策定上必要なのかもしれませんがあまり言いませんけど。この計画が、公の場に出るものであれば、大動脈バルーンポンピングが「IABP」であると括弧書きで書いてありますが、IABPとは何の略ということになりますから、これからはちゃんとした表記が必要になってくると思います。

現時点では、素案ですが、人口流出の問題、受診の他地域への流出の問題に関しては、なぜそうなるのかという根拠を示すべきだと思います。

医療機関がないからそうせざるをえないのか、例えば、流出地域に関するのであれば、紀州の方になると和歌山の医療機関の方が急性期は早いということもあるかもしれませんが、伊勢にはハートセンターがありますので、それが有名で、そちらに流れているのかもしれませんが、そういった、医療の本質的な部分とは違った部分で収束されてくる部分に関しては、必ず考察が必要だと思います。

(河野会長) ありがとうございます。事務局から何かありますか？

(森岡総括) 全国平均より、必要数の方が重要であるというのはその通りですので、できる限り必要数の方を明らかにするように努力したいと思います。また、色々な流出の根拠というのもこれからの作業になりますが、推定して記載できるようにしていきたいと思います。

(河野会長) ありがとうございます。先ほどちょっと出てきていました、糖尿病に関する、チーム医療、循環器もそうですが、河村委員、糖尿病の認定看護師等についてご紹介をお願いします。

(河村委員) 看護協会の方では、ちょっと今日は、数をしっかり持ってきていないので申し訳ないのですが、専門看護師、認定看護師、糖尿病の看護に当たるといような看護師が、認定されて、より高度な看護を提供するという形で研修を積んで認定されていますので、そのような方々の活用もお願いしたいと思います。

(河野会長) ありがとうございます。

(住田委員) 糖尿病医療に興味を持っていただいて、一定の資格を取っていただいているということで、糖尿病認定看護師、日本看護協会が定めた資格で、三重県では現在 7 人の方がいらっしゃいます。けれども、この方々は超専門的なスタッフでありまして、一般的には、日本糖尿病療養指導士認定機構が認定しています、看護師、管理栄養士、検査技師等になりますと 1,500 人ぐらいいらっしゃる。したがって、このような方々を中心に各医療機関で糖尿病のチーム医療が展開されているわけですが、先ほどのデータにもありました足の切断に対する介入、これが保険点数が付くようになりました。今年の 4 月から透析予防のためのチーム医療。これによる指導料というのも点数化されました。したがって、国はコメディカルスタッフによるチーム医療でもって指導すると保険点数をあげるよという形で動いていますので、ご興味のある方はどんどん専門コメディカルになっていただいて我々医師とともに活動していただけたらと思っています。

(河野会長) ありがとうございます。予定の時間をオーバーしておりますので、他にご意見がありましたら、事務局の方へお願いしたいと思います。

今日は、議題以外のこともご意見いただきたいと思ったのですが、時間がきておりますので、これで本日の議事を終了させていただきまして、事務局の方へお返ししたいと思います。お願いします。

(司会) 本日のご意見等は、次期計画への反映や政策への立案等に活用できるよう努力していきたいと思っております。ありがとうございました。

最後になりますが、事務局の方から事務連絡をいたします。

(事務局) その他 説明 (使用資料：資料 4)

最後にもう 1 点、資料の最後に付けていますが、今年度は色々な計画がありまして、審議会の会議につきましても、例年よりも回数の方を増やさせていただいて、ご意見等をいただきたいと思っています。2 回目の会議を 10 月下旬から 11 月上旬にかけて、3 回目の会議を 2 月に行いたいと思います。

(2 回目の開催日については、当日決定できなかったため後日 FAX にて調整。)

(司会) 本日はお忙しい中、お集まりいただき、時間を延長して申し訳ありませんでした。これにて本会を終了いたします。長時間のご議論ありがとうございました。

以上