

## 平成24年度第2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11月7日（水）

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、藤井委員、水谷委員、望月委員、保田委員、  
和田委員（副会長） 以上 15名

### ○欠席委員（50音順）

日美委員、古田委員、別所委員（代理：松井氏）

### ○配布資料

資料1：三重の健康づくり総合計画（糖尿病・循環器疾患抜粋）（中間案）

資料1-2：三重の健康づくり総合計画 評価指標（案）

資料1-3：糖尿病対策の推進（案）

資料2-1：三重県保健医療計画（第5次改訂）糖尿病対策（中間案）

資料2-2：三重県保健医療計画（第5次改訂）急性心筋梗塞対策（中間案）

追加資料：健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料（抜粋）

**司会**：ただ今より、平成24年度第2回三重県公衆衛生審議会地域職域連携部会を開催いたします。

それでは開会に先立ちまして、健康福祉部医療対策局局长、細野浩よりひと言ご挨拶申し上げます。

**局長**：みなさんこんにちは。医療対策局局长の細野でございます。委員の皆様には、本日はお忙しい中、ご出席いただきまして、ありがとうございます。また、平素、公衆衛生行政にご協力等賜りまして、この場をお借りしまして、改めて御礼申し上げます。

先回、9月14日に開催いたしました、第1回のこの部会で、三重の健康づくりの基本計画の骨子案と保健医療計画の第5次改訂を進めるということで、その骨子の部分をご説明させていただいて、いろいろご意見をいただいたところでございます。本日の部会では、そのご意見等を踏まえまして、それから第5次改訂等も含めて数値目標等をはじめとしまして、中間案をお示しさせていただいているところでございます。前回に引き続きまして、

ご意見等いただけましたらと思っております。今回の検討部会でご意見いただいた後、1月19日に公衆衛生審議会、本会を予定しております。また、医療審議会も1月21日に開催予定でございます。そちらのほうに中間案を報告したいと思っております。その後県議会の常任委員会へ12月初旬に提示をいたしまして、パブリックコメントという形で県民の方のご意見を頂く段取りで進めております。特に健康づくりの計画につきましては、条例の中でも県議会の議決を必要とするとなっております。そういった手続きもありますので、中間案から最終案に向け、精力的にご意見等いただき、まとめていきたいと思っておりますので、本日もよろしくお願ひいたします。それと、前回の部会の中で、糖尿病等の啓発事業の案内をさせていただきましたことについて、10月27日にジャズドリーム長島でさせていただきました。この啓発事業につきましては、本会の住田先生にもいろいろご協力いただき、たくさんの方に来ていただきました。この部会の先生方につきましても、何人かの方々に寄っていただき、ご協力いただいたということですので、改めてお礼を申し上げます。ありがとうございました。

それと、ちょうど11月のこの時期ですので、少し報告をさせていただきますと、11月が8020の推進月間になっており、歯と口腔の条例にも書いてありますが、11月8日は「いい歯の日」ということです。明日早朝は津の駅前で啓発活動もさせていただきます。条例ができて初めてのことで、しっかりと啓発もしていこうと取り組んでおりますので、少しご報告をさせていただきました。よろしくお願ひします。それでは、今日の審議のほうをよろしくお願ひしたいと思います。簡単ではございますが、冒頭のご挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願ひします。

**司会：**ありがとうございます。それでは、審議に先立ちまして、ご報告を申し上げます。会議につきましては、審議会委員18名中15名の出席となっております。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号によりまして、定足数を満たしておりますので、本会は成立しているということを報告させていただきます。なお、本日は三重労働局の日美委員、三重産業医会の古田委員が諸般の事情により欠席となっております。また三重県中小企業団体中央会の別所委員が欠席のために松井氏が代理で出席いただいております。それでは、会議の開催にあたりまして、お手元の資料のご確認をお願いします。

予め送付させていただいていた資料につきましては、修正等がありましたので、配付させていただきました資料2-2の急性心筋梗塞以外は差替えになっています。資料1、資料1-2、資料1-3、資料2-1というものが置かれています。それと資料の追加としまして、国の健康日本21第2次の推進に関する参考資料ということで、循環器疾患と糖尿病について抜粋したものを一緒に置かせていただいております。

今からご審議のほうをお願いしますが、もし時間の都合で意見が充分言っていただける時間がなかった時のために、会議が終わってから提出していただけるよう、意見の集約用紙のほうも一緒に置かせていただきますので、後日出していただけたらと思っております。

資料の不備のほうはございませんでしょうか？

それでは次に進めさせていただきます。

ただ今より議事の進行につきましては、三重県公衆衛生審議会地域職域連携部会設置要綱第5条によりまして、会長が議長になるとなっておりますので、議事の進行に入らせていただきたいと思います。河野会長、よろしく願いいたします。

**会長**：議事進行にご協力賜りたく、よろしく願いいたします。

それでは事項書に沿って、進めさせていただきます。先ず最初に議題1、三重の健康づくり基本計画についてということで、事務局からご説明お願いいたします。

**事務局**：資料1 - 1、1 - 2、1 - 3にて説明。

**会長**：ありがとうございました。ただ今のご説明に足して、なにかご質問、ご意見、どうぞ馬岡委員。

**馬岡委員**：糖尿病に対する透析導入数、これは結論から言うと、半年分だと、単位がないとわからないので、せめて半年なら半年と入れて欲しいということと、糖尿病有病者推定率が12.6から1.12倍して14.1ということは、現状をそのまま放置しておく、14.1%になりますよという推測値を出しただけになりますよね。努力目標じゃないんで、自然変化推定率にならないの？これ。

**事務局**：資料の1 - 2のほうに、このまま進んでいくとということで、国のほうが890万から1410万人になるという状況を三重県に当てはめた場合、34年の段階で男性が19.9、女性が11.6になるというのをこちらのほうに入れ忘れております。

**馬岡委員**：自然だともっと高いんですね？

**事務局**：はい。

**馬岡委員**：19まで上がるんですね？

**事務局**：はい。19.9と女性が11.6まで上がるというものを14.1と8.3までに抑えようというのが目的です。

**馬岡委員**：はい。それで、それだったら分かるんですが、その場合、例えば19から14というのを5%下げようということですね。その数字の根拠はどこから出てます？

**事務局**：健康日本21の、57ページです。ちょっと乱暴な計算なんですけれども、890万人いる有病者の方が、放置をすると1410万人ということで、この増加率を出しております。

**馬岡委員**：つまり1000万人に減った場合、14.1%になるという意味ですね？

**事務局**：はい、そうですね。

**馬岡委員**：はい。それから、これは理解の仕方がわからないの、6ページの循環器疾患に関連する、年齢調整受療率の糖尿病だけふたつに別れてますよね。糖尿病は、外来というのと、入院外来というのと別れてますよね。これはその下の入院外来というのは入院を一度でもした、年間に入院を一度でもした糖尿病患者というふうに考えればいいんですか？これは受療率だから、なるほどと思って見てたけど、有病者の推定率は圧倒的に脂質異常者のほうが糖尿病より多いけど、受療率でいくと、糖尿病患者のほうが脂質異常者の倍以上あるってこと、3倍くらいあるってということになりますよね。両方足すと。それとも、糖尿病入院外来というのは、入院している人と外来と足したトータルという意味で、外来だけを別にしたらこれだけってということなんですか？

**事務局**：患者調査票のデータになりまして、入院外来というのが入院の患者さんが、院内にいながら雇っているというかたちになります。

**馬岡委員**：つまり、この中には外来だけの人は含まれないということ？そんなはずないよね、この数字だと。だから外来を半年間のあいだに入院した糖尿病患者のレセプト枚数を足したらこうなるという意味じゃないの？そうでないと、入院の患者さんのほうが糖尿病の外来の患者さんより多いということになるから、これ、ちゃんと数字の意味を出したほうがいいと思います。

**事務局**：もう一度確認をします。

**馬岡委員**：はい。僕のほうからは以上です。

**会長**：ありがとうございました。ほかにありませんか？どうぞなんでも、どうぞ、坂井委員。

**坂井委員**：まず、この基本計画の全般について、数値目標というのを入れていますね、基本計画というのを作った時に、確認なんですけど、前回ヘルシーピープルみえの冊子を作って、概要版も作って、冊子の中には数値目標も全部入ってて、それを結局ここにいる方達

というのはかなり専門家ですけど、やっぱり国民ないし県民がそれを知って、それぞれ個人でも、いろんな組織でも実行して初めて数値が、目標が達成されるということを考えた時に、私どもも最初のヘルピーの平成13年の時代に、追捕概要版とか冊子を作って、住民さん向けに啓発ですとか、そういうことをしていく中で、数値目標とかいうのは、説明もしていったんですね。必ずしも医療関係者ではないし、特に企業なんかですと、地域職域ですから、企業の健康担当者ですとか、数値の話をする時に指標というの、非常に分かりやすい指標であるということが前提になるのかなと考えたときに、さきほどから馬岡委員も質問されてましたけれども、例のその、放っておくとどれだけになってというパーセントがありますよね、それってすごく分かりにくくて、やっぱりかなり説明を聞かないと分かりにくい数値で、2ページに、糖尿病有病推定者率というのがあって、ここの数字とたまたまですけど、3ページの評価指標の11番のことをずっと言ってるんですけども、この12.6とか、女性の7.4というのは、この2ページの表のいちばん上の表の左の数字というの、パーセントですよ、推定率ですから。パーセントですよ。この数字とすごく似てるので、11番をあらわす表というのはいないんですよ？ですよ？この表というのがまず無いので、これはどの表に従って出てきた目標かなというのがよく分からなかったんですけど、さきほどの説明を聞いて、国の資料も読ませていただいて、なんとなく理解できたような、できないような。まだ完全には理解できてないですけども、例えば、増加の抑制であれば、国の言うように、とても放っておくと前年比ですか、何年に比べて何年後が本当は1.4倍になるところを目標値としては、1.2倍にするとか、そういう一般の人がさっと聞いても分かるような目標にしないと、このパーセントはすごく分かりにくいと思うんです。やはり目標の数値の立て方というのは、誰が見ても明らかかなようなものが、大前提にして言わないと、専門家も説明を受けないと分からないような数値目標の出し方というのは、非常に、これを進めていこうと思うと、みなさんが理解できて進めていかないと、専門家だけに到底、高齢化社会の中で、高血圧ですか、高血圧が減ってるというのは高齢化が進んでる中で、高血圧の有病率が減ってるというのは、これはもう凄いことで、これ、放っておいたからだけじゃなくて、いろんな要因があるんだと思うんですけども、これは凄いことだと思うんです。そういうふうな減らすことなんですけど、実際減らすことは、非常に高齢化が進んでいく社会の中では難しいということを前提に、数値目標をおいていかないと、それを難しい中で進めていかななくてはならないということを、県民全体に理解していただけるような、数値目標の立て方をしていけないと、という観点に立ったときに、先程の数値目標は非常にわかりにくいなと思いますので、考えていただきたいと思います。感想なんですけれども。

**会長：**ありがとうございます。でも、ポイントだと思います。やっぱりこれは誰のためにやるかと言うと、みんなにいろんなことを実行してもらうためだから、その人たちに分かり易いものでないと、なかなか浸透はしないだろうというご意見だと思います。ありがと

うございます。ほかにございませんか。

4 ページ、みなさんが考えていらっしゃる間にちょっとお願いしたいんですが、4 ページに、いちばん最後のところ、糖尿病の予防のため、特定健診の受診率を高め、早期発見に取り組みますと。これはとてもいいことだと思うんですが、もっとその、糖尿病のさきほどの目標を達成するには、それに引き続き特定保健指導の利用というのがすごく大事じゃないかと長谷川委員、思いますが、そういうのはどうですか？

**長谷川委員**：ぱっと見せていただいたときに、事業所と連携してとか、そういうところの文言があるんですけど、じゃあ実際にどういうことをしていただけるのかなと感じました。特に、保険者協議会なり、協会けんぽでもたくさんのデータを持っていますので、それを活用してどのような対策をとっていただけるのかなというような感想を持ちまして、先生がおっしゃっていただけるような特定保健指導を実施した方は、必ず効果が出るというふうにわかっておりますので、そこらへんも加えていただいたらなと思いました。指標の問題も、ほんとに坂井先生がおっしゃったように、ぜんぜん理解ができなかった状態です。

**会長**：では事務局どうぞ。

**森岡次長**：指標のわかりにくさというのは、その通りでして、ちょっと事務局の中でも相当議論があったんです。それで、なんとか減少につなぐような数値がとれないかというのをかなり悩んだんですけど、なかなかその、年代をもうちょっと若い層だけを見るとか、そういう見方もできるんじゃないかとか、いろいろ悩みはしたんですけども、やっぱり高齢化の中で、どうしても数値を増加してしまうという中で、これを採用しつつ、どう見せるか、どう説明していくかというのが、その中で説明がかなり不足していたと思うんですけども、先生方のお考えとして、この目標は変えたほうがいいのかというふうにお考えでしょうか。それ以外にいい目標があればというのを、ご提案いただければと思うんですけども。

**会長**：はい、どうぞ。

**馬岡委員**：数値目標がわかりにくい、まったくその通りで、同感するんですが、ただ、我々医療者の立場から言わせていただくと、もともと糖尿病とか心筋梗塞というのは、数値目標は出しにくい疾患ですよ。でもじゃあ、数値目標出さないでいいのかということになると、やっぱり数値目標を出さないと、目的の達成率も分からないし、評価の客観的な基準にもならないということを考えると、ある程度、数値目標を出すことはいたしかたないと思います。この中の設定に関しては、県の方随分ご苦労されているけど、比較的絞りに絞って、指標はだいたい揃っているのかなと思って見せてもらいました。ただ、繰り返しになりますけど、説明が不十分であると、それから、当然これは、三重県の公的文書にな

りますから、ここにあやふやな数字は書くべきじゃないと思うんですけども、その補助となるような、一般の人が見てわかるような冊子を、別に作るとか、そういう方法を考えるべきで、この本体そのものの数字はある程度残していかざるをえない。この程度の数字は、僕は最低限の範囲だと思っているので、あったほうがいいんじゃないかなと思います。

**長谷川委員**：ちょっとお伺いしたいのですが、糖尿病は怖い病気であるというのは、わざわざ怖い病気であるというふうに、ここに明記したほうがよろしいということなんでしょうか。それともうひとつ、東紀州でいろいろ対策をとられたことが原因でしょうか、すごく東紀州がよくなっているというのは、この対策の中に盛り込まれているのでしょうか。ここで結果が出ておりますので、対策の中に東紀州の何かが入っているのかなと、お聞きしたいですが。

**住田委員**：糖尿病という病気を、先ず知らないでいるというのがいちばん怖いと。それから、糖尿病かもわからないと知っていて放っておくのも怖いと。糖尿病をなおし始めたけど、途中で中断してしまったのもまた怖いというふうな、いわゆる放置で、あるいは中断でという方々から透析とかね、あるいは循環器の問題、脳疾患の問題の方が多く起こってきているのは事実ですね。

それは糖尿病が例えば昭和時代に治療法がうまくいかなかった時は、糖尿病で医者へかかっても、十分なコントロールができなかったんで、合併症が出てきて亡くなった方があったと。こういう時にあっては、予後の悪い病気、いわゆるガンと似たような感じですよ。ただ現在の段階で、糖尿病患者さんの血糖値を完全に制御できる方が大部分ですけど、できない方もまれにはおるんですけどね。できる方が大部分ですから、医療機関へかかって、それなりの治療を受ければ、初期から受ければまず大丈夫だというふうに思いますね。ですから、そのへんを明記すればいいと思うんですね。

それから、私どもが関わってきた紀州は、南紀州なんです。東の南、熊野市、紀宝町、御浜町です。特に御浜町は2000年からやっていますし、この1市2町に関しましては、4年ぐらい前に紀南健康長寿対策で県からお金をもらってやっておりました。それがどうかはわかりませんが、紀伊半島の状況というのは、この伊勢湾岸沿いとは、ちょっと違うような傾向がありまして、例えば肥満者が少ないとか、外食産業が少ないとか、いろいろありますので、ここの解析というのは非常に大事なというふうに思います。

それからどうしてこの伊勢志摩がぐっと増えたのかというの、もまたひとつの問題であって、このへんの解析を進めて、いわゆる生活習慣の問題を明らかにしていくことが大事だと思いますね。

それから、これは私の意見になるんですけども、糖尿病という病気は、非常に経過が長いわけですね。したがって正常段階から境界領域になって、糖尿病になっても、なにもない状態から合併症が出てきて、最終的には生活障害を被ってしまって亡くなってしまうと。

40年ぐらいかかるかもしれないわけですね。したがって、どこのポイントに指標をおいていくのかということで、ちょっと頭がこんがらがってしまう恐れがあるわけですよ。すなわち発病して、放っておけば死んでしまうって簡単にぼんぼんといけば分かりやすいですね。例えば胃がんの検診を受けましょう、受けなければ手遅れになって、死んでしまいますと。これだったらわかるんですけどね。糖尿病の場合は、健康診断をまず受けましょう。そして糖尿病を発見してもらいましょうということで、検診受診率をぐーっと上げていくと、糖尿病がいっぱい見つかってきますから、糖尿病の患者数が増えてくるわけですよ。増えてきた糖尿病患者さんに、じゃあきっちりした医療を受けましょうということで、医療政策を完璧にやって、県内の糖尿病医療体制を整えると、やはり糖尿病患者さんのコントロールがよくなってくる。すると合併症の発生率も下がるし、治療の中断例も下がることによって、最終的には透析、あるいは失明患者さんが減ると。それによって、もっともっと先のほうには、糖尿病による関連疾患による死亡率が減ってくるというふうに、いろんなところに指標がおける病気なんです。

ですからどこに指標をおいて、この指標はどう考えてこうするんだ、次はどうするんだとやっていかないと、全部まとめて同じ頭で考えて、同じ平面で考えると、非常にわかりづらいところがあると思いますね。だから当初は検診受診率を上げれば上げるほど、患者数が増えていくんだけど、将来的には透析患者を減らすことになるんだということで、見ていってもらえばと思うんです。わたくしどもは、学会では最終的にはエンドポイントというのは、やはりこの透析患者の減少、ここにおいているんですよ。だから始めがどうであっても、どんなことがあってもですね、とにかく検診をちゃんと受けさせて、医療機関行かせて、中断させないようにして、医療機関に行っている分にはちゃんと治療を受けさせていただいて、最終的な合併症を減らすことで、動いてますので、そのへんがちょっと頭の中でこんがらがってくると、この指標はあがったけど、この指標は下がってとなくなってくるんですね。だから、はっきりしたエンドポイントは、これで！これを達成するためには指標はこうしてと持って行って、最終的には透析患者を減らすという考え方でいけば、わかりやすいかなと思いました。

指標が4段階に設定してありますよね。一番下に透析、透析っていちばん最後ですけども、12番目は保健指導をしますし、11番目は糖尿病患者さんの増加がどうこうってなってますし、10番目には死亡率が出てきますから、非常にこんがらがってるわけですね。だから検診受診率から始まって、検診受診率でひっかかってきた人に保健指導を行う、あるいは受診勧奨を行う。そして、医者へ行ってしまえば、表には出てきませんが、最終的な透析患者数が減ってくるという流れで見てもらったらどうかと思います。

**会長**：事務局、大川さんいかがでしょうか。

**事務局**：この評価指標のほうのご意見ありがとうございます。評価指標のほうの順番等も

整理して、エンドポイント、透析の導入数の減少というところにおいて、早期発見から患者さんの有病者増加の抑制、またその方々が最終的な合併症等を発症しないような順番に流れを変えて、書き直したいと思いますので。ありがとうございます。

**会長**：分かりやすく、はい、どうぞ。

**馬岡委員**：少なくとも糖尿病は、長谷川委員が言われた3ページの文章のことだと思うんですけど、糖尿病は怖い病気で、この怖い前に「放置すると」ひと言入れることがすごく大事。それからさっきから住田先生が一生懸命力説されてることは、要するに医療計画って、これ5年でしたっけ？ただ取り扱ってる疾患が、生活習慣病に伴う疾患なんで、スパンが5年では全然足りないんですね。その辺の理解をできるように、最初にそういう説明の文章、生活習慣病はもともと取り組んでいく期間が長いということと、一朝一夕に結果が出ないということと、例えば糖尿病だったら、一時的に有病率が健診すると上がるというようなことをはっきり明文化して、だけどやっていけなくていけないんだという決意表明みたいなものを付けるほうがわかりやすいのかなというふうに思います。

**会長**：はい、ほんとうにその通りだと思います。まだまだディスカッションしたいところですが、多分さきほど長谷川委員のおっしゃってる中にも、住田委員、馬岡委員もおっしゃって下さった中にも、統計の分析の結果も活かしていただいたらどうか。東紀州の状況とか、なぜ伊勢志摩が増えたのか。そのへんのところを解析したものを対策のほうに入れていただければ、より三重県の対策につながるかなと。そういうことだと思いますが、よろしいですか？では、それをお願いいたしまして、時間がなくて申し訳ないんですが、このペーパーをいただいているので、これに意見を書いて、また出していただくということで、よろしゅうございませうか。

はい、それでは次に進ませていただきます。2番目は、三重県の保健医療計画第5次改訂について、事務局からご説明お願いいたします。

**事務局**：

**会長**：はい、ありがとうございました。それでは、ただいまのご説明に対して、ご質問、あるいはご意見がございましたら、お願いいたします。

**長谷川委員**：何度もすみませんが、これ計画ですね、あの、医療計画ということで、取組内容のところにとくさんいろいろと書いていただいているんですが、じゃあ実際にどういうことをするのかというところが全然見えてこないんですけど、例えば、様々な主体が行う糖尿病の予防活動を推進しますって、今どういふふうな予防活動をしていらっやって、

どういふことを推進、各保険者と、ということですので、協会健保も入ると思うんですが、例えばうちがどういふ事業をしていて、どういふようなことを推進していただけるのかとか、連携しますとか、どうやって連携するのかとか、食生活の定着とかって書いてありますけど、どのようなかたちでうちの事業所様に対して、周知とかをしていただけるのかとか、そういうところが全然分からないんですけど。

**会長**：どのレベルでこの計画を立ててあるかっていうことですよ。どうでしょうか。

**事務局**：大きな方向性を記載してあるので、具体的に提案していただいたり、我々のほうで不十分だという指摘をいただいたら、こちらの方で調べて、できるだけ具体的な記載になるように考えていきたいと思っています。基本的には保健医療計画、医療連携とか、病院の機能分担というところを強く書いてまして、糖尿病ですと地域連携クリパスの構築とか、医療従事者のスキルアップとか、専門医の確保とか、我々のスタンスとしては、そういうところを打ち出したかったと。ただ、それが明確になってないということであれば、そのあたりを記載させていただきますのでお願いいたします。

**会長**：また提案をしていただければいいんですか？ということで、お出しただければと思います。はい、他にありませんか？和田副会長、なにか。特にいいですか？  
はい、どうぞ。

**中井委員**：例えば 10 ページなんですが、下の表で、各医療機能を担う医療機関という、それからいちばん右の項目に、歯周病専門医の在籍というところが、ちょっとピックアップしてあります。各地域ごとに何名というんですけれども、私の認識しているところでは、認定医もしくは専門医という、日本口腔衛生歯周病学会というところでカリキュラムを受けて終了した先生ということですが、これは問題ないと思うんですが、これだけですと、ここしか対応できないという、県民から見た場合、三重県には約 950 名くらいの歯科医が在籍して、三重県歯科医師会の会員も 850 名いる中で、殆どの会員が歯周病には対応できるんですが、早期、中期であればまず間違いなくと。中等度以上、重症化しますと、歯周外科といって、特殊なオペをやったりという場合に、保険に関わる関わらない診療で、一部そういった認定を受けた先生が、スキルを持った先生でないと、ということで紹介することがありますけれども、ただ一般的にここに書かれている糖尿病と相関関係があって、歯周病を改善させると、血糖値のコントロールもよくなります。お互いですというのが最近の報告で出てきておりますので、これはありがたいことなんですけれども、認定医、専門医だけを標榜するのが適切かどうかということを一度ご考慮いただきたいと思っています。

**事務局**：修正させていただく方向で検討いたします。

**会長**：はい、どうぞ。

**馬岡委員**：12ページの目標項目の糖尿病予備群（ヘモグロビンA1c 6.5）、これ、カッコやめたらどうですか？なくしたほうが、範囲が6.5基準値と書いてありますが、予備群はこの基準でいくと、5.6から6.5になるのかな。という範囲ですよ。それを書くとも余計分かりにくくなるので、もう糖尿病予備群はさっきのチャートでないようがわかるようになっているから、カッコをやめて、糖尿病予備群の増加割合の低下としたほうが誤解を招かないと思います。

**会長**：ありがとうございます。事務局よろしいでしょうか。

はい、ありがとうございます。はい、どうぞ。

**保田委員**：三重県の国保連合会の保田でございます。国保連合会も保険者である市町さん、国組さんからいろいろ要請を受けまして、健康づくり事業を行っております。特に糖尿病に関しては、出張糖尿病予防教室を含む生活習慣病予防ということで、保健師さんにもご協力をいただきまして、進めております。やはり今、長谷川委員がおっしゃったように、今現在の事業もヘルシーピープル21をベースにして行っておりますので、特にこれから以降の事業について各市町の国保担当の課長様方にもご理解を賜りたいと思いますので、あるいはまた、各市町において、住民の方を対象にそういった事業を行う際に周知をさせていただくという意味で、長谷川委員がおっしゃったように、実際どういった対策、事業を行うかということも今後広く意見を取っていただいて、こちらに反映していただければとお願い申し上げます。

**会長**：ありがとうございます。事務局なにかありますか。今のご意見に対して。特にありませんか？

**事務局**：分かりやすくということなんですけど、やはり記載ぶりについてどういう位置づけ、どういう人を対象に記載しているとか、ちょっと分かりにくい部分がかかなり混乱しているようなので、計画のいちばん最初のところで、誰に向けて評価指標を設定しているのかとか、そういうものをきちんと記載する必要があると考えています。

**会長**：そうですね。なんか、スタンスがわかれば、より理解しやすいと思いますので、ありがとうございます。よろしくお願い致します。はい、他になければ、もうひとつ循環器のことがありますので、あ、ありました？意見。どうぞ。

**信國委員**：栄養士会から来ましたが、課題のところですが、地域でいろいろ、地域に合わせた生活習慣病の対策というところで、栄養士会では、公開講座というのを最近始めまして、4、5ヶ所くらい回るようにしておりますので、今後こういうのを拡げていきたいと思うんですよ。いろんなことをありますので、県の人をお願いをしたいなと、協力のほどをよろしくということで、お願いをしたいと思います。今年もやってるんですけど、もう少し大きくいろんな地域へ、うちの会員も北から南からたくさんおりますので、地域に沿って、公開講座ということで、生活習慣病の予防をさせていただきたいと思いますので、よろしくをお願いします。

**会長**：素晴らしい、そういうのが大事だと思います。よろしくお願いいたします。はい、それでは他に糖尿病関係、よろしいですか。では、もうひとつの急性心筋梗塞対策2 - 2ですね、お願いいたします。

**事務局**：それでは医療計画におきます、急性心筋梗塞につきまして、ご説明させていただきます、野村でございます。よろしくお願いいたします。さきほどの健康づくりのところでは、循環器疾患となっておりますが、医療計画のほうでは、急性心筋梗塞というふうにあげられていまして、かなり絞られた内容になっております。1ページ中ほどでございます。急性心筋梗塞の大きく捉えた心疾患に原因する死亡者数というのが、2,890名ということで、がんに次いで2位となっております。そのうちの急性心筋梗塞での死亡者数が770名ということになっております。表にも年齢調整死亡率を記載させていただいておりますが、心疾患につきましては、全国と比較しましても三重県は若干低めでございます、74、女性で39.6ですが、急性心筋梗塞になりますと、全国よりも少し高め、23.2、女性で10.7となっております。

2ページ目をお願いします。年齢調整死亡率につきまして、経年的に見てみますと、心疾患につきましては、平成2年度から急激に減少しておりまして、全国をも下回りながら減少している現状でございます。急性心筋梗塞につきましては、なだらかな低下を示している状況でございます、しかし平成22年で見ますと、全国より若干高めになっております。そして受療率ですが、急性心筋梗塞の受療率は32.4と全国と比較して少し低い水準ですが、高血圧症とか脂質異常症につきましては、全国と比較して高い状況でございます。3ページ目のナショナルデータベースのほうです。NDBのほうで急性心筋梗塞の患者さんの入院と外来の受療率を記載させていただいております。入院患者さんにつきましては、流出が中勢のほうで高く、7.3となっております。そして外来患者さんにつきましては、紀州圏のほうで、13.4と少し高めに流出されている現状でございます。

4ページ目でございます。予防につきまして、健康診断の受診率でございますが、69.1で全国と比較しまして、高い傾向でございます。喫煙率につきましても、全国と比較して、高い数字となっております。

5 ページ目に移っていただきます。医療提供体制のほうは、現在、三重県内 4 か所救命救急センターを設置してございます。そして心臓疾患の専門医である、循環器内科の先生方は 120 名、心臓血管外科医の先生方は 33 名となって、中勢いがのほうで少し高く、多くの先生がいらっしゃるという現状でございます。それから急性心筋梗塞の場合、救急の対応でございます、集中治療室 CCU につきましては、現在、7 か所の CCU の病床があり、準じた病院を含めると 11 施設でございます。その 7 施設の専用の病床は 21 施設あります。続きまして 6 ページです。発症後、速やかに病院に運ばれているかというところを確認しております。中ほどでございます、22 年、救急要請がございまして、医療機関に收容されるまでの時間でございますが、平均時間が 36.8 分で、全国平均よりも短めに搬送されております。その救急搬送の現状を 7 ページで医療圏別に見させていただいております。これは救急搬送時の現場滞在時間と現場での救急医療機関への照会を何回とっているかというところを、4 回以上とっているところでございます。そうしますとやはり中勢伊賀のほうで、滞在時間が長くなっていたり、照会回数が多くなっている現状でございます。ですが、これは全部の疾患になっておりますので、急性心筋梗塞に限ってではございませんでして、今現在、消防署のほうに心疾患と脳疾患に分けて確認しているところでございます。後ほどこも表は差替えて、再度検討していきたいと考えております。そして急性期の治療でございます。

治療につきましては、7 ページから 8 ページ、治療が実際行われている可能な病院ということで、大動脈バルーンパンピングが行われている病院ということで、県内 25 か所ございます。そして手術の実施件数を見ております。急性心筋梗塞に対するけいひ冠動脈形成手術のほうで、三重県内で 525 例行われております。数としましては、南勢志摩の医療圏で多く実施されている状況でございます。それから虚血性心疾患に対する心臓外科手術のほうも、三重県内 141 実施されてございまして、南勢志摩のほうで多く実施されている現状でございます。心臓リハビリテーションでございます。回復するときのリハビリテーションですが、三重県内のほうでは 8 施設、1 のほうが 6 で、2 のリハビリテーション料をとられている施設が 2 で、8 施設ございまして、全国と比較しましても、やや低いです。

それから 9 ページの虚血性心疾患の患者様の在院日数でございます。三重県 11.5 日となっております、全国と比較しましても少し早めの退院をしているという傾向にございます。それから虚血性心疾患の場合の在宅復帰率ですが、在宅への復帰率が東紀州圏のほうで 69.2 とやや低い傾向にあります。

そして 10 ページ目に、医療圏別に特徴を記載してございます。北勢医療圏のほうでは、専門病院で 3 施設におきまして、地域連携のクリティカルパスが実施されているというアンケート調査をいただいております。また中勢伊賀のほうでは、搬送時間に長くかかっているようですが、現在モデル的に救急車に 12 心電図誘導のでんそうシステムを配備して、専門病院へ搬送できるような仕組みを検討されているという現状でございます。そして南

勢志摩のほうでは手術件数が多く実施されて、県外からの流入患者様も多くなっている現状でございます。東紀州圏のほうで、やはり県外の流出が多い傾向にあり、専門医の方が少ない、そして在宅復帰率が低いという現状でございます。続きまして、

11 ページ目、医療連携体制の現状につきまして、まず患者様がいらっしやいまして、救急発症されましたら、その後スムーズに救急病院に運ばれ、CCU等の専門的な治療を受けて、心臓リハビリテーションが受けられて、その心臓リハビリテーションが受けられる病院からさらにかかりつけ医の先生に連携がとれて、そこで再発予防で診てもらえるというような流れが重要かと思われまます。現在の連携体制の現状の中で、三重大学に三重CCUネットワーク支援センターが設置されておりまして、そのCCU連絡協議会の中で、医療体制や連携について現状分析と三重県内の治療についての課題、問題等の検討を行っていただいているところでございます。

12 ページで各医療機能を担う医療機関をあげさせていただいております。救急体制のメディカルコントロール体制からCCUを有する病院、そして回復期のリハビリテーションのできる病院、そして再発予防につきましては、各病院さん、診療所さんで行っていただくということでございます。

13 ページの課題につきましては、さきほど現状からあげさせていただいておりますが、死亡率は減少の傾向でございますが、全国と比較すると高いところでございます。そして受診率は高いので、高血圧、脂質異常の発見にはつながっていますが、それを防ぐためにはさらに生活習慣病対策の推進が必要であると考えております。喫煙につきましてもさらに取り組む必要があると思っております。また県内、急性心筋梗塞につきましては、リスク要因や治療状況などを疫学的に把握して分析する体制をさらに強化していく必要があると考えております。医療提供体制につきましては、救急搬送において、かなり地域差があるということがまずあります。そして救急の治療におきましても、手術、治療が実施できる病院も偏りがあるということがございます。そして心臓リハビリテーションにつきましても、少ないという現状でございます。急性期以降の医療としましても、それぞれの機関の連携が必要ということと記載させていただいております。

続きまして、その目指す姿でございます。今後施策を展開した上での評価、目標の項目をあげさせていただいております。目標につきましては、急性心筋梗塞による年齢調整死亡率の減少ということで、22年の全国平均までをまずは低減することを目標としたいとあげさせていただいております。それから健康診断と健康診査の受診率も全国並みを目指したいと思っております。それからもう1点が心臓リハビリテーションを実施する専門の医師、また、コメディカルの方の配置を強化していきたいと考えております。5年後に各医療圏ごとに心臓リハビリテーションの専門医とコメディカルの方が配置できるようにと目標にあげております。取り組みの方向としましては、3点でございます。発症予防対策の充実、救急対策の構築、そして、発症したあと地域のケア連携システムの構築を取組としてあげさせていただいております。特に予防対策の充実につきましては、三重の健康づくりの基

本計画をもとに、その計画と連動させて、生活習慣病予防の対策に取り組んでまいりたいと考えております。それから健診の受診率の向上をはかること。指導を強化していきたいと考えております。また、予備郡の方に対しましての重症化を防ぐための啓発等を考えております。そしてかかりつけ医の方との連携も強化してまいりたいと思っております。救急体制につきましては、各消防署さん等々と協力いたしまして、1次、2次、3次の救急体制の強化、それからメディカルコントロール協議会のプロトコル等々を利用して、適切な患者さんの搬送ができるように、してまいりたいと考えております。そして発症後の地域ケアの連携システムでございますが、やはりCCUネットワークさん、連絡協議会さんと連携をはかりながら、疫学情報等、各地の医療提供体制などの現状、治療状況も把握しまして、各地域の状況に応じた連携体制ができるような体制づくりを目指してまいりたいと考えております。それから回復期リハビリテーション施設の整備を進めることでございます。そのあと回復期リハビリテーション施設とかかりつけ病院の先生方との連携強化を目指してまいりたいと考えております。その急性心筋梗塞に関する医療の質を向上するため、先生やコメディカルの研修を推進してまいりたいと考えております。以上でございます。

**会長**：ありがとうございました。いかがでしょうか。ご質問がございましたら。はい、どうぞ。

**河村委員**：13ページの医療体制とか、14ページの目指す姿のところにも、コメディカルという名称が出てまいりますが、具体的にはどういう職種の方が必要なのかと。必要であれば、それはやっぱり明確に書いていただいたほうがいいのかなというふうに思っております。

**会長**：なるほど。いかがでしょうか、事務局。コメディカルというのが具体的でない。

**事務局**：コメディカルにかんしましては、理学療法士さん、看護師さんをあげさせていただくことになると思います。

**事務局**：明確にいたしますので、はい。

**会長**：ありがとうございます。どうぞ。

**倉本委員**：書き方の問題だと思うんですけど、15ページの取組の発症予防対策の充実の中で、三重の健康づくり基本計画の普及と、ここだけ取り上げているというのは、関連性は現医療計画とあると思うけど、全体としてあると思うんですね。だからここだけ取り上げ

るのはどうかと思ったものですから。その辺はどうですか。

**事務局**：全体的な関係というのは、まず書いて、各論のところを書くべきでその通りだろうと思います。日頃からの健康づくりは重要だということに記載したかったんだと思うんですけども、もう少し記載ぶりは工夫したいと思います。

**会長**：倉本委員いいですか。はい、ほかにありますか。

**和田委員**：15 ページのところ、取り組み方法のところ。最初のマルなんですが、AED のことと言われて、前にもちょっと出てましたけど、三重県では今、AED はどれだけあるんですか？

**事務局**：確か1千いくつだったと思います。900です。

**和田委員**：その検索システムはできてます？

**事務局**：できてないです。

**和田委員**：そういうのを検討されてはいかがですか？と言いますのは、自分の会社にあるとか、それはいいんですよ。だけど外へ行って、働いている時、出かけてる時、そこで倒れたら周りの人が AED 使おうと思ったらどこにあるのか分からないんですよ。よその県では一部地域ですけれども、登録されてますよね。インターネットで登録してある。これは協力が必要だと思いますけど、登録してある場所を地図で探せるんですよ。そんなシステムを三重県もこの保健医療計画の中で、少しうたっていただいたらどうですか？

**会長**：県民のために助かりますね。

**事務局**：そういうところも勉強したいと思います。各県のそういう状況とかも踏まえて、またメリットとかも整理していきたいと思います。

**和田委員**：ぜひお願いしたい。私もいろんな講習の時にこうして取り扱うとか、従業員の衛生管理をやってる人たちの講習の時に AED を使うようになれば、言うてるんですけど、実際使いたい時になかったら、小さなところでは自分のところでは無いですよ。近所に借りに行けと言うんですけど、それがどこにあるか、普段分からなかったら慌てて探せない。ぜひ、ご検討をいただければと思います。

**会長**：では、事務局よろしくお願いたします。はい、ほかにありますか。どうぞ。

**坂井委員**：さきほどから計画の周知と喚起ばかりすみません。保健医療計画の中で、保健の部分はこの取組方向の1にもあるように、健康づくり基本計画とかぶる部分がたくさんあって、いわゆる予防ということで、カッコして県民とかですね、そういうことが書いてあるんですけども、保健医療計画の後ろの部分、医療計画のほうに関しては、ほとんど専門職がやはりそれを理解して、どういうふうにやっていくかということなんだと思うんです。県がこれをやります。計画ですから、総花的に書いてあるんですけど、この中では例えば、消防庁、救急搬送に関しましては、もちろん、5疾患、5事業の中に救急医療が入ってますけど、法律的には別の、消防法の絡みで、違うところもあるわけです。そういうことも含めて、医療の計画となってるわけなんですけれども、誰がやるのかというのがカッコ内に書いてあるんですけども、どの方々にこの計画がどれだけ周知されてるのかなと思うので。例えば医師会の先生方ですとか、連携が大事だということは、いろんなところに連携、連携と書いてありますけれども。例えば地域連携クリティカルパスなんかですと、診療報酬できちっと取れますので、やはりある程度黙ってても進んでいくけれども、自然発生的に、例えば糖尿病で歯科との連携ということは、もちろん紹介料とか、診療情報提供料とかであると思うんですけども、なにか仕組みとしてないと、なかなか連携というのは難しいと思うんです。例えば糖尿病の連携の9ページのところにも、地域、医師会、保健所、市町、専門病院のネットワークの構築と書いてありますけど、保健所がどんな形で入れるのかなと考えた時に、突然糖尿病の医療連携の体制を作りますからと保健所が呼びかける状況には、少なくとも今の保健所はないですし、そういうことも含めて、連携と言うのは簡単なんですけども、連携のあり方、仕組み作りで、システムのな、報酬的なものも含めた上で、どういう連携がとれるのか、とりやすいのか、というのをもう少し明確にさせていただいたほうがいいのかと思うのと、すごく総花的に書いてありますけれども、やはり優先順位というか、これはやっていかななくてはならないとか、その辺をもう少し濃淡をつけたほうが、これは全てとてもやれないですし、やりやすいところからやっていくということで、それを周知する方法とかも考慮した書き方をもうちょっと工夫がいるのかなと思います。

**会長**：いかがでしょうか。

**事務局**：確かに委員がおっしゃるとおりで、なかなかそう書いても実行性をどうするんだというところがあるんだと思います。ただし、心筋梗塞に限って説明させていただきますと、CCUの連絡協議会とか、三重大大学のネットワークのほうを中心として、ネットワークの構築を図っていきたいと思っています。そのあたりの記載ぶりがちょっとわかりにくいということであれば、もう少し明確にしないといけないというふうに課題として考えてお

ります。

**会長**：少し総花的な感じがして、ポイントを置くところ、そのへんはどうでしょうかというご意見でもあったと思うんですが、どうですか？

**事務局**：わたしはいろんな関係者の方からすると、こういうことを入れてくださいということはかなりいろいろと要望としていただきますので、そのあたりを整理するのは非常に難しいと思うんですけれども、濃淡の付け方というのは、ほんとにどうしていくかというところですね、我々としては全体的な今回の保健医療計画、医師確保とか、あと回復期のところの整備ですとか、そういうところは打ち出したいと思ってるんですけれども、なかなか伝わってないというところもあるんじゃないかなと思うんですけれども、少し考えてたいと思います。

**会長**：ありがとうございます。どうぞ。

**坂井委員**：15ページあたりは、既存のネットワークが出来てますので、このネットワークで多分、疫学情報の解析とかはもう既にやられているので、ずっと入っていくと思います。2番目の地域医療連携パスは、これはさきほども申し上げましたね。診療報酬は入ってますので、ですからこの順番でだいたいいくのかなという感じは自分自身は思っているんですけれども、そういうことでいいんでしょうか。

**事務局**：その通り、そういうところはあります。

**会長**：ありがとうございます。どうぞ。

**馬岡委員**：僕が県を擁護するのも変な話ですけど、我々から見ると総花というより、これはもう最低限必要なものをごく一部しか掴んでないというふうに、僕には見えます。例えば、心筋梗塞に関して言うならば、ほんとに見る人によって全然違うんだなというふうにわかりましたけど、本来我々が要求している医療レベル、連携システムから見ると、ほんとに「いろはのい」のレベルをようやく文章にできたのかなというふうに思っているので、ちょっといじめると可哀想かなという感じがしましたので、ついでに、個人的な意見です。

**会長**：ありがとうございます。いろいろな方がここに来てくださって、それぞれの目で見ていただくのはすごく大事なことだと思いますから、ありがとうございます。はい、ほかにありますか？はい、どうぞ。

**住田委員**：前日も議論になったんですけど、糖尿病の年齢調整死亡率ということですね、心筋梗塞であれば年齢調整死亡率といえ、1対1で適合してくるんですけども、糖尿病で死ぬかと。糖尿病で死ぬ場合にいちばん多いのは、やはり高血糖昏睡ですね。高血糖昏睡でこれだけ死んでるかといえ、私この10年高血糖昏睡で死んだ人を見たことないですね。ですから、これは死亡診断書の書き方によると思うんですけども、糖尿病に関して言うと、年齢調整死亡率というのは、ほんとに何を表しているのかとなってきた場合に、ちょっと疑問が残るところではあるということですね。ですからこの数字を下げていくためには、正しい死亡診断書の書き方を教えるというのがいちばんかなと思います。ですからちょっとその辺はお考えいただけたらと思います。あと、糖尿病の医療計画ということで、専門医が非常に少ないということがよく指摘されるわけです。患者の数が三重県の中でも何万人いるなかで、医者は30人かと。けれども実際、この対策にも述べられておりますように、大部分の患者さんは一般の先生方のところへ行かれて、専門医は何をしているかという、その一般の先生方に患者の診方を教えたり、あるいは一般の先生方では手に負えなくなったような患者を診たり、さらには合併症の評価とか、合併症の治療とかに専念する、アドバイスをするといったようなところかと思うんです。病院においても専門医がいる病院もありますし、いない病院もありますけども、実際いま言いましたような、高血糖昏睡というのは日常茶飯事で、どんどんどんどん専門医のいない病院に運び込まれて、そして無事治療されて退院していくというふうなことで、もうちょっと密にコミュニケーションをとればいいのかという気がします。それからいまみなさん方いろいろ議論されましたけども、それぞれの職種がどういうふうな役割を担った方がいいのかと。この医療計画を遂行していく上で、県がデザインを出せば、皆さん方の職種がその中で私たちの役割は何なのかと、私たちがどういうことをすれば医療計画は無事進行して、目標数値が達成できるんだろうかということ、ご自身が考えられることも大事かなと思います。そのためには、県の方々といろいろアドバイス、あるいは議論をしてですね、そして私たちができることは何なんだろうかと考えて、その中で努力していくことが大事かなというふうに感じました。以上です。

**会長**：ありがとうございます。とてもまとめていただいたような感じがいたしましたが、ありがとうございます。まだまだディスカッションしたいところですが、お時間がきております。どうしてもその他といところで、なにかご発言いただく方がありましたらどうぞ。はい、どうぞ。

**小林委員**：さきほど先生が言われたこととも関連があるんですけども、この目標、評価指標の部分なんですけれども、みんな同じレベルでずらーっと並んでるわけですけども、私ども保険者の立場からいきますと、私たちがどういうことを重点に取り上げて努力をす

るのか、あるいは被保険者の皆さん方が自分の健康づくりとして、どういうことに努力をしたらいいのかという部分の、分かりやすい部分と、行政として県として、県の医療体制、あるいは病気の予防を含めた努力してきた結果としての裏づけのデータと、このごっちゃになってるような感じがするんですね。ですから前面に出る目標とそのバックボーンとなる、あるいは結果の確認をするような裏づけのデータと区分けをしたらいいのではないかと思います。

**会長**：ありがとうございます。事務局いかがですか。

**事務局**：評価指標はもうちょっと趣旨を明確にして記載するとか、分けるとかちょっと検討したいと思います。

**会長**：はい、きょうはその辺が大きな問題だったと思いますから、もうちょっとわかりやすく整理をしていただくということで、小林委員よろしゅうございますか。はい、ありがとうございます。それでは、その他にはなければこれで終わりにしたいと思います。よろしいでしょうか。それでは事務局にお返しいたします。

**事務局**：河野会長ありがとうございました。委員の皆様におかれましても貴重な意見をいただきまして、ありがとうございます。次期計画のほうに反映していきたいと思いますが、今日、お戻りになられてからも、この意見入れておいてもらったほうがいいんじゃないかということがありましたら、お手元の用紙のほうで、お手数ですがけれども、ファックスで書かせていただいておりますけれども、ご意見をいただけたらありがたいと思いますので、よろしく願いいたします。この公衆衛生審議会の本会のほうが11月19日に予定されております。医療計画のほうの医療審議会のほうは、11月21日に開催を予定しておりますので、またそちらのほうで今回の意見をいただいたものを報告していきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。あと、こちらの会議のほうは第2回ということでしたけれども、状況に応じて第3回目のほうも予定をしておりますので、必要に応じてまた後日調整をさせていただきたいと思っておりますので、その節にはよろしく願いいたします。本日はこれにて終了させていただきますので、どうもありがとうございました。

一応、日にちのほうは書かせていただいておりますので、ご協力いただけたらありがたいです。よろしく願いいたします。

メールでいただけるのでしたら、ありがたいですので、アドレスを教えてください。

**事務局**：小文字で [ookawm04@pref.mie.jp](mailto:ookawm04@pref.mie.jp) です。よろしく願いします。