

第5回岩手県医療審議会医療計画部会議事録

日時：平成24年9月7日（金） 13：30～15：40

場所：エスポワールいわて 3階特別ホール

出席者

別添出席者名簿のとおり

〔小原特命課長〕

それでは定刻となりましたので、ただいまから第5回岩手県医療審議会医療計画部会を開催いたします。本日は委員10名中8名が御出席されており、岩手県医療審議会部会、設置運営要領第5による定足数を満たしておりますので報告いたします。それでは始めに浅沼保健福祉部副部長からご挨拶申し上げます。

〔浅沼副部長〕

保健福祉部副部長浅沼でございます。委員の皆様におかれましてはご多忙のところお集まり頂きまして、誠にありがとうございます。また、本年6月に実施いたしました、医療機能調査及び患者受療行動調査につきましては、医師会、歯科医師会及び薬剤師会の皆様のご協力のもと円滑に調査を進めることが出来ました。この場をお借りいたしまして厚く御礼を申し上げます。お陰様をもちまして、両調査とも前回調査を上回る、それぞれ約95%に近い回答をいただくことが出来ました。調査結果につきましては、本日は速報値ということでご報告をさせていただきますが、現在取りまとめ中でございます。取りまとめが終わり次第、本部会におきまして、ご報告をいたしますとともに、今後の計画策定の基礎資料として有効に活用して参りたいと考えております。

本日議題といたしまして、5疾病・5事業及び在宅医療の体制構築という議題とさせていただきます。先日久生労働省の概算要求の内容が公表されたところでございます。その内容を見ますと、在宅医療の充実強化、がんに対する質の高い医療提供体制の構築、更には認知症施策の着実な実施など、医療計画の策定に関連した項目につきましても掲げられているところでございます。このような中、本日は5疾病・5事業及び在宅医療の体制構築に関する内容を中心にご議論をいただきたいと考えております。この論点につきましては、医療計画の重要な部分と認識しております。本格的な策定作業に着手する前段階におきまして、委員の皆様から、様々なご意見を頂戴いたしたいというのが本日の趣旨でございますので忌憚のないご意見をいただけますようお願いを申し上げます。開会に当たりましての挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしく申し上げます。

〔小原特命課長〕

それでは議事に入ります。

議事の進行につきましては、岩動部会長にお願い致します。

〔岩動部会長〕

それでは次第に従いまして議事を進めてまいりたいと思います。まず「(1) 5 疾病・5 事業及び在宅医療の体制構築について」を議題といたします。内容が非常に多いので、最初にがんから精神疾患までの5 疾病で一旦区切って質疑を応答いただきまして、それに引き続きまして5 事業及び在宅医療に進みたいと思います。意見等交換につきましては全体の説明の後に行いたいと思います。それでは始めに5 疾病について事務局から説明をお願いいたします。

事務局から資料1 (23 ページまで)に基づき説明

〔岩動部会長〕

ただいま事務局から5 疾病の医療体制構築に関します現状課題、それから必要となる施策などについて説明がございました。意見交換は全体として後からいたしますが、ここでこの疾病についての質問、ご意見がございましたらお願いをいたします。

〔和田委員〕

21 ページの認知症の部分で、「2 早期診断・早期対応」の必要となる施策の2 つ目に地域偏在の解消というのがございます。認知症サポート医 23 名ということで、今実施している認知症サポート医養成研修に参加したのが 23 名であり、釜石にはサポート医が不在ということですが、盛岡市医師会もいません。盛岡医療圏では滝沢の紺野先生が入っているからいいのかなということだと思いますが、これは盛岡市医師会としてはかなり前から岩手医大の高橋先生と連携して独自に研修会を年に2 回以上実施しており、現在認知症相談医というのが 51 名います。これはホームページにも掲載しておりますが、そこを併記していただくような何かないと、案内が来るたびにすごくいやな思いをしなくてはいけないのでよろしく申し上げます。

〔鈴木総括課長〕

大変失礼いたしました。ご指摘の点を踏まえて記述したいと思います。

〔坂田委員〕

5ページの脳卒中、9ページの心筋梗塞の現状の部分に記載がある原因についてですが、脳卒中の最大の原因は高血圧であることはその通りですけど、その次に寄与しているのはおそらくタバコです。それから後は寄与の度合いは大分小さくなりますが、糖尿病や不整脈など、ここにあがっているようなことになるかと思いますので、その辺りの順番についてもご配慮いただければと思います。ちなみに日本人については高コレステロール血症の寄与というのが極めて微々たるものであります。今のところ欧米人では脳卒中の発症に高コレステロール血症が寄与しているというデータは幾つもありますが、日本人と欧米人でこのリスクの寄与の仕方がかなり違うということがありますので、ここに書いてあるのは間違いではないのですけれどもその辺りも考慮していただければと思います。

それから心筋梗塞については脳卒中とかなり様相が異なっておりまして、心筋梗塞の病医学的な寄与としてはプライマリに大事なものは悪玉のコレステロールです。そういう意味では脂質異常症の寄与が非常に大きい。悪玉のコレステロールがあってそれにタバコが加わり、高血圧が加わり、糖尿病が加わり、広い意味でメタボなどが加わり、それからストレスもありということで、そのようなニュアンスが伝わるような順番にしていれば読む人がより解りやすいかなと、素人が読むには非常に難しいかなと思うので、意識して順番を付けることによってニュアンスが若干でも伝わるかなと思いましたので宜しくお願いします。

〔畑澤委員〕

うつ対策のところにゲートキーパーとして薬局を入れていただいたことに非常に感謝を申し上げます。もうひとつお願いしたいところがあって1ページのがんのところ、あるいは9ページの心筋梗塞のところに喫煙というところがあります。1ページの必要となる施策、「1 がん予防、がんの早期発見」の(2) 男性の禁煙率の低下というところに、市町村・検診機関と関係機関と連携して普及啓発を行うという考えがありますが、実際に薬局が保健所と連携して禁煙プログラムを組んで、盛岡市では非常にいい成果を出している部分があります。これもうつのゲートキーパーと同じ様な考え方で、窓口として薬局を利用するという、薬局と患者さんの連携というか、気安くお話を伺える場所だと考えておりますので、是非こういったところにも薬局を利用してもらおうような啓発というのを取り入れていただければ有難いなと思っております。

〔和田委員〕

今の喫煙の問題ですけども、がんにも勿論関係ありますし、心筋梗塞にももの凄く関係あるし、脳卒中にも関係あります。1ページ目の現状にある敷地内禁煙をしている医療機関の割合は大分古いもので、二十数%ですが、現在は精神科の病棟を持っていない医療機関の8割以上の病院は敷地内禁煙になっていますし、ほとんどの診療所も8割程度はなっ

いると思います。問題は医療機関だけが禁煙になってもしょうがないという話で、一般公共施設は勿論、公共空間が禁煙にならないと受動喫煙の防止が出来ないので、そこを強調しておきたいと思いますし、岩手県としてここは本気で取り組んでいただきたく、特に私がこれに対しては罰則を持った条例が必要だと考えております。そうでなければ子どもの受動喫煙を守れない。そこは宜しく願いいたします。

〔吉田委員〕

歯科の部分も記載をしていただいております。前回の時も現在の医療計画にも一部載っている所ですが、特に2ページのがんの冒頭にありますように、がんの治療に口腔ケアが寄与することが解ってきたがということで書き出していただきました。有難いと思っています。その後に歯科医のマンパワーの不足という一行があるわけですが、今ご存知のように医科歯科連携事業ということで進めているところでございまして、医師会の先生方にもご協力いただき、また拠点病院の先生方にもご協力いただきながらこの部分はマンパワーの不足がないように出来るだけ頑張っているところでございます。今すでに受講している者は300名位、230名位かな、詳しい数字はわかりませんが、いずれかなりの数に上ってきましたし、各地域をまわって、研修等進めてリストを強化していくというように考えているところでございます。それから、脳卒中等もそうですが、脳卒中となると今度はリハビリの問題がでてくるとは思いますけれども、県のリハ関係の協議会なりあるいは検討会なりに、歯科医師あるいはそういった口腔関係の方が誰か入っているのでしょうか。それをお聞きしたいと思います。

〔鈴木総括課長〕

長寿社会課が所管している岩手県地域リハビリテーション協議会がありますが、ここ数年は会議が開催されておりません。

〔吉田委員〕

というのはですね、この医療計画の中の脳卒中を含めこういった後遺症の残ってくる問題を考えていくとリハだろうと。となるとどうしても歯科的な、あるいは咀嚼、あるいは嚥下そのような意味合いでの歯科的な分野からのアプローチも必要になるというように考えているところです。それでご存知のように歯科の方は、嚙むといいますか、咀嚼を含めた口腔機能の低下の予防ということを考えているわけです。それからもうひとつ口腔ケアという点で行くと、感染症の予防というような考え方。したがってそれらを含めていくと、生活の質の低下を防ぐというような考え方を今の歯科の考え方としているわけです。

そのように考えていくと、脳卒中の部分にも記載がありますが、もう少しそういう意味合いを含めていけば歯科の記載がもう少し出てくるのではないかと考えております。とりわけ6ページの課題の中の「4 脳卒中の医療(回復期)」、地域における医療機関の連携促進

のところの二つ目、口腔細菌の除去、誤嚥性肺炎を予防するといわれている、この「いわれている」がどうもあまり好きではない。明らかですので、「いわれている」というと半信半疑のような気がしないでもない。この表現は好きではないなと思いながら聞いていましたので直していただきたいと思っています。それから7ページの回復期の欄に歯科医療機関というのがありますが、その右側の医療機関等の例の中にも歯科医療機関という一行が入っても良いのではないかと考えております。ここ大分空欄がありますので一行いただいて入れていただくと解りやすいと考えております。

それから同様に11ページ、急性心筋梗塞の医療体制、回復期の医療機関等の例。ここも歯科医療機関があってもおかしくはないと考えております。

それから糖尿病のほうに行きますが、糖尿病と歯周病との関連についてはもう既に明らかであります。14ページの4の慢性合併症治療の最後に、歯周病専門医の話が出てまいります。もう明らかなんだというあたりも少し強調しても良いのではないかと考えます。糖尿病の県内のあるいは全国の手帳にも歯周病という項目が入っておりますのでもう少し記載しても良いだろうと考えております。それから日本歯周病学会のホームページでは15施設ですが、糖尿病協会の中に歯科医師部会というのがあります。そこにかかなりの数が登録してあります。そちらの方も是非ご参考にしていただきたいと考えております。それから15ページの求められる医療機能の一番下の欄で結構ですが、歯周病との関連について記載していただいてもいいのではないかと考えておりますし、同様に医療機関等の例の中にもあってもいいのではないかと考えております。

それから精神疾患ですが、歯科からいうと難しい部分です。19ページの右側の関係機関の下の方に歯科を標榜する病院・歯科診療所というのがありますが、現状課題の文中には一切出てきません。何にも出てきていないのにここに突然一行入ってきます。どうもなにかくっつけてくれたという意味合いに見えるのですが、くっつけた意味合いもそうですが、一概には言えませんが、精神疾患の方の多くは引きこもりがちでございまして、口腔内状況は結構悪くなっている方も多くいる。したがって、歯科の方にも、お手伝いする部分が結構あるのではないかと考えております。なにかその辺りを、引きこもりがちということ踏まえて考えていくこともできるのではないかと、お手伝いできるのではないかと考えているところです。それからこの辺読んでいて特にそうですけれども、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、似ているところですが、かかりつけ診療所、かかりつけ歯科診療所。歯科が有るのか無いのかよくわからない。含んでいるといえる部分もありますし、いえない部分もあります。歯科という言葉を入れたほうが良いならば、はっきりと入れていただきたい。包括されてしまうとわからない。そのように思いますのでご検討いただきたいと思います。

それから認知症の部分ですが、ここも先程申し上げましたとおり、生活の質の低下を防ぐという意味合いで考えていくと、認知症の部分はかなり絡んでくるというように認識しておりますが、全然記載がございません。先程もいったような意味合いで考えてきたなら

ば歯科的問題も入れていただきたい。例えば 22 ページの「4 地域での生活を支える介護サービスの構築」の下も大分空いておりますのでここにも歯科的問題を記載していただいても良いのではないかと考えております。それから認知症関係、私の経験だけでいいかですが、三ヶ月、四ヶ月すると、一気に口腔内が崩れます。強烈なスピードで進みます。びっくりするぐらい咀嚼が出来ない。咬合が出来ないという症状がすぐ来ます。虫歯にせよ歯周病にせよ、歯磨きが出来なくなる方も多くいますので一気に崩れます。そうすると食事が取れない。ということになると生活の質の低下、これはもうはっきりしております。したがって歯科の記載がここには相当入ってくると私は考えておりますので歯科的問題の記載についてご検討をいただきたいと考えております。以上です。ありがとうございました。

〔岩動部会長〕

ありがとうございました。

それでは事務局は対応をお願い致します。

〔阿部委員〕

言葉の使い方ですが、クリティカルパスとクリニカルパスは日本クリニカル学会でどちらを使うかという話になりまして、クリティカルパスはアメリカで商標登録されております。日本クリニカルパス学会ではクリニカルパスを使うということに決めたはずですが、ですからここは全部クリニカルパスなんですけど。それから、がん診療、1 ページの一番右下、課題のところはクリニカルパスでいいと思うのですが、右側の施策の一番下のところ、ここは医療連携を推進ということですので、がん診療連携パスのことではないでしょうか。それであればその言葉を使ったほうがいいと思います。また、がん拠点病院の要件といいますかやらなければならないこととして、キャンサーボートの開催というのがあります。多職種が入ってがんの症例検討をするところですけども、そういうところがこの中に無いのでそれを入れたほうがよろしいかと思います。以上です。

〔岩動部会長〕

伴委員は何かございますか。

〔伴委員〕

先ほど吉田先生がおっしゃった歯科診療のことですけど、うちの病院で今年から地元の歯医者さんに頼んで認知症とか寝たきりの人の口腔ケアという健康診断をやってもらっています。例えば抜歯が必要な人は、出張して抜歯できるセットみたいなのを持ってきていただいてそういった管理をしています。これは家族の許可を得てやっています。それから吉田先生のおっしゃったように精神疾患、あるいは認知症についてそういった歯科の占める重要性は十分あると思います。

〔岩動部会長〕

柴田委員は何かございますか。

〔柴田委員〕

21 ページの認知症のところですが、本県の平均在院日数が全国よりも 40 日ほど少ないところですがこれはなぜなのかなというところですが、なにか重症化して見つかるので病院よりも介護施設に行くのか、死亡して退院していくのか、そのあたりお分かりでしたらお願いします。

〔鈴木総括課長〕

理由までは把握してございません。厚生労働省のほうから各県別に患者調査の結果がこのような状況だというデータだけでございます。

〔岩動部会長〕

在院日数が短ければ良いというものでもないと思いますし、長くてもいいというものでもないと思います。

〔柴田委員〕

あと精神の救急医療のほうで隣の宮城県のことを少し聞いたのですが、保健所の保健師がすでに病院の方について体制をどうするかということをお院の中で一緒に考えているというのを聞きましたが、岩手県のほうではその辺はどうなのでしょう。仙台市の市民病院の精神科に保健師が入り込んで体制作りを始めていると聞きましたが。

〔川村主任主査〕

その辺りは把握しておりませんので、確認いたします。

〔伴委員〕

おそらく厚生労働省でアウトリーチという事業をモデル事業で始めたものですね。そのアウトリーチというのは簡単に言えば入院を考えないで、地域の中で患者さんが具合悪くなったりした場合に処置するとか治療する仕組みをまず考えようということです。そのアウトリーチの事業はモデル事業なので、岩手では今のところ一箇所その事業をやっています。それに参加する人の他職種チームの中に地域の担当の保健師さんとか入っているんですよ。厚生労働省のモデル事業ですから、毎月、毎週のように、沢山会議を開いて状況を相談しているわけです。そのことじゃないでしょうか。岩手でもモデル事業が一箇所あります。

〔岩動部会長〕

ありがとうございました。

先に進んでよろしいでしょうか。それでは次に5事業及び在宅医療についての説明を事務局からお願いいたします。

事務局から資料1(47ページまで)に基づき説明

〔岩動部会長〕

説明はよろしいでしょうか。それでは今までの全体を通じての質疑応答・意見交換にはいります。ただいま説明のありました内容については、今後事務局側で計画の作成作業を進めていく上での基礎になるものでございますので、追加すべき視点など現時点でのご意見などございましたらお願いをいたします。時間も押しておりますので何かお気づきの点ありましたらどうぞ。

〔和田委員〕

盛岡圏域での会議でもお話しましたが、在宅医療の急変時の対応と看取りで、一番問題になるのは、ご自宅の場合はあまり問題がないのですが、高専賃とかグループホームとか在宅にカウントされるわけです。そこから急変時に救急車を呼ばれて病院に着くとなんの情報も無い。ヘルパーさんが付いて来ても帰ってしまう。そういうのがものすごい救急現場の問題になって、救急車を呼ぶということは延命を希望するという意思表示になりますので、例えば看取りを希望していた方が、休日になって突然具合が悪くなって救急車を呼ばれたりだとかそういうことが良くありますので、その辺が盛岡医療圏では一番の問題になっております。その為に治療を受けない高専賃とかいろんなところを医師会でまわって、救急連絡表というのを盛岡市医師会のホームページからエクセルでダウンロードできるようになっていますし、そういう最低限の情報を必ず持ってもらうということをやっていると思っておりますので岩手県にも是非ご協力をお願いしたいと思います。また、看取りについては、やはりその方々ご本人の死生観の問題がありますので延命もあくまでも希望される方、それでいいのですが本当にそれでいいのか。これまでの延命医療が中心だった医療が変わりつつありますので、その辺の啓蒙も大事だと思います。それに伴ってそのご家族への啓蒙もそうですし、施設によっては絶対自分のところでは看取りはしないと、評判が落ちるから絶対死なせないという施設が沢山あります。特養でもあります。これはとんでもないことで、そういうところが非常に問題です。みなで知恵を出し合って考えていかなければいけないと思っておりますので宜しくお願いします。

〔岩動部会長〕

疾病については先程議論が出尽くしたと思いますので、今度は事業について、後半の事について何かご意見ございますか。

〔阿部委員〕

災害のところですが、課題と言いますか、施策に入るかもしれませんが今回診療所が津波で流されて診療所とか薬の情報が消失したわけですけども、その情報のバックアップ体制をきちんとするという文言が無いような気がしました。すごく大事なことだと思いますのでなにかちょっと抜けていると思います。それから三次救急患者、あるいは小児救急患者に対して、現状では大船渡と久慈も含めた3つの救命救急センターがしっかり対応できているというような話になっていますが、沿岸の普通の病院、宮古とか釜石なんかは全く変わらない状況で、小児科で言えば二人しかいませんし、ましてや麻酔科は大船渡も久慈もいません。それから婦人科について久慈は一人しかいませんし、ハイリスクに対応できない状況で、どうも3つの救急センターは三次救急に対応できているというような誤解を招くような表現になっておりますので、決してそういうことは無くて本当に数少ないドクターで、24時間詰めているわけじゃないんですよ、呼ばれて対応するという状況で、ほんとに彼ら数少ない常勤医の犠牲の基に成り立っているということを理解していただきたい。

〔畑澤委員〕

31 ページの災害のところ阿部先生もおっしゃったのですが、薬の事について今回の災害のために4月1日からお薬手帳を全部患者さんに出すことになったんですよ。当事お薬手帳というのは非常に効果をあげまして、供給もそうでしたが被災地に来た医薬品の分別とか確定に非常に役に立ちました。そこでこういったところにはですね、お薬手帳の有効活用、もうどこでもお薬手帳が出ているわけですから。それから薬剤師による薬剤の確定事業そういった部分を入れていただければありがたいと思います。それから避難所、救護所につきましては、薬剤師が行って消毒、それから医療の手前となる衛生管理をしたということですので、そういうことについても取り上げていただければありがたいと思います。

〔吉田委員〕

発言させてもらっていますが、意見として申し上げておりますけども、次になるとこの意見を踏まえて、もう少しボリュームが増えるなり何らかの形で出てくるのかも知れませんが、このような場面で時間が無いと言いながら何か事前に打合せをするなり、歯科関係は伴先生からお話がありましたけれども、応援もしていただきましたが、骨格的にこの部

分を追加したよと、あるいはこんな形で追加したよ、というような話が事前であれば非常に次のステップに進みやすいと思っています。いきなりまた会議の二日前に資料が送られてきて、またにわかには検討して云々となると何にも進まないように思うわけですが、かなりいかがですか。事前に歯科に関しては私がほとんど発言していると思うのですが、かなりの項目に渡って発言させてもらっておりますが、もし次の会議の時にはこのように直しておきましたよと、あるいはこのようにつけ加えましたよという話が事前に来てくれば、それなりにまた意見を持って来ることができると思っています。いきなりこの資料が出されて協議してとなると、なんとなくいかがですか。

〔浅沼副部長〕

おっしゃるとおりで、申し訳ないなという一言に尽きるわけですが、今日はあくまでもたたき台、骨格部分としてお示しさせていただきました。今日いただいたご意見を踏まえまして、膨らませるといいますか、きちっと整備をさせていただいて、次回にお諮り申し上げる時は、いただいた意見がどのように反映されたかとか、ここはこういう部分を追加、厚くさせていただいたとか、もう少し委員の皆様がこの場で意見を述べていただきやすいようなやり方、工夫していきたいと思えます。

〔吉田委員〕

はい、ありがとうございます。たたき台ということですので細かい部分に入ってきます。32 ページの災害の中長期の応援派遣というところのなかに、口腔ケアを適切に行うことができる医療従事者の確保、あるいは携行式の応急医療云々、ということがありますが、歯科的な携行用の器材は含んでおりますか、含んでいませんか。

含んでいるのかいないのかわからないんですよ。そういう表現になっていますので、歯科とすれば、例えばトータルのケアセットがあるわけですが、入っている、入っていないのというような視点から見るとこの表現では解らない。また、その隣の医療関係等の例にも専門職能団体というのがあります。ひょっとするとここに入っているのかも知れませんが意味が解らない。もう少しわかりやすい表現があるのではないかと考えております。

それから周産期のところの 38 ページ、各市町村においては妊産婦さんの歯科検診というのはほとんどの市町村においてされていると思っておりますが、その基の記載については妊産婦検診を行う事ということのみです。歯科と妊婦、あるいは歯周病と妊娠、あるいは出産等と関係あるというようにきちんとなっていて、各市町村にも歯科健康診査等すでに何年も前から実施しているわけですが、全然記載が無いと思っております。出来れば記載をいただきたい。

それから 44 ページの訪問歯科診療ということで記載をしっかりとさせていただきましてありがとうございます。ここにこの位の記載をしていただいているのですが、46 ページに行

くと何もありません。ここはどういうことだろうと思っています。ここはまとめみたいな事になってくるのですが、44 ページの下部には記載があるのに 46 ページには記載が無い。日常の療養支援のあたりに訪問歯科診療という項目があってもおかしくないし、記載があってもおかしくないと思いますけれども飛んでいるのか無理してくっつけているのかわかりませんが、せつかく記載してくれているのですから、もれなくこっちのほうにも書いていただければわかりやすいし、ありがたいと思います。さっきの話に戻りますけども項目が沢山あります。入れてくれたのか入れてくれないのか解らないというのは次の会では困ると思っていますのでよろしくお願いします。

〔岩動部会長〕

ありがとうございました。

何かこれについて説明はありませんか。

〔高橋企画課長〕

今お話がありましたが 46 ページには先程説明したとおり国から出ている指針ではこの通りということで紹介させていただきました。他の体制とは違って積極的な役割を担う医療機関や連携を担う拠点といったところが、ちょっと変わった記述になっていますが、今のご意見も踏まえまして岩手県版をきちっと作りこんでいきたいと考えております。

〔岩動部会長〕

ありがとうございました。

坂田委員は何か意見はございますか。

〔坂田委員〕

今心配しているのは岩手県の健康指標です。脳卒中にしても自殺にしても全体としてはかなり改善していますが順位として落ちてきているというのがありまして、予防を担当しているものとして危惧しています。結局何が問題かという事になりますと、予防の立場から見ると結局寿命に影響を与えている要因というのは血圧であり、タバコであり、メタボでありということになるわけですが、その予防施策が今まで本当に効果的に展開してきたかどうかということを考えると、まだまだ専門家のスキルアップというところで不十分な面があるのではないかと常日頃感じています。血圧が非常に大事だと今回の計画の中にも盛り込まれているのは結構ですが、県としてどのように血圧を下げていく戦略を持つのか。タバコは市町村レベルでも、盛岡市でも非常に頑張ってやっていますが、それをどのように広げて実際に喫煙率を下げていく戦略を持っているのか。メタボについても岩手県は肥満の有病率は子供から大人全てにおいて高く、それが糖尿病等に影響しているのですが、ではそれをどのように減らしていく戦略を持つてやっていくのかというあたりで、まだま

だ専門家のスキルが足りない。例えば県の保健師さん、市の保健師さん。メンタルヘルスはこころのケアセンターを作って専門家を養成して動き出したところで期待しているところですが、専門家を養成して地域の地区組織を活性化させて、住民のレベルまで浸透しないことには実際は中々効果が上がらない。そのあたりの戦略というものを県としても明確に意識して持っていて、県民全体の健康の増進に繋げて頂きたいというのが、今回医療審議会なので直接関係ない部分もあるかと思いますが、要望として取り上げていただければなと思っております。

〔岩動部会長〕

ありがとうございました。

柴田委員何かありますか。伴委員は何かありますか。

〔伴委員〕

へき地医療について、へき地という場所を岩手県の地図に図示できないのでしょうか。説明を聞いていてもどこを対象に考えているのか分からないのですが。

〔野原総括課長〕

平たく申し上げますと、へき地に色々定義がありますが、岩手県の場合は盛岡以外がへき地になってしまう。ですので、ほとんど一緒になってしまう。そういう意味では無医地区の定義は50人以上の集落ですので、集落が小さくなると無医地区でなくなるという矛盾もはらんでいまして、これで代表しているかというと必ずしもそうではないだろうと。

そういう意味では実際盛岡以外はどこも大変だという現状なので、県全体の地域医療をきちっと守っていくというような位置付けで計画に盛り込んでいきます。

〔伴委員〕

これには全部入っているのでしょうか。

〔野原総括課長〕

はい。

〔岩動部会長〕

ありがとうございました。

このあたりで質疑応答を終えたいと思います。

それでは次に進みたいと思います。「(2) その他」の①と②について説明よろしくお願ひします。

事務局から資料 2、3 に基づき説明

〔岩動部会長〕

ありがとうございました。

ただ今の説明につきまして、ご質問・ご意見ございませんでしょうか。

無いようなので、その他全体を通して何かございますか。

無いようですので、以降の進行は事務局にお返しします。

〔浅沼副部長〕

本日はご意見を頂きありがとうございました。

本日は意見交換の時間が全体として不足してしまいました。事務局側の事前の準備であるとか、資料説明に時間を費やしてしまいまして質疑の時間を確保できませんでした。その点について皆様にお詫び申し上げます。また、岩動部会長にも進行役をお願いしておきながらご迷惑をおかけしました点、お詫びを申し上げたいと思います。

なお、時間の都合でまだ意見を述べ足りない部分や、その他お気づきの点がございましたら、事務局に遠慮なくお話を頂ければと思います。

また統計的な分析の観点で質問を頂きまして、お答えできなかった部分につきましては何らかのかたちで皆様に情報をお返ししたいと思っております。

いずれ本日は様々な視点で多くのご意見をいただきました。改めて御礼を申し上げたいと思います。本日の意見などを踏まえまして、より良い医療計画を作ってまいりたいと思っておりますので、引き続きお願い申し上げます。

〔小原特命課長〕

それでは岩動部会長をはじめ委員の皆様、長時間にわたり大変ありがとうございました。

この時間内にご意見がいただけなかった部分がございましたら、改めまして事務局の方にご連絡いただければ追って対応させていただきますので、よろしくお願い致します。

次回は 10 月下旬に計画の中間案を、今回のご意見を踏まえまして素案という形でご審議いただきたいと思いますと考えています。開催日程につきましては委員改選後に調整させていただいた上で決まり次第ご案内させていただきますと存じます。

それでは以上をもちまして第 5 回岩手県医療審議会医療計画部会を終了いたします。

ありがとうございました。

(了)