

平成24年度秋田県総合政策審議会 第2回いのちと健康を守る安全・安心部会  
議事録要旨

1 日 時 平成24年8月2日(木) 15:00～16:50

2 場 所 アキタパークホテル 2階 ゴールデンルームA

3 出席者

○ 部会委員 7名 ※以下名簿順

- ・澤田 賢一 (秋田大学大学院医学系研究科長、秋田大学医学部長)
- ・小野 剛 (横手市立大森病院院長)
- ・松岡 昌則 (秋田大学地域創生センター地域協働部門長)
- ・阿部 恒夫 (NPO法人秋田いのちの電話事務局長)
- ・川浪 妙子 (玉木歯科医院旭南介護支援センター管理者)
- ・佐藤 家隆 (佐藤医院院長)
- ・二田 幸子 (全国健康保険協会秋田支部企画総務部保健グループ長)

○ 事務局(県) 10名

- ・健康福祉部次長(梅井、小野、山本)
- ・福祉政策課長、同政策監
- ・長寿社会課長
- ・健康推進課長、同がん対策室長
- ・医務薬事課長、同医師確保対策室長

4 議事

**(1) 特定課題(テーマ)の今後の施策展開のあり方について**

- ・事務局及び関係課室長から、前回の部会での意見に対する県の取組状況や方針等について事務局で整理した資料に基づき説明。
- ・資料整理に際して分類したテーマである、①「健康寿命を延ばすための取組(生活習慣病、がん対策)」、②「自殺対策(心の健康づくり)」、③「在宅医療を含めた医療提供体制の整備」について、質疑応答、意見交換を実施。  
内容は以下のとおり。

## ①健康寿命を延ばすための取組（生活習慣病、がん対策）について

### 阿部委員

（がん検診について）

- ・がん検診に力を入れていることは良いことだと思うが、がんによっては検診の有効性があるものとないものがある。一律にがん検診を推進するということが良いのか。

### がん対策室長

- ・がん検診には2つの種類がある。1つは市町村で実施している対策型の検診で、これは検診が有効だという根拠に基づいて実施している。もう1つはリスク管理のために個人の判断で行うものとなっている。前者については、肺がんならX線検査、胃がんならバリウム検査など、国で5つの検診を推奨しているの、それらを市町村と連携して推奨して進めているものである。

### 阿部委員

- ・配付された資料にもあるが、秋田県で特に率が高いもの、効果が見込めるものを重点的に差別化して実施する事業手法は考えられないか。

### がん対策室長

- ・今申し上げたように、公費を投入して対策として行うものについては、一定の検診を受けることにより死亡率の減少に結びつくという根拠があるもの、つまり胃がん、肺がん、大腸がん、子宮がん、乳がんの5つに限って行っている。

### 澤田部会長

- ・県が75歳未満の年齢調整死亡率のデータを出しているが、秋田県のがんの死亡率は高いことが分かる。特に食道がんや胃がんの死亡率が高い。発症率ではなく死亡率が高いということは、つまり進行した手遅れな状態で見ついているということである。早期の段階で見つけて死亡する人が減れば死亡率は下がるという意味でも、検診はきわめて重要であると言える。

## ②自殺対策（心の健康づくり）について

### 阿部委員

- ・前回出した、自殺対策では子どもの頃からのメンタル面の支援も必要だという意見に対し、教育庁で学校でのいのちの教育等を実施しているとの説明があったが、自分から見るとまだ不足しているような気がする。いのちの大切さとは生きているもの全てが大切ということで、これはいろんなところでやっていて一般常識になっていると思う。メンタルの面でもう少し学校で取り上げてもらえないかというのは、いのちの大切さに並べてみても人間の心が大切だということを学校で取り上げてもらえれば良いとの思

이었다。ちょうど思春期の頃で悩む時期なので、そのときに学校の勉強一本槍ではなくて悩むことも良いんだということを子どもたちに伝えていきたいということで、勉強ばかりではなくて豊かな人間関係がこれからの人生をつくっていくということをどこかで組み込んで欲しいという願いである。

#### **澤田部会長**

- ・ そうですね、秋田県は小中学校の学力テストは全国一だったが、勉強第一という教育がされているわけではないですね。

#### **阿部委員**

- ・ つけ加えると勉強第一が悪いというよりも他に加えていくべきものがある。つまり、老人になってからもどこかで老人の交流サロンや生きがいづくりがあるが、若いときからそういう意識をつくり、若いときに頭の中になかったら、老人になってからでは遅いという感じがした。

#### **健康推進課長**

- ・ おそらくおっしゃるような内容のことは、教育の根本的な話であり、教育庁で何らかの形で様々な取組が行われていると思うので、ご意見をお伝えするとともに調べてみたい。

#### **福祉政策課長**

- ・ 福祉の立場だと、小学校3年から4年生あたりで使ってもらおうという目的で副読本を作成して一人一人に渡るように届けて学校で使ってもらっている。今お話のあった、人と人とのつながりが大切だとか、自分が家族の中でどうやって育まれてきたか、さらに人生のステップに沿って社会に何らかの関わりを果たしながら生きていき、年をとった段階では周囲から支えてもらうということや、また、身近なところでのボランティア活動が重要だとかということに目を向けてもらう中身のものとして活用してもらっている。そういう意味で、お話のところの一部を我々福祉サイドでも担っているのではないかと思っている。

#### **澤田部会長**

- ・ 心の教育が一番難しいように思う。

#### **川浪委員**

- ・ いじめなどが社会問題になっていて、そういうところからも自殺につながっていくと思うが、学校に社会福祉士やカウンセラーなどの専門職を配置するような対策があれば良い。例えば、学校で生徒何百人に対して何人という配置をすることで、ある程度違う視点での相談ができるのではないかと思う。

#### **健康推進課長**

- ・ 全庁での関連事業を取りまとめた資料を見ると、義務教育課で不登校・いじめ問題対策事

業という事業があって、今ご指摘のあったスクールカウンセラー、心の教室相談員など名称は様々だがそういう専門家を学校に配置する事業が行われているようである。何人規模でどれくらい等の詳細な数字は手元にないが。また、フリーダイヤルの相談電話を設置するという内容も記載されているので、ご指摘のような取組は行われていると考えている。

#### **川浪委員**

- ・実際に活用されるような形に持って行っていただかないといけないと思うし、学校とあまり密だと子どもたちが相談しにくい部分もあるので、第三者的な社会福祉士とか専門的に違う視点で見ることができる専門職を配置するのはどうかと思う。

#### **健康推進課長**

- ・いただいたご意見をお伝えしてまいりたい。

#### **澤田部会長**

- ・「いじめ」と言うと、何となく容認しているようなイメージを与えるということはないか。暴力とか犯罪と言えばまた違うニュアンスも伝わると思うが、最近のニュースを見ていると「いじめ」ではなくて「暴力」である。
- ・自殺率の推移というところ、正しいか正しくないかは別として、秋田県は高齢者が多いので自殺率が高いというふうの説明があったと思うが、高齢者の自殺率がそんなに高いわけでもなく、だんだん下がってきている。ということは、まだまだいろいろな対策を考えていかななくてはいけないということになる。

#### **松岡委員**

- ・高齢者の自殺については昔から、3世代同居の自殺率は一人暮らしの高齢者の3倍と言われている。そうすると、現在一人暮らし世帯への友愛訪問等を行っているが、日中一人暮らしの人、すなわち日中を一人で過ごしている人をどうフォローしていくかも考えなくてはならない。家族の中でだんだん役割がなくなっていった高齢者に対し、地域の中でどう役割を付与していくかということについて、もう少し具体的に地域に入ってきてめ細かくやっていけば、高齢者の自殺はもう少し少なくなると思う。

#### **長寿社会課長**

- ・ご意見のとおり、意外にも、同居世帯で自殺される高齢者は比較的多い。自分の居場所の問題だろうと思うが、役割などが薄れていくことに対する思いがあって、それをどうやって地域で支えていくかが大変重要だと考えている。したがって、老人クラブなどでやっている活動を核にして、そういう視点での活動が広がるような対策を念頭に置きたい。

#### **澤田部会長**

- ・社会の中での居場所と同時に家庭の中での居場所があって、病院なんかで高齢者が入っ

てきたときはできれば3週間以内に何とか体調を整えて家庭に帰してあげようと考えている。それ以上経つと、家族が高齢者のいない生活に慣れてしまい高齢者の帰る場所がなくなるということもあるようだ。

#### 小野委員

- ・体制整備のところ、県医師会の行っている認知行動療法研修会開催などの取組は知っている。認定を受けた後のレベルアップというか、現状では1回認定を受けるために何回か講習会に出れば良くそれが終わってしまえば何もないので、できれば、現場でかかりつけ医が実践的に取り組んで、こういう人が来たらこう対応するというような事後の研修にも力を入れていただければ良いと思う。
- ・実際に自分も鬱の患者を診ており、自分の手に負えないときはリハビリテーションセンターをお願いしているが、最近は少し良くなってきたがなかなかすぐに受け入れてもらえなかったりする。一応、横手であれば興生病院とか決まっているが、実際に夜中など自殺企図があつてどうしても何とかしてもらいたいときに電話をしても、特に高齢者の場合は内科の病気がある方は診れませんという話になってしまう。精神科の先生も大変だが、地域のかかりつけ医たちとうまく連携をとりながら実働できるシステムをつくり上げていくことも必要である。

#### 健康推進課長

- ・ご提言を承り、できる限り趣旨に沿うように協議させていただきたい。

#### 二田委員

- ・自殺対策ということで、鬱の患者とか本人の対策しか見えていない気がする。鬱のご主人を持つ奥さんとか家族などのサポートをしていかないと共倒れになるケースも多くなってくる。現実には自分の周りでも40代の男性の鬱が多くなってきていて、専門的な知識がない奥さんがすごく悩んで二人とも精神科に通わざるを得なくなるケースや、子どもたちが親を心配してフォローが必要になってくる患者も多い。高齢者の鬱の場合にも、お嫁さんとかが仕事を休んで病院に連れて行くが、自殺企図があつた場合は仕事にも行けない状況が現実にある。

今すぐというわけではなくても、いずれ周りの環境の整備を共にしていかないと秋田県の鬱傾向の人がふえてしまうと困る。もちろん本人のフォローや、小さい頃からのフォローも重要で、そういう知識を持っていれば周りに鬱が発生してもフォローできると思うが、まだまだ鬱に対しては最近の病気という認識が素人にはあるし、周りの人へのフォローについても心に留め、全体をフォローできるようになれば、県全体として健康になると思って提案した。

#### 健康推進課長

- ・私どもにも家庭という視点はあつて、家族から相談も受け付けているし、「眠れてますか？キャンペーン」というものを行っているが、どちらかと言えば、鬱そのものがよく分かっていない状態で、その発見者、気づく方としてのご家族という位置づけが確かに

強かったように思う。発見した後に、その方が悩んでいくというプロセスも今のご指摘で分かったので、しっかり対応させていただきたい。

#### 澤田部会長

- ・「年代別の自殺率の推移（10万人あたり）」について、普通この種の統計は何人という人数で出る。この資料で言っている率は自殺率の率とは違うのではないかと思う。10万人あたり何人亡くなったかということだから、例えば平成23年度では80歳以上の方は人口10万人あたり40何人亡くなったと見るんだらうと思うが、80歳以上を10万人に換算したときに何人亡くなったかを見るのか、10万人の中で80歳以上の方が割合で40何人亡くなったとみるのか。

#### 健康推進課長

- ・10万人あたりに換算すると何人亡くなったかという人数である。

### ③在宅医療を含めた医療提供体制の整備について

#### 澤田部会長

- ・（小野委員へ）日本在宅医学会認定専門医の受験資格は普通の在宅医にはないのか。

#### 小野委員

- ・その学会に何年か入っていて学会の認定するプログラムを全うし、ポートフォリオ等を指導医のもとでやりながら提出して初めて受験資格が得られるので、普通の内科学会専門医などとは毛色が違うものである。

#### 澤田部会長

- ・それであれば総合医療医というよりは専門医なので、なかなか難しいですね。

#### 小野委員

- ・難しいと思う。したがって人数的にも多くなく、特に都市部にはいるが、地方にはいないのが現実だと思う。
- ・どちらかと言えば、このやり方で都市部の研修医の先生方がこちら側に来てこの研修プログラムに乗っかって家庭医・総合医の資格を取得するという形をアピールしていれば良いのではないかと思う。そういう方たちは開業している方が多いが、秋田の中でこれからは病院総合医とか病院にしながら家庭的な働きをする方も重要なので、秋田に都市部から来ていただいて資格を取って秋田の病院で、開業でも構わないが、勤務してもらおうという形をとれば一番良いと思う。

#### 澤田部会長

- ・それも非常に重要なアイデアだと思う。

### 小野委員

- ・医療提供体制に関して、国でも在宅医療の支援診療所、在宅医療の支援病院を診療報酬上で位置づけているが、それらの数やどの地域にどれくらいあるかは県で把握しているか。

### 医務薬事課長

- ・在宅療養支援病院は4カ所しかなく、施設基準を取っている在宅療養支援診療所は78カ所になる。人口10万人あたりだと、病院は0.38で全国の0.41よりやや下回っており、診療所は人口10万人あたり6.3で、全国が10.1なので施設基準を取っているところはかなり少ない。24時間対応が非常に厳しいハードルかと思う。基準を取っているのは78カ所だが、実際に訪問診療を行っている施設数は198だとか、往診を行っているところは230であるとか、施設基準は取れていないが実際に在宅医療を実施しているところは、その2倍あるいは3倍程度の施設があるというのが実体である。

### 小野委員

- ・医療提供体制の中でよく言われるのは、医療の部分だけではなくて介護とか在宅などの介護保険の部分との連携が必要で、国の方でも地域包括ケア体制の充実ということで2025年を目指して充実させることになっているが、そういう中で病院と診療所だけではなくて、地域には介護施設がいっぱいできており都市部にはサービス付き高齢者住宅という体系もできてきているので、それらとの連携も視野に、医療計画をつくる時にに入れていただいて、地域包括ケアが推進できるような形をつくっていければよいのではないかと思う。

### 医務薬事課長

- ・そういう意味で、他の疾病事業に関してはドクターの方々が委員の中心だが、在宅に関しては人数を多めに設定させていただき、半数は介護系の方に委員に入っていただくなど配慮させていただいている。

### 佐藤委員

- ・在宅医療を考える場合に、有床診療所の位置づけをきちんとしておけば、元々の在宅医療体制はうまくいくのではないかと思う。今、有床診療所をたたんで無床診療所にしてしまうところがふえているが、診療報酬上の問題も含めて、有床診療所を続けても全く評価されないところが大きい。有床診療所を維持することによって医師が地域の中で適切に評価されて、有床診療所を続けていくことがメリットであるという社会的な評価をしていけば、有床診療所の医師が在宅医療を行った場合、何かあったときに大きい病院ではなくて自分のところで診てまた自宅に戻してもらえるというようにうまく回せるようになる。是非、医療提供体制の中に有床診療所の評価をきちんとして、有床診療所が活動できるようなスキームを考えて欲しい。

### 澤田部会長

- ・それは国としてはおそらく無理だと思う。そっちの方向には絶対に目を向けないだろうから。県なり、市町村なりのサポートの仕方という意味でのご提案ですね。

### 佐藤委員

- ・診療報酬の部分は決まっているので難しいが、報酬だけではないと思うのでどういう風にして県なり市町村なりでサポートしていくかだと思う。もちろん医師会としても有床診療所をなるべく減らさないような対策をとっていく予定にしている。

### 澤田部会長

- ・たしか、精神科の方も在院日数を少なくしていくという国の方向だと思うが、そうなるにまたそれをサポートする人のサポートが必要になってくる。
- ・在宅医療をみた場合、秋田県の状況の中ではどのレベルの人が在宅医療を受けていて、受けている人の家族構成がどうなっているかというあたりまで踏み込んで調べて対策を立てることも必要ではないかと思う。
- ・（小野委員に対して）例えばデイケアなどの介護施設があるが、現実的にはずっといられず退所して次のところへ入って、また次のところへという形のことがあると聞いているが実際はどうか。

### 小野委員

- ・特別養護老人ホームについては定数があるので一般入所の中でいったん入れれば終の住み処としてずっといられる。もう一つ老人保健施設というのがあるが、介護保険制度がはじまってから特養と差がなくなってきた。以前は定期的に半年ぐらいでいったん帰宅してくださいという話でやっており中間施設として機能していたが、介護保険制度がはじまってからは終の住み処に近い状況にある。ただ、今回の介護報酬の改定で、回転率を上げて家に帰すと点数が高くなることになったので、おそらく老人保健施設としても徐々にそちらの方向へ動いていくのではないかと。そうすると、既に入っている人たちがどこに行くのかが問題になるが、行き場がないのが現状となっている。ショートステイなどの短期入所施設がふえているが、実際は短期入所ではなくてロングショートというようなショートをつなぎつなぎで対応するような形態になっている。そうせざるを得ないのが秋田県の在宅の現状で都市部とは違った形となっている。
- ・大森病院に着任した15年前は、介護をする人がおり在宅で介護度の高い人をたくさん見ていた。80歳くらいの人を60歳くらいの人が介護していたが15年が経過して、当時介護していた人が介護が必要な状況になって、でもその人を介護する人がいない状況で、在宅で重度の人を看るとするのは難しくなってきた。今後それをどうしていくかが重要な課題であると思う。

### 澤田部会長

- ・秋田県の現状は日本の将来の縮図というか、高齢化社会に向けての典型だと思う。在宅医療を広めていかななくてはいけない部分もあるが、秋田県の場合はそれに対する問



題点を先に見ていかなければならない。秋田県が高齢化問題に本当の意味でどう取り組んでいくか覚悟をしなくてはいけない時期にきているような気がする。

#### 川浪委員

- ・医療依存度の高い方は老健でも実際に受け入れてもらえないというのが現状。戻るということは在宅になるが、訪問看護の看護師不足が現場で起こっていると思うが、いかがか。

#### 小野委員

- ・大変不足している。今は施設の看護師も少なくなっている。病院は在院日数を減らすため早め早めに退院を促すので医療依存度が高い患者の受け皿がない。不完全な状態で医療の必要性が高い人が、新しくできている小規模の特養に入っている。新規の特養も利用者確保のために無理して受け入れている部分もあり、現場では看護師の負担が大きく疲弊してやめてしまう。看護師がどこで働くかも重要で特に訪問看護は秋田の場合、採算が合わず、事業を起こしても難しい部分がある。医師だけの問題ではなく、現場を担う看護する方々の確保も含めた形で連携体制をつくっていかなくてはならない。

### ④全体を通して

#### 佐藤委員

- ・がん検診のところでポイントを絞って集中的に検診をしたらどうかという意見があったが、集団検診方式でやっているところへ行かなければ受けられない。普段から医療機関に通っている人はたくさんいるので病院に行ったときに胃の検査も受けてもらい、それを検診にするといういわゆる「ついで検診」みたいな形で、どこで受けても胃がんの検診であるという形にすれば受診率が少しは上がるのではないかと思う。

#### 澤田部会長

- ・大学の特定共同指導では「ついで検診」は認めていない。病状があつて病名を考えたいうえでの検査でなければ難しいと思うが。

#### 佐藤委員

- ・もちろん保険診療の支払いとはきちんと分けて、例えば高血圧の人が来たときに保険診療ではなくがん検診として胃の検査をやるというようなシステムはできないかと思った。

#### 川浪委員

- ・現場の話をする、毎日高齢者が病院に行つて検査をしたりしていると検診のときに普段病院にかかっているから行かなくても大丈夫という方が結構いる。職員もついついそう思ってしまったことは反省しなくてはならない。

### 澤田部会長

- ・確かに普段通院している人がいても、関係ないところでそろそろ1～2年経つから胃の検査をしたらどうですかとは言えない。検診でやっていると思うし。早期発見をすれば消化器系の死亡率は下げることができる。そうするとがんで亡くなる方を減らすことができるが、代わりに脳血管障害の方がふえるかもしれない。

### 松岡委員

- ・集落に行って、通院とか買い物のお話をするが、検診の場合は連れて行ってくれば行くという話をよく聞く。限られたお金をどこに使うのかという話だと思うが、例えば福祉バスやコミュニティバスを使って町立の診療所を予約して連れて行くという手法があるが検診においても同様な手法があれば検診会場に行くかもしれない。

### 二田委員

- ・最初の事業説明の中で、がんの関係で中学校で授業をしたという話があったが、いのちの大切さの授業で中学生から具体的に出た言葉や案を簡単に教えて欲しい。子どもたちががんと命に対してどのような感じを受けたのかを知りたい。

### がん対策室長

- ・家族の集まる場所で父母に話したいとか、たばこを吸う先生に何とかたばこをやめてもらうようにしたいとかいう素朴な意見も出ていた。90分ほどの授業で子どもたちの印象に残ったのは見ていてよく分かったが、90分間有名な先生が来てやる授業が県内に定着するかという疑問もあるので、このやり方が良かったかどうかはまだ分からない。秋田県なりの地元に着したいろいろな人が関係した継続できる仕組みにしていきたいと考えている。

### 二田委員

- ・命の大切さを認識することによって、がんで亡くなってしまうことや、自ら命を絶つことが大変なことだということとリンクする感じがする。自分がどう生きていくか、死んでいくかを考えることも大事なことだと思うので、今回の中学校の授業は貴重な体験だと感じた。

### 佐藤委員

- ・県医師会では教育庁と年1回懇談会を実施しているが、今年の1つのテーマとして中学校時代のがん対策でタイアップし、長い目で若いときからのがん対策、関心を高める教育と一緒にやっていく体制をつくらうとしている。

### 澤田部会長

- ・（佐藤委員に）県内でがん検診率が上がってきたときに、対応できる十分な医療資源はありそうか。

### 佐藤委員

- ・消化器系は大丈夫ではないかという話はあるが、婦人科系ははっきり分からない。

### (2) 他部会の委員からの意見（「メディカルツーリズム」、「既存の枠組みにとらわれない医療」）について

- ・事務局より当部会に意見が寄せられた経緯及び今回の部会の中で今後議論の枠組みの中に取り入れていくかについて議論、検討していただきたい旨を説明。  
議論の内容は以下のとおり。

### 澤田部会長

- ・まずは県民向けの医療体制の維持・発展が基本という考えで良いのではないと思う。  
県内に患者が少ないわけではなく、むしろ医療者側の資源が少ない。個々に対応するのも非常に厳しいと思う。

### 佐藤委員

- ・ツーリズムの問題は、保険外診療がふえることで本来受けられる診療枠が減少し、お金のある人はどんどん良い医療を受けられるが、お金のない人は狭い範囲の保険診療しか使えなくなるという、いわゆる医療格差を広げてしまうという問題につながる。外国から患者が来るのは華々しく見えるが、国内で恩恵を受けるのはごく一部の人で、逆に受けられるはずの保険診療が受けられなくなることを考えれば容認すべきではないと考える。差額ベッドの話も同じで、ベッド数は決められているので差額ベッドがふえれば一般の人たちが使えるベッド数が減ることになる。

### 澤田部会長

- ・部会として積極的に取り組んでいくべきテーマとは異なるという認識でよいか。

### 全委員

【異議なし】

### 5 その他

(次回の進め方等について)

### 澤田部会長

- ・次回については、本日の議論の内容を事務局で整理をして提言に向けた案をたたき台として示してもらい、意見を集約したいのでよろしく願います。