

令和4年度 第3回 かながわ健康プラン21目標評価部会

日 時：令和4年11月22日（火）13時30分～15時10分
場 所：WEB会議（Zoom）

議 事

（立道部会長）

今日は第3回のかながわ健康プラン21目標評価部会の開催になります。前回に引き続き、今回は6分野を中心としたご意見を伺うということになります。各委員におかれましては、早々にコロナの第8波が起こってしまい、大変お忙しい中お集まりいただきまして、本当にありがとうございます。

それでは議題に入らせていただきます。議題1の「かながわ健康プラン21（第2次）」目標分野別の分析・評価について、事務局から説明をお願いします。

議 題

（1）「かながわ健康プラン21（第2次）」目標分野別の分析・評価について
<事務局より資料1、資料2、資料3、資料4について説明>

（立道部会長）

それでは、これから各目標分野の分析シートについての議論をいただきますが、ただいまの事務局の説明について不明な点およびご質問等ございますか。関係図について事務局から作成したことの説明がありました。この点についても、ご質問あるいはご意見がありましたら、ご発言いただければと思います。

今回は最終評価の分析の2回目で、6つの分野をご議論いただくことになります。資料2の記載内容を中心にご意見を伺えればと思います。

まず全体目標の健康寿命の延伸と健康格差の縮小から順に始めたいと思いますので、この分野におきまして、ご議論をお願いします。

まず、健康寿命の延伸と健康格差の縮小ですが、目標1の健康寿命は、男性は全国と比べても高い水準で推移し、女性は平成25年までは全国より高い水準にあったが、その後は全国を下回る水準で推移している。事務局では、その要因を不定愁訴率が高いと、健康寿命が短くなる傾向であると分析をしています。この点について、ご意見やご質問はありますか。一番のポイントになります健康寿命の関連ですが、女性は健康寿命については不健康期間の関与が大きく、不健康期間を決める要因は、不調である人の割合に関与するという事務局の説明について、横山先生、何か補足事項はありますか。

（横山委員）

女性と男性で、健康寿命に影響する要因が少し違うところがあり、厚労科研で分

析した結果ですが、特に女性は不定愁訴が男性に比べると多めなのですが、全国 47 都道府県の都道府県別の不定愁訴率と健康寿命の関係を見ると、不定愁訴が多い県ほど健康寿命は短いという関係があります。その他に通院者率、睡眠不足等、このあたりもやはり同じような考え方で、都道府県別で見ると、通院者率が高いと健康寿命が短くなるというような関係があります。これは健康寿命の定義が日常生活に何か影響があるかということなので、そこに影響するものとして、不定愁訴や通院とかそういうものがあるという考え方になります。以上、補足説明です。

(立道部会長)

ありがとうございました。この部分の評価状況につきましては、いかがですか。

(横山委員)

表現の仕方ですが、全体目標 1 番の平均寿命の延伸を上回る健康寿命の延伸で、評価はCなのですが、資料 3 の 34 頁の、この表の書きぶりを見ると少しわかりにくい感じです。健康寿命そのものは伸びています。ただ、平均寿命を上回る伸びが変わってなくてC評価なので、何となくこの表の書き方を見ると誤解する人がいるのではないかと思います。健康寿命の延伸が目標で、C評価になってはいるが、平均寿命は延伸しているけれども、それを上回る健康寿命の延伸がないということで、書きぶりに注釈をつけた方が、誤解がなくて良いかと思えます。

(立道部会長)

健康寿命は延びていたけれど、平均寿命の延伸よりも低かったのでC評価という意味ですか。

(横山委員)

そうですね。平均寿命との差が縮まらなかったのが、C評価ということですね。

(立道部会長)

このあたりの書きぶりのところは、事務局いかがですか。

(事務局)

本文中でも健康寿命は延びているというのは、できるだけ強調して書くつもりですが、確かに表の部分についてはそういった補足をしていない状況ですので、補足、注釈ができるかどうかと書きぶりを検討したいと思えます。

(立道部会長)

ありがとうございます。目標 1 の平均寿命の延伸の増加分を上回る健康寿命の延伸を図ることが指針であり、県内の各地域の健康格差の縮小を図るところでは、悪化しているというご説明で、文章が 2 ページ目、3 ページ目という形

になっていますが、この項目について何かご意見ございますか。この部分はこの記載の内容および総括でよろしいですか。

(野坂委員)

内容は大丈夫なのですが、表記上の細かい指摘をお許しいただけますか。5ページの棒グラフなのですが、本文中は神奈川県と全国平均の比較ですが、グラフの中には県内、県外と表記されております。県外は全国平均のことですか。県外というと神奈川県は含まれないようなイメージを持ってしまうので、文中と表の統一をお願いできればと思います。

(立道部会長)

事務局はそれでよろしいですか。

(事務局)

おっしゃるとおりですので、本文に合わせた形でグラフも修正をしたいと思いません。

(横山委員)

とても細かいことですが、65歳の平均寿命という言葉は使うのですか。統計用語として、正確には65歳の平均余命です。わかりやすさでは平均寿命もありかとは思いますが、要するに65歳からの平均寿命というのは正式な用語ではないので、統計用語としては平均余命です。ただ、それでわかりにくくなるというのもどうかという気がします。

(事務局)

ご指摘ありがとうございます。平均余命に揃える方向にしたいと思います。

(横山委員)

また、資料3の表の出典が恐らく間違っています。ページ番号18です。これの出典が平成24年度ということはないと思います。

(事務局)

おっしゃるとおりで、前回のものがそのまま、時点修正がされておりました。大変失礼しました、修正します。

(立道部会長)

他にはいかがですか。健康寿命の延伸を目的とした様々な施策を行っているところですが、健康寿命のC評価、つまり変わらないといったことについて、メッセージ性としてはどのような発信の仕方が良いのか。完全に変わらないと言ってしまう

べきなのか、やはりこのような背景があつて寿命は延びているのだけでも、健康寿命の延伸の部分が足りなかったという部分について、今後の課題として、若年層の健康状態も健康寿命に影響するというところで、幅広い世代の取組の推進であるとか、あるいは通院者の睡眠不足等々、特に今回のような女性の不定愁訴率の高さが健康寿命に影響するということ、若年者に向けての活動をより広げていくということ。こういった記載の中で、このような施策という課題感を持って進めていくということ、私は良いように思います。先生方でご意見がございませうか。ご意見が無いようでしたら、次に進めさせていただきます。

次はこころの健康についてです。自殺者数の減少はC評価、気分障害の患者数の減少はD評価で悪化傾向ということでした。この分野の評価の視点や今後の課題について、お気づきの点やご意見はありますか。また、令和3年度の自殺者数は、1,369名で、1日当たり3名の自殺者という状況です。またコロナ禍において、令和2年度は前年に比べて増加しているということもあります。心の健康分野は非常に重要な分野であると認識しておりますが、この分野の10年の経過について、先生方のご印象、あるいはこの中で文章の書きぶり等々でご意見等ございましたら、お願いいただければと思います。また、うつ病患者について増えている要因としては、本来治療が必要な受診ができていなかった方々が受診できるようになっていると、しかしながら、それでもメンタルヘルス上のアウトカムはあまり変わらないということが言われていますが、課題のところ、予防対策等が記載されているかという視点でご意見があれば、よろしくお願ひします。

(横山委員)

気分障害の患者数については、総患者数ですね。令和2年の値は算出方法が変更されて参考値ですね。平成29年では評価しているが、令和2年では評価していないという理解で良いのですか。

(立道部会長)

私はその理解でしたが、事務局はそれでよろしかったですか。

(事務局)

そのとおりです。

(横山委員)

わかりました。算出方法の変更による増加があるはずなので、これが増えているのは多分それかなと思ったので、一応確認でした。

(立道部会長)

令和2年の数値は調査変更による参考値です。気分障害の患者数は男性が多いのですが、伸び率は女性の方が多いう部分がありますが、ここのところの考察は

どのようにされていたのですか。事務局の方でお答えできますか。

(事務局)

今は、その伸び率の考察については、十分にできていません。

(立道部会長)

わかりました。他によろしいですか。この部分の課題、ご意見はよろしいですか。ご意見が無いようでしたら、次に進ませていただきます。

3番目の次世代の健康についてです。目標17の朝食の欠食関係と目標18のスポーツ実施関係がC評価。目標19の低出生体重児の割合の減少が、A評価。目標20の小学5年生の肥満傾向の割合がD評価となっています。評価に関わる分析として、記載されている内容や今後の課題について、ご意見がございましたらお願いします。

(野坂委員)

今回の報告書に関してはよろしいかと思えます。特に私のところではスポーツの実施率について関心があるのですが、全国では運動やスポーツの実施率と聞いていますが、神奈川県ではスポーツの実施率で運動が入っていません。もし可能であれば次回から運動を含めることができるかご検討をお願いできないですか。と申しますのは、運動やスポーツをやるのはよろしいかと思うのですが、一方で、一部の子どもにおいては、スポーツをやらせすぎるという問題があります。過剰な運動というのは成長等々、身心の成長にも影響しますので、実施率が上がるのは結構なのですが、スポーツのみをするときつい運動をしないといけないのかなというように思ってしまうので、運動だと気晴らしとか楽しさとか、そういったものも含まれるようなところと、少し表現がマイルドになるというように感じるのですが、先生方がいいですか。

(立道部会長)

野坂先生のご指摘は、スポーツだと競技性があり、強度が強くなるというご指摘で、運動の方が体を動かすということで、適度なというような印象の言葉遣いになるというご指摘ですか。

(野坂委員)

ご指摘のとおりです。スポーツをしましよと言うと、例えばスポーツ少年団やリトルリーグといった、結構ハードなトレーニングを伴う団体に参加しないといけないのかなというイメージを持ってしまうことを少し危惧しています。

(立道部会長)

わかりました。ここは調査内容とすると、次回からというご指摘でよろしいですか。

(野坂委員)

はい、今回の報告に関してはこれで聞いていますので、この内容でよろしいかと思えます。

(立道部会長)

今のご指摘の点、次回からということで、事務局の方から何か問題点はありますか。

(事務局)

ここの部分は調査票が手元に無く、即答ができないのですが、県の教育局で実施している調査になります。関係局とも確認し、実際にどのような調査の仕方で、本当に運動が含まれない書きぶりなのかも含めて確認をさせていただき、修正が可能か確認をしたいと思えます。結果についてどこかのタイミングでご報告させていただければと思えます。ご意見ありがとうございます。

(立道部会長)

よろしくお願ひします。子どもの週3日以上スポーツというところ、確かに競技性があるような印象を受けますね。

(野坂委員)

結構なものですよね。

(立道部会長)

この部分の評価、並びに目標、そして取組、課題について、他の先生方いかがですか。

(加藤委員)

12 ページで、朝食を欠食する小学生の割合の減少が評価Cで、次の目標 20 の小学5年生の肥満傾向の割合の減少がD評価ということで、評価がCとDということなのですが、今後ということになると思うのですが、朝食を欠食、朝食を取らない子どもというのが肥満傾向にあるということも言われていると思えますし、一番気になるのが、この肥満傾向の割合が減少というところで基本的にあまり運動していなかったとか、栄養がどうだったとかという話にはなるかと思えますが、今社会的な問題になっているのが、貧困肥満と言われているもので、いわゆる低所得者の方が、例えば、ポテトチップスですとか、私が知っている事例ですとカニパンです。カニパンは賞味期限が結構長く、確か3、4ヶ月だったかと思うのですが、カニパンは1袋に2つ入っていて、お金が無いからそれを買ひ込む。お金がないので、ブタメンというかなり安価なインスタントラーメンを買ひ込んで食べたり、ポテトチップ

スを食べたりとかすると、高カロリー、低栄養ということになります。貧困肥満が社会問題になっているはずなので、その貧困肥満的な要素も肥満のところに入れた方が良いのではと感じました。それから、歯科の分野から言いますと、貧困についてだとなかなか歯科の方に係ってもらえないのですが、先生方もご存知と思いますが、デンタルネグレクトと言いまして、貧困層では1人でたくさんむし歯を持っている子どもというのが社会問題になっています。従って、貧困肥満とう蝕とのクロス集計やクロス分析、先程申し上げた朝食の欠食と肥満とのクロス集計、さらには所得ですね、神奈川県所得と肥満とのクロス集計をすると、ふわっとした保健施策ではなく、もっと中に突っ込んでいった保健施策ができるのかなと感じたので、できれば今後の課題として、そういったものも社会問題となっているところでありますので、歯科のことも含めて次回からの課題にさせていただけたらと思います。貧困と多数のう蝕を持っている子ども達というのはエビデンス的にもあるものですから、そういうところも含めてクロス集計をして、分析をして、保健施策をしていただくとうよろしいのかなと感じた次第です。

(立道部会長)

貴重なご意見ありがとうございます。この小学生の要素の中に、いわゆる所得との要素を入れながら、背景因子を明確にして、改善、施策に用いていくというご意見だったと思いますが、他の先生方は今のご意見についていかがですか。確かに肥満に関して言うと、いわゆる飽食の肥満なのか、貧困の肥満なのかというのは非常に大きな問題かなと思います。そもそも、所得のデータとのクロス集計はここの中で取れるものですか。

(事務局)

小学5年生の肥満割合の話については学校保健統計調査が出典となっています。恐らく所得とのクロス集計は、この調査の中では難しいのかなと思います。課題意識としては、たしかに加藤委員のおっしゃるような観点での施策等の検討は今後考えていく必要があると思いましたが、ただ、クロス集計は難しいのではと思っています。また、この肥満に限らず、先ほどの目標の中で健康格差の話もありましたが、健康格差も、地域差であったり、所得差であったり、色々な要素があつての健康格差ということになると思います。次期計画に向けて、どこまでできるかわかりませんが、そういった視点は必要なのかなと、ご意見を聞いて感じています。

(加藤委員)

ありがとうございます。ぜひよろしく申し上げます。今後の課題の朝食を欠食する小学5年生の割合の丸ポツの2つ目に、食事を確保するための経済的な問題をもう少しクローズアップしていただいて、調査ができるようなことを計画していただくということだと思います。あと、肥満についても同じような形で、高カロリー、低栄養という肥満体型になっている子どもの割合なども、今後出していければとい

う内容かと思しますので、そのあたりをご議論いただければと思います。

(立道部会長)

よろしくお願ひします。次世代の健康については以上でよろしいですか。あと、子どもの生活環境としては、インターネットやゲームに費やす時間の増加、これに伴って睡眠時間や勉強時間を圧迫していると。全国でも適正体重の子供の増加がD評価となっていて、子どもの健康問題では、このようなゲームやスマホであるとかというところも非常に重要なことと、私が研究しているところでは、近視なんか非常に増えてきているところもありますので、その辺のところも調査をしていただければというように思います。

次に移ります。4番目の高齢者の健康です。高齢者の健康について、目標項目の実績値に基づき評価に関わる分析を記載していますが、評価視点と内容はこれによろしいですか。目標 21 の介護保険サービスの利用者の増加の減少、ロコモティブシンドロームの認知度、それから低栄養傾向の高齢者の増加の抑制です。介護保険サービス利用者の増加を縮小していることに関しては悪化傾向。ロコモティブシンドロームを認知している者の割合は変わらない。低栄養傾向の高齢者の増加の抑制に関しては達成できているというような評価になります。

(加藤委員)

今の目標 23 のところですが、低栄養傾向の高齢者の増加の抑制というところで、低栄養の抑制のところでは評価が良かったかなというように思っています。目標 23 の評価がAです。ただ、低栄養となってくると、この上の評価項目のところではロコモティブシンドロームの認知度の評価が示されていますが、神奈川県歯科医師会はオーラルフレイルというものを神奈川県から委託を受けて、事業展開しているところではあります。オーラルフレイルというのは、重症化しますとサルコペニアになります。ロコモティブシンドロームの認知度は書いてあり、また、神奈川県はオーラルフレイルの事業展開をしているのに、サルコペニアの認知度を評価していない、という部分が若干気になるころではあります。オーラルフレイルとサルコペニアは切っても切り離せないものですから、今回の課題としまして、サルコペニアの認知度も調べられるとよろしいのかなというように感じた次第です。

(立道部会長)

今のご意見につきまして、いかがですか。オーラルフレイル、サルコペニア、ロコモティブシンドローム。この辺はすべて密接な関係があり、その中でロコモティブシンドロームだけが取り上げられているということで、これらの他の用語に対する認知度を高めていく必要があるのではないかというご意見かと思ひますが、

(加藤委員)

これは歯のところでは評価はなかったかなと思うのですが、実はかながわ健康プ

ラン 21 と紐づきの計画である歯および口腔の健康づくり推進計画の中にオーラルフレイルがあります。今打合せをしているこの計画と非常に密接な計画ですので、ロコモティブシンドロームが書いているのであれば、我々がやっているオーラルフレイルがサルコペニアと切っても切り離せないところでもありますので、こちらの計画の方でも、例えば今、立道先生がおっしゃったような、オーラルフレイル、サルコペニア、ロコモティブシンドロームまで含めた認知度を調査するなど、そういったことがあっても今後は良いのかなというように感じた次第です。

(立道部会長)

ありがとうございます。私も今後の形といいますか、介護予防についてと、このような文言や概念の普及が非常に重要だと思いました。今のご指摘につきまして、事務局の方いかがですか。

(事務局)

このロコモティブシンドロームの認知度につきましては、国の健康日本 21 の目標に合わせた形で本県でも目標に設定をしております。従ってオーラルフレイルやサルコペニアについては、その当時国の方で示されていなかったため、現在はロコモティブシンドロームの認知度だけが指標になっています。おっしゃるとおり、言葉の意味を知っていただいて、その知識を高齢の方や周辺の方に意識していただき、普及していくことはとても重要だと思いますので、そういった取組は進めていかなくてはいけないと思います。一方で、指標として認知度を設定するのは、今回ロコモティブシンドローム、それからもう 1 つ COPD の認知度というのもこのプランの中にありますが、なかなか評価するのが難しいとも思います。認知度の指標につきましては、国の健康日本 21 の次の指標等の様子を見ながら、次の計画に向けて改めて検討していきたいと考えております。

(立道部会長)

前回部会の COPD もあまり認知度を広げなかったということで、この横文字というか片仮名語がなかなか高齢者の方に認知されにくいのかなという議論も前回ありました。良い意味でいうと、ロコモティブシンドロームは結局メタボと合わせた感じのもので当初作られたと思いますけども、今後、その辺の言葉といいますか、認知度というのは確かにおっしゃるとおり非常に難しいなと思いますが、キャッチーな何かを考えていくことは国全体としても必要かと思います。今回のこの課題設定、課題の書き方、目標の評価でご意見はありますか。

それでは、社会環境の整備に移ります。社会環境の整備については、目標項目の実績値に基づき評価に関わる分析を基礎にしています。未病改善の取組、未病改善を行っている人の割合の増加、未病センターの利用者数増加に関しては B 評価。健康づくりを目的にした活動に主体的に関わっている県民の割合の増加は B 評価。健康づくり事業等における健康格差対策を行っている市町村の増加は目標に達してい

る、という評価です。この評価と課題の書きぶりにつきまして、ご意見をいただければと思いますがいかがですか。未病改善の取組を行っている人の割合の増加は変わらない。これはコロナによる外出の自粛等により運動不足や人との関わりの減少が生じたということが原因かということで書かれています。未病センターの利用者数の増加も悪化しているということについて、これもコロナのために未病センターの利用を制限したことによる影響と考えられると。今回はこのあたりのセンターの利用およびこのような取組については、コロナの影響がかなり強かったので、このような書き方、あるいは評価にならざるを得ないと思います。先生方からご意見はありますか。

それでは、次の課題に移ります。次は歯科口腔の健康についてです。目標項目の実績値に基づき、評価に関わる分析を記載していますが、評価の視点と内容につきまして、ご意見いただければと思います。目標 44 から 53 までありまして、C 評価、B 評価、C 評価と続き、そのあと目標 48 以降に関しては、E ということで評価困難。51、52、53 は、乳幼児のむし歯の率等々に向けては改善しているというような評価結果です。これは主に加藤先生からご発言いただいた方が良いかなと思いますが、いかがですか。

(加藤委員)

こちらに関しては、目標 51 の 3 歳児でむし歯のない割合が 80%以上の市町村の増加で、目標値が 33 市町村に対して、直近値でも 33 市町村ということで、目標を既に達成していて、評価が A ということになっています。ただ、もちろんこれは健康日本 21 に準じて調査をされていることだとは思いますが、やはり大きな問題があると思ひまして、まず、1 人平均のむし歯指数を求めていることと、3 歳児に関しては市町村ごとのむし歯有病率を出していたかなと思いますが、市町村ごとの 1 人平均のむし歯指数を出していないことです。そこでご案内しますと、神奈川県が市町村ごとで 3 歳児のむし歯の有病率が 20%以下であれば、目標 51 のところは特に 80%以上ということで、このような評価の仕方ではないかと思ひます。しかし、ここで問題なのは、今申し上げました 1 人平均のむし歯指数です。1 人の子どもが何本むし歯を持っているかというような平均値ですね。むし歯は決して 1 本だけという意味ではなくて、子どもでしたら歯が 20 本あります。従って 1 本むし歯を持っていてもむし歯有りですし、20 本ともむし歯でもむし歯有りということになってしまふので、重要になってくるのは 1 人平均のむし歯指数ということになります。これを神奈川県の方で可能であれば調査をしていただき、市町村ごとに、出していきたいです。これは歯および口腔の健康づくり推進計画のところに出てくる非常に重要なところなので述べさせていただきますが、そこでは市町村ごとのむし歯有病率が 20%以下であれば目標達成ということになっています。ただ、実は全国平均が既に 12.86%になります。これは平成 29 年度から令和 2 年度の 4 年間になりますが、その平均が 12.86%になっていて、指標が 20%になっているものですから、その評価の仕方がおかしいということと、20%が目標になっているので評価がとても

甘いということです。従って、一概にこの目標 51 にありますように、むし歯が無い人が 80%以上いるから神奈川県はいい感じですねという評価は非常によろしくありません。あくまでも市町村ごとの 1 人平均むし歯指数を出していただいて、それが神奈川県の平均以上であるか、もしくは全国平均以上であるかを見る必要があります。そうしないと、具体的な市町村に合った保健施策ができませんので、そのあたりはこの目標 51 のところでも、むし歯がない割合だけではなく、何度も申し上げますように、1 人平均あたりのむし歯指数を市町村ごとに出していただきたいと思っています。目標 52 も全く一緒です。これは、ここでは 12 歳児の 1 人平均のむし歯指数が急に出てきます。これも健康日本 21 に準じているということだと思っておりますが、ここで注目すべきは圏域の調査になってしまっています。圏域といっても 1 圏域の中に色々な市町村がいくつもあるのです、その市町村の中で平均値化をしてしまうと、市町村ごとでどこの市町村でう蝕が多い、または少ないかというのが全部平均値化されてしまっていますので、実際に本当にこのデータで良いのかどうか不明です。従って、12 歳児の 1 人平均むし歯指数を市町村ごとに出さなければ、具体的な歯科保健施策ができません。歯科医師会としてもなかなかできないということになってしまいます。目標 51 と目標 52 だけ見ますと、何もしなくても良いのではないかということになってしまいますので、そうではなくて、この健康日本 21 に属するかながわ健康プランでも、ちゃんと 3 歳児の 1 人平均のむし歯指数と 12 歳児の 1 人平均むし歯指数の市町村ごとのデータを出して、それが全国平均に比べてその市町村がどうなのかというところを見ていかなければ、具体的な保健施策ができないというように感じております。

(立道部会長)

今のご指摘は目標 51 で 3 歳児のむし歯指数の中に 1 人平均むし歯指数の算出と、その市町村別の 1 人平均むし歯指数のデータが必要であると。目標 52 ですと、これが 8 圏域になってしまっているのです、これは市町村別に出すべきだというようなご指摘だと思いますが。事務局としては今のご指摘についていかがですか。

(事務局)

目標 51 と 52 について、特に 52 は、圏域単位ではなく市町村別にすべきではないかというご意見ですが、確かに今後の施策を考えていく上で、ある程度細分化しながら地域のことを考えながら検討していくことは必要と思っております、加藤先生のご意見はおっしゃるとおりかなと思っております。一方で指標としてどのようにしていくかというのは、今後の健康日本 21 の指標なども参考にしながら、次期計画で検討していきたいと思っています。市町村単位で十分な量のデータが集められるか、新しく調査をするとなると、なかなか負担が大きいということもありますので、こういったデータであれば集められるのかなどの兼ね合いも考えています。従って、今後のデータの集め方や調査の仕方については、今後の検討課題とさせていただきます、国の状況を見ながら次期に向けて検討させていただきたいというのが現時

点でのお答えになります。

(立道部会長)

他にはよろしいですか。

(加藤委員)

例えば神奈川県のアヱ川町についてですね。圏域の話になりますが、神奈川県からいただいたデータを見ますと、そこは3歳児のう蝕有病率が神奈川県の中でも1番で、非常に高いです。データがないと何とも言えないのですが、順番的にはやはりアヱ川町は神奈川県の中ではう蝕率が高いです。ただ、アヱ川町の状況を調べてみますと、外国人の率が神奈川県の中で一番高いのです。う蝕やむし歯、歯周病もそうなのですが、むし歯というのは基本的に生活習慣が大きな因子として関わってきますので、例えば外国人が多いアヱ川町の場合ですと、ブラジル人、ペルー人の割合が多かったかと思ひます。ブラジル人の12歳児の1人平均むし歯指数というのは3.4本で、今の日本人での1人あたりの平均むし歯指数は大体0.5本、0.6本で、神奈川県は0.5本くらいだと思ひのですが、ブラジルになると50倍くらいになります。そういった人たちがアヱ川町の工業団地に家族と一緒に出稼ぎに来ますので、その生活習慣をそのまま持ち込むことになります。今アヱ川町の話をしてしまひましたが、そういったところを保健施策に活かさないで、データ分析しやすいように圏域のところを何となく分けて、これで調査しましたというのではいけません。どういふ状況であれ、しっかりと市町村別に1人平均の3歳児のむし歯指数と12歳児のむし歯指数を出していただき、それがわかれば非常に助かります。静岡県を例を挙げますと、静岡県は12歳児の1人平均のむし歯指数を市町村ごとにデータを出しています。そして、静岡県のすごいところは、さらに3歳児または5歳児だったかと思ひますが、3本以上のむし歯の子がどれくらいいるのか、9本以上のむし歯の子はどれくらいいるのかという、そういったところまでデータを出しています。実際に静岡県は、神奈川県と同じく12歳児の1人平均むし歯指数は0.5本です。市町村ごとにデータを出しており、その中で東伊豆というところが12歳児の1人平均むし歯指数が確か2.4本ぐらいです。そうすると、静岡県0.5本に比べて東伊豆は2.4本なので、東伊豆に対してどのような保健施策ができますかということが、県と歯科医師会と市町村の行政とでどのようにやっていくかというのが具体的に出てきます。そういったこともわかりますので、何となく分けて調査するというのだとあまり意味がないというか、保健施策に活かさなければ何のための計画なのかわからないですよね。従って、ゴールが一体どこなのかというところを意識して、計画を作られた方がよいのかなというように個人的には思ひます。

(立道部会長)

これで3つの事項全体になりますけども、よろしいですか。今のご指摘の件につきましては、今後の課題ということで事務局の方でご検討いただくという形でお願

いします。

今まで6つの課題につきましてご議論いただきましたが、次に移りまして、神奈川県健康21の最終評価報告書素案についてご議論をお願いしたいと思います。まず説明を事務局の方からお願いします。

議 題

(2) 「かながわ健康プラン21（第2次）」最終評価報告書素案について

<事務局より資料3を説明>

(立道部会長)

それではまず、第4章の最終評価の結果からご議論いただきたいのですが、この4章でお気づきの点やご意見のある方はいらっしゃいますか。第4章のⅠの結果の概要や達成度の評価については、こちらでよろしいかと思いますが、特に諸活動の成果につきましては市町村や関係団体の取組等が記載されていますので、この点につきまして、特にご議論または疑問点がございましたら、ご指摘いただければと思います。

次に5章の最終評価のまとめにつきましてはいかがですか。Ⅰが評価結果の総括になります。Ⅱは次期健康増進計画に向けての課題。これが今までと今回の3回でご議論されてきたものの総括、次期課題に向けての取組という形になってはいますが、この課題につきましては、今個別でご議論いただいた内容をぜひ盛り込んでいただく形になるのかと思いますけども、ほかに内容的にありましたら、ご発言いただければと思います。医師会の小松先生、もしご発言がございましたらよろしくをお願いします。

(小松副部会長)

今お話を聞かせていただけていますが、特に私の方から改めて追加する意見はございません。よろしくをお願いします。

(立道部会長)

野坂先生、ご意見をいただければと思います。

(野坂委員)

身体活動・運動については大変厳しい結果になっているかと思います。且つ、全国的な傾向も同様でありますので、全国で起きていることが、神奈川県においても起きているというように理解しております。今後に向けて県としての取組を期待するところですね。報告書の内容に関しては、よろしいかと思っています。

(立道部会長)

わかりました。ありがとうございます。横山先生、全体像としていかがですか。

(横山委員)

Ⅱの次期計画に向けての課題、この辺りを踏まえて、また次期計画を策定してくのだと思いますが、大体よくまとまっていると思います。また、健康寿命関係で、ここには書いてはいないかもしれないですが、不健康な状態というか、病気になったとしても日常生活に制限がなく過ごせるように、そんな社会環境づくりをすることによって健康寿命を延ばすという考え方もあるのかなと思います。国の計画の方でも、例えばがんサバイバーとかが相当すると思うのですが、病気の予防、もちろん一次予防が最重要なのですが、病気になったとしても、日常生活に制限なく暮らせるというような考え方、今後大事なのではないかという気がいたしますので、そういう考え方もあるかなというように思います。その他はここに書かれていることを踏まえて次期計画を作るのだという目で見ると、不足がないようにしていただければ良いのかなと思います。

(立道部会長)

横山委員がおっしゃられた内容は、我々の産業保健の分野でも両立支援ということで、病気を持たれた方の復職の促進、その環境整備というところを重点的にやっておりますので、その辺の内容をここに盛り込んでいただければと思います。よろしくをお願いします。

加藤先生、先ほど歯科のところではかなりご議論いただきましたけども、全体を通じていかがですか。

(加藤委員)

特には無いのですが、やはり先ほどの肥満の問題や朝食を欠食するということも、実は歯科とも関連が深かったり、COPD やがん、糖尿病等そのあたりも、実は歯科、歯周病との因果関係、いわゆる生活習慣とのコモンリスクファクターとして関係のあるところなので、今後こういったような別個の評価ではなく、歯科と生活習慣病のところでもクロスさせるようなことができるようになっていったら、より県民の健康増進に貢献できるのかなというように考えています。

(立道部会長)

ありがとうございます。まさにそのとおりでと思います。生活習慣と歯科、歯周病の慢性炎症が数々の病気と関連性があるというのは、非常に今トピックで話題になっている部分でもありますので、よろしくをお願いします。

今日欠席された他の委員からご発言があったとお聞きしておりますので、それを事務局の方からご意見いただけますか。

(事務局)

本日欠席の津野委員、佐野委員、北岡委員に資料のご説明を昨日いたしまして、ご意見をいただいております。2点ありますので、ご報告させていただきます。1点目は健康寿命の関係なのですが、こちら全体目標ということになりますので、今記載してある分析等について、内容的にはわかりましたということですが、分析として多岐に渡る色々な要因としてあるのではないかということ、報告書の方にももう少し膨らませて記載をしてもよろしいのではないかというご意見を伺いました。事務局からは、女性の健康寿命の分析については詳しく書いているのですが、それ以外の要因等も考えられるので、おっしゃるとおり書きぶりを考えたほうがよいということですねとご説明しています。

もう1点目が、データに関することなのですが、最終評価報告書素案等を見ていただきましたところで、目標を達成できなかった理由が、コロナ禍による影響のものなのかそうでないものなのか、直近値の値が令和3年のものであったり、平成30年のものであったり、年代が色々で統一ではなく、読み手にわかりやすいように記載をして欲しいというご意見が、佐野先生その他、北岡先生や津野先生からも出ておりました。これらについては事務局の方で検討していき、わかりやすい記載を心がけていきたいと思っております。以上2点のご意見がございました。

(立道部会長)

確かに前回の10項目の議論を行った時も、コロナの影響なのか、コロナの前なのかということの最新値で議論があったと記憶しています。ですので、その辺の最新値が何なのかということで、コロナの影響がどうであるのかということに記載いただくのは、非常に重要なことだと思います。他にはよろしいですか。ざっと拝見させていただいた中で、特に付け加えるべきことはございませんでしたが、素案の最終的な意見について、今日の議題をこれで終わらせていただきたいと思っております。それでは事務局にお返しします。よろしく申し上げます。

閉 会

(事務局)

最終評価報告書の作成に向けて、本日いただいたご意見を参考にして、さらに記載をブラッシュアップしていきたいと思っております。また、次回第4回目の会議につきましては、12月20日を予定しております。引き続きご協力いただきますよう、よろしく申し上げます。これで本日の会議は終了といたします。本日はお忙しいところ誠にありがとうございました。