

令和4年度第1回神奈川県生活習慣病対策委員会 議事録

日 時 令和5年2月6日（月）19時00分～20時50分
会議形式 Web会議（Zoom）

1 あいさつ

健康医療局長

2 議 題

(1) かながわ健康プラン2-1（第2次）最終評価報告書案について

（立道会長）

年度末の大変お忙しい中、お集りいただきまして本当にありがとうございます。新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが5月に変更されることや、インフルエンザ流行の時期で大変お忙しく過ごされている中、ありがとうございます。本日は忌憚のないご意見をよろしくお願いします。

<事務局より資料1、資料2について説明>

（立道会長）

これまで4回にわたり目標評価部会が開催され、目標の評価から報告書案まで検討を重ねてきました。かなり膨大な資料です。またコロナの前で評価している部分と、コロナ禍で評価している部分が混合しているので、評価年度をご覧いただきながら、その評価をしていただければと思います。

それでは各分野について順番に委員の方からご意見をいただければと思います。まず、全体目標の健康寿命の延伸と健康格差の縮小ですが、ご意見がありましたらよろしくお願いします。基本的に平均寿命は伸びたのですが、健康寿命との差が縮まらなかったということで、C評価になります。女性の健康寿命が若干下がっており、全国平均を下回っていることについて、何かご意見等ありますか。あるいは、健康格差として地域の政策圏の差に関する評価、これも課題になっておりますが、この辺につきましてもご意見がありましたら、よろしくお願いします。

（浜野委員）

地域格差があったということで、突出して良かったのが湘南地域だったと伺いましたが、何かそちらの方で特に有効だった施策や事業など、画期的な何かがあったのかどうか教えていただければと思います。

(事務局)

湘南地域で、特にこの施策が効果的だったのではないかというような分析までは現時点ではできていない状況です。湘南地区は平均寿命の点でもかなり良い成績が出ている傾向がありますが、施策との連動につきましては、これから検証が必要と考えています。

(立道会長)

続きまして、がん分野です。資料2の報告書案ですが、発症予防、重症化予防の中で年齢調整死亡率が低下しており、これは一貫して全国的にも低下しています。ただ、生活習慣の改善には食生活、運動習慣等の課題があります。したがって、この死亡率の低下が施策による結果なのか、もしくは全体的な動向として減少している結果なのかもしれません。委員の皆様から何かご意見はありますか。

(成松委員)

ロジックモデルで、がん検診で受診率が向上して、がんの年齢調整死亡率が減少しているとされていますが、私が知る限りでは日本ではまだ検診が大規模な寄与にはなっていません。例えば、海外では治療の進歩がかなりの寄与になっているという報告も結構あります。どのように考えられているのかを教えてくださいと思います。圏域によってはがん検診の受診率向上があまり寄与しないのではないかと思います。

(立道会長)

ロジックモデルにおいて、がん検診が年齢調整死亡率にさほど寄与しないのではないかということですね。

(成松委員)

はい。がん治療の進歩もかなり関わってきているのではないかと思います。それが書かれていないので、どのように考えているのかを教えてくださいと思います。

(事務局)

検診受診率の向上と年齢調整死亡率の減少について、県のがん計画の方でも、そこまで分析したロジックモデルはありません。国のロジックモデルに基づいて、県でも来年度にがん計画を改定していくことになりますので、その評価については今後の課題かとは思っています。おっしゃるような、治療技術の向上とか、そういった要因の方もおそらく影響していると思いますが、精緻な分析はできていないので、ご意見をいただきながら今後検討したいと思います。

(成松委員)

もう1点だけコメントをさせていただくと、がん検診受診率が向上されたとのことで、素晴らしいと思うのですが、これは事前に資料を拝見してお話なのですが、対策に対しての効果の評価が正確になされていないと思いました。例えばいくつかの取組がなされていますが、それは県民のごく一部にとどまります。しかし、県全体を対象にして効果があったかないかで評価がされています。もしそうならば、対策の対象を全県単位にしないと現実的に評価が難しいと思われま

す。これを実行するのは現状で難しいのは理解していますが、ただ、少しでも良いので、合理的かつ科学的評価を次期計画では取り入れていただけると良いのかなと思いました。

(立道会長)

ご意見ありがとうございます。他の委員の方々からご意見いかがですか。

(岡野委員)

がん検診の受診率、特定健診等の受診率、この結果を見て川崎の数字とは大分かけ離れた数字が出ていて、羨ましいなというのが正直なところではあります。特定健診やがん検診も、川崎の就労状況を見ると、国保よりも健保の割合の方が多いいのか、健保と職場の健診等でこういった健診がすでに別で行われているケースも結構多いのかなという気がします。そうすると、川崎市とかそういった所で行っているがん検診の受診率というのは、特定健診も含めて大体20%から30%前後ではないかと思うので、この辺が都市部と近隣の地域との差が出てくる一つの原因なのではないかという気はしています。その辺も考慮してデータを見させていただいています。

(立道会長)

貴重なご意見ありがとうございます。

(事務局)

こちらの特定健診のデータですが、評価の出典は厚生労働省の特定健診等の情報データベース、NDBで評価をしており、全国と都道府県のデータが収容されているものになっていて、通常の国民健康保険データベースのKDBの受診率とは違うものを使っています。KDBでいいますと、全国平均の特定健診受診率は平均33.7%で、神奈川県は25.7%、川崎市も25.8%ということで、神奈川県と川崎市の受診率は同程度の数字になっています。NDBについては全国データと都道府県データのみで、地域別のデータは無いという状況になっています。

がん検診受診率について説明いたします。ここの50%を目標としている検診受診

率につきましては、国の国民生活基礎調査の数字で、都道府県別までの数字はでてきますが、市町村別の数字は出ていません。市町村別の数字となりますと、市町村の検診ということで、市町村から国へ地域保健・健康増進事業報告というものを毎年報告しており、この数字で市町村別というのは見ることができます。それについては市町村のがん検診だけですので、受診率はかなり低く、各市町村で大体 10%台から 20%台などの低い数字も結構出ており、川崎も低いなというような感じになっていくのではないかと思います。同じベースで見ると、全県でそこまで高いわけではないのかなと思っています。

(立道会長)

たしかにこれは都道府県というか市町村別あるいは都市部と違うところに関しての差も大きく出てくると思いますので、今後その辺のところも検討の課題かと思います。

続きまして、循環器分野です。高血圧の改善につきまして、収縮期血圧を下げるということに関しては、男女とも横ばいで止まっています。脂質の減少はLDLの高い人の割合が残念ながら増加傾向であるというような結果です。一方で、脳血管疾患、心疾患に関する年齢調整別死亡率は減少傾向です。これもロジックモデルからすると、CとDが重なっていますが、実際の年齢調整死亡率に関する、目標を達成しているというところでは

(福井委員)

ロジックモデル自体をどう考えるかということですが、最終的な年齢調整死亡率はAですが、実際にそのプロセスに当たるのがCやDになってしまうというところで、もちろんこれは年数の問題もあるので、これから 20 年後にこの悪化したのが上がってくるのかもしれないし、数字自体の設定をどのように考えるかというところにも結びつくのだと思います。目標の記述に関して、R 4 の血圧の目標で男性が 132mmHg、女性が 120mmHg になっていますが、一般的に血圧については男女の差はないのですが、これはなぜ男性と女性で数値目標は異なるのですか。

(事務局)

目標設定をした時に、当時の現状値、それから国の目標値等を参考にしたと承知しています。

(福井委員)

ある数字から現実的に少し低い数字で達成できそうなところを目標に持ってきたということなのですか。一般的にはあまり男女で血圧の数値目標は変わらないです。逆に、コレステロールに関しては男女の性差がとても大事で、圧倒的に動脈硬化性

疾患では男性が多く、女性が低いので、ガイドラインでも分かれています。一次予防、二次予防という考え方もしますし、ここは難しい問題なのですが、そもそもこのLDLは特定健診の結果から出した数値ですか。確かそのように少しおっしゃっていたと思うのですが。

(事務局)

はい、そうです。

(福井委員)

そうすると、年齢が40歳から74歳ということになるわけですね。ただ実際はもう少し若い人の方が多くて、40歳から60歳位が中心になるということですか。

(事務局)

そうです。こちらについては年齢区分で国のNDBのデータから持ってきておりますが、細かい構成までは把握できていません。

(福井委員)

この辺はどこまで細かくやるかというところも非常に難しいのですが、コレステロールの基準値は、その世代、性別、一次予防か二次予防かによってかなり目標値が違ってきますので、これを一律に160mg/dlとするのは少し無理があるのかと思いました。

(立道会長)

コレステロールの目標値設定は本当に難しいですね。

(笹生委員)

コレステロールの基準ですが、他県とも比較しなければいけないし、あまり目標を複雑にしまうと、統計を取るの難しいのかなというように感じました。

(立道会長)

他の委員の方からご意見ございますか。今後いわゆる第1段の生活習慣の改善、それから危険因子、この辺がC、Dが続いていて、今後の年齢調整死亡率がどのようになっていくのかということと、コロナの影響もあると思いますので、非常に注意深く見ていく必要があります。また、生活習慣の変貌というものもあると思いますので、その辺に対する対策というのは今後の課題かなと思いました。

それでは糖尿病分野についてお願いします。この糖尿病の分野につきまして、血糖コントロール不良の割合が減少し、腎症の透析導入者数が減少したという反面、

有病者数が増加しているということがありました。今後、この糖尿病有病者率の増加については歯止めをかけていかないといけないと思うのですが、委員の方からご意見ございますか。これも第一、第二の中間フェーズまでがC、Dで、最後のところがBという評価です。

(浜野委員)

立道会長がおっしゃったとおり、プロセスはCやDが多いのに、最終的な結果としての糖尿病性腎症や、重症者の割合は減っているという、がん領域や循環器病領域も同じような結果でしたので、いかに個人の生活習慣を改善させるのが色々な事業や保健行政をしてでも難しいのかということですよ。一方では、がん、循環器、糖尿病の世界も薬物療法を始めとした治療がとても進化していますので、ある程度の死亡数の減少というのはできるのかなということを強く思いました。次世代の健康状態のところで、子どもの肥満が増えているとか、朝食の欠食の割合がなかなか減らないということがあるので、それも踏まえて20代、30代の肥満者の増加や、さらにその下の世代ということを見ると、なかなか有病者数を減らすことは難しいと思います。こういう生活習慣が蔓延して、さらに社会的な色々な経済事情などが悪化している中で、将来的には最終的な死亡率もタイムラグをもって変わってくるのかなと懸念を抱きましたので、介入としては健診・保健指導、あるいは学校教育のレベルでの施策や病院医療機関ではなくて、もっと別のところでの介入が必要なのかなというように感じました。

(立道会長)

貴重なご意見等ありがとうございます。糖尿病は若い世代からのアプローチが必要かと思えます。小中学校の生徒の肥満率、あるいは青年でも糖尿病率が増えているということから、学校保健や職域といったところからも十分な対策が必要になってくると思います。

次はCOPDです。COPDの認知度に関してはあまり進んでいないということで、C評価です。喫煙に対する啓発の中でCOPDというのは必ず出てくるわけですが、なかなかCOPDという言葉自体の認知度が上がらないということです。

これまで生活習慣病の発症予防と重症化予防というところでのご議論をいただきました。臨床の先生方で何か全体施策の中でお感じになるようなことはございますか。もしあればご発言をお願いします。

(成松委員)

COPDのところで最も必要なのは禁煙対策だと思いますが、現在どれくらいの対策を健康対策として置いていて、その対策に対する評価というのはどのようにしていますか。数字に対する評価はもちろんA、B、Cなどとしても、されている対

策が例えば県民の何%に届くような、どのような仕組でそれがどれだけの県民の方に届いている施策で、その成果がどのようになっているかです。今もそう変わらないとは思いますが、一時期禁煙についてはかなりの対策をされていたと思いますので教えてください。

(立道会長)

現在のCOPDに対する啓発のアウトプットがどの程度あるかというようなご指摘だと思います。

(事務局)

COPDにつきましては、喫煙防止対策の一環という形で、COPDの認知度向上に向けた全般的な普及啓発が中心となってしまっています。なかなか特化した形での施策はなく、61 ページにも取組として、喫煙防止対策とあわせて普及啓発というようなことで書かせていただいています。また成松委員がおっしゃったとおり、どのくらいの人たちに働きかけができたのかということは、普及啓発全般において、きちんと把握できていない面があり、そこが今後の施策に向けての課題というようには認識しています。

(山口委員)

生活習慣のことでは、やはり食事と運動のところがうまく県民に重要性が伝わっていないか、または、わかっているもできてないということがあると思いますので、それを今後どうしていくかを考えていかなければいけないのかなと思いました。また、この後多分出てくるのではないかと思います。未病センターの利用率が49万人以上あったのが10万人を切ったと。これはコロナの影響だったと思うのですが、未病センターが一体どのようなことをやっているのか、会議もオンラインやバーチャルでやるが多くなってきているので、どういったことを未病センターがやってきたのかを教えてください。

(事務局)

未病センターにつきましては、各市町村それから県内の民間団体、企業等で設置いただき、県内に約80数ヶ所設置をしています。おっしゃるとおり、利用者数が非常に減ってしまっているのは、コロナで開所ができていないところはかなり多くありましたので、その影響で利用者が減っているという状況です。実際どんなことをやっているかということにつきましては、身長、体重等だけではなく、何らかの体の状態をはかれる計測器を置いていただいています。市町村の未病センターの場合でしたら、そこにいる専門職の方から、その計測結果についてのアドバイスが受けられるようにしていただいております。計測をしてそこでアドバイスを受けるとい

う場としての設置ですので、コロナ禍のオンライン等の実施は難しかったということで、利用者数が減っている現状があります。市町村及び県の未病センターについては、企業や団体にご協力いただいて、希望する方に講座を提供するというような取組もしていましたが、コロナで開催ができなかったことも影響しているかと思えます。今後、オンライン等を活用した未病センターや未病関係の取組について、仮にまたコロナのような感染症が蔓延した時に、どのようにやっていくことが効果的であるかということについて、検討をしていく必要はあると思っています。

(山口委員)

コロナに限らず、県民の方々の時間が少ないということもありますので、今後どんどんオンラインや様々なアプリを利用した取組を進めていただければと思います。よろしくお願いします。

(岡野委員)

川崎の特定健診の受診率の低迷している理由の一つに、「内容が期待するようなものではない」とか、「通常診療で受けているような血液検査に近い健診内容なので、受ける必要があるのか」というような声を実際にはよく聞きます。特定健診や、がん検診という話題の中で、受診率をいかに上げていくかという中で、未病センターが漠然としていて、測定をしてアドバイスを受けるということに、おそらく意味が感じられないから、利用率が少ないのではないかとというように勝手に解釈をするのですが、ここに期待するものに果たしてどの程度のものがあるのか、この辺に課題があるような気がするのですが、いかがですか。

(事務局)

未病センターを設置している意図としましては、県民の方が未病について身近な場所で自分の体や健康のことを自分ごと化していただくということを取組の考え方としてやっております。市町村や近くの場所で自分の体の状態、例えば体重が増えたり、血圧が少し高めであったりということを知ることが出来るような場合、もちろん治療に進まなければいけないような状況であれば、当然医療機関には行っていただくのだと思うのですが、そこまでは至らないような場合に、どういったことをしたら改善ができ、生活習慣の改善により良くしていくことができるのかというようなことを、市町村であればそこにいる保健師の方などからアドバイスをいただくことができるかと思えます。そういった場として利用をしていただきたいということで設置をしているものです。ただおっしゃるように、そういった意図がどこまで浸透できているのか、実際に同じ方ばかりの利用になってしまっているのではないかといった課題は、設置をしてから年数も経ちますので、今後の課題として考えていかなければいけないことであると考えています。

(浜野委員)

未病センターは神奈川県の手煎りのものだろうと思っています。イメージとしては民間やお役所のフロアなどにあるのかなと思っていますが、特定健診との直接的な連携はないのですよね。そこでは体組成や血圧は見られるけども、血液データはないという理解でよろしいですか。

(事務局)

血液検査などをしてというところまでのものではなく、その場で測れる血圧測定であったり、それぞれの場所で設置していただける機器を置いて測定しております。血液検査までは実施していません。

(浜野委員)

80ヶ所ですからカバーできないのかもしれないのですが、特定健診の保健指導や要支援を未病センターに行って定期的に指導を受けたいら、ポイントでもあげたいらいかがですか。

(事務局)

80ヶ所のうち市町村で設置していただいているところは、そういった活用の仕方ということも、場所によっては考えていただけるところもあるかもしれませんが、ご意見も参考にさせていただいて、今後の未病センターをどのようにしたら皆さんに活用していただけるかということは検討していきたいと思ひます。

(立道会長)

特定健診やがん検診の受診率向上と、そして保健指導の充実、さらにはそれが効果のある保健指導であるべきということかと思ひます。

(加藤委員)

52ページの糖尿病のロジックモデルの第1段で、口腔保健、禁煙、歯周病予防という記載がありますが、隣の箱に禁煙と書いてありますので、これは禁煙による歯周病予防という理解でよろしいのですか。

歯周病予防や歯周病の重度化というのが、糖尿病の重症化に密接に関連があることは既に言われていることなご承知だと思ひます。歯周病は糖尿病だけではなくて、生活習慣病全般で、例えば循環器系にも関連しているのですが、循環器のところを見てみると、口腔保健、歯周病予防が特になく、糖尿病に特化しているような感じになっています。歯周病予防といっても、色々な予防の仕方がありますので、この関係図はわかりづらいなと思ひました。口腔保健というのはそもそもどういっ

たようにお考えですか。

(事務局)

加藤委員からご指摘の箇所、口腔保健、禁煙、歯周病予防と3つ書いていますが、確認したところ、禁煙が重複しており、元々は口腔保健と歯周病予防の2つだけなので、資料が間違っていました。ご指摘いただきありがとうございます。

口腔保健、歯周病予防では、糖尿病と歯周病との関係はよく言われておりますので、主にそういったことを中心に書かせていただいているものです。

また、おっしゃるとおり循環器系の疾患についても口腔保健、口腔機能との関係性あるいは歯周病などとの関係性を言われておりますが、今回のロジックモデルは国のものを参考にして作らせていただいております、まだそこまで書けていない状況です。今後どのように表していくかというのは検討課題と思っております。

(立道会長)

生活習慣病対策について、市町村の委員の方から生活習慣の改善の取組、健診の受診率向上ということで、取組みや課題と感じられていること等をご発言いただければと思います。

(伊本委員)

先ほどの生活習慣病のお話もそうですが、未病センターを市町村の中で設置をしており、コロナ禍で未病センター自体もしばらくお休みをしていました。利用者の件数が減っているというのはそういった理由になります。ただ、感染対策をしっかりとりながら未病センターも開き始めており、利用者の方々も、色々な健康事業に参加しながら未病センターも利用し、自身の健康状態をチェックしていただき、保健師が健康に対するアドバイスができるような体制を未病センターとして進めているところです。

また、検診受診率も低いということで、清川村でも10%台でした。これもコロナ禍の影響が多少ありますが、町民の健康状態を引き続きしっかりと捉えながら対策は考えていかなければいけないのかなと思います。

介護保険の関係でアンケート調査を実施し、アンケート結果から見ると、40歳以上の方々には健康に関心が高いという数字が出てきます。しかし、行動に移っていないというところがありますので、周知や働きかけが重要になってくるのではないかと考えています。

(立道会長)

次の課題に移ります。こころの健康づくり、次世代の健康、高齢者の健康、社会環境の整備です。この項目につきまして、順番にご意見をいただければと思います。

先ほど岡野委員からありましたように、朝食を欠食する子供の割合や、スポーツ実施がC評価、肥満傾向の割合がDの評価です。

(笹生委員)

先ほどのこころの健康のところもそうなのですが、コロナになって就業が難しくなって自殺者が増えたとかをコロナ当初はよく聞いたので、その辺の影響はどうなのかということと、やはり朝食を欠食するというのは貧困などが関わっているのではないかと思います、その辺の指標のようなものはあるのですか。

(立道会長)

子どもの朝食の欠食についての貧困との関係、あるいは就労との関係で自殺者やうつ病などが増えていないかということですね。

(事務局)

朝食の欠食について、要因として家庭環境、貧困等も影響しているのではないかと考えておられますが、現在のところ、例えば家庭の所得や経済状況といったものとのクロス集計というか、関係性がはっきり言える段階までは行えていません。そういったことを今後どういうふうに分析していくかというのは課題かと認識しています。また、コロナによる就労については、今直接的なデータは出ていませんが、分析の中ではコロナの影響で自殺者の数等については増えているというような傾向もありました。おそらく一定の関係性はあるのかなというように認識しています。

(立道会長)

特にメンタルヘルスに関しては、職域におきまして本当に重要な課題かなと思っております。

(加藤委員)

医師会の笹生委員の続きのような話で、以前の目標評価部会での発言と重複しますが、いわゆるコロナ禍で運動不足によって肥満になるのも、もちろんあるとは思いますが。笹生委員がおっしゃったように貧困の問題というのがコロナ禍でさらに深刻になって、子どもだけではなく大人でもそうだと思うのですが、インスタントラーメンばかり食べていたり、私の知っている子どもではカニパンばかり食べていて一様にして太っている、貧困肥満がいます。生活保護を受けていても太っているというようなのを目の当たりにして見えています。今回はそういったようなところまでは見ていないと言われてしまうかとは思いますが、今後はそういった社会事情というのも鑑みながらクロス集計をしていただけると、より深い分析になるのではない

かなという感想を持ちました。

(立道会長)

次期に向けて、この社会経済的な問題との因果関係のある生活習慣との関連は非常に重要なトピックになると思います。

次に高齢者の健康について移らせていただきます。介護保険サービス利用者の増加の縮小、ロコモティブシンドロームの問題が挙げられており、ロジックモデルが出てきて、そこに対しての評価が出ています。

(加藤委員)

これも以前も発言しましたが、フレイルや神奈川県でやられている未病対策の中のオーラルフレイルというところで、高齢者が低栄養となってくると、ロコモティブシンドロームもそうなのですが、サルコペニアになってくると思います。以前もお願いしたと思いますが、最初の段階でサルコペニアの目標がなかったことでこのような結果になっているとは思いますが、今後はフレイルやオーラルフレイル、低栄養というところからサルコペニアの認知度の評価というものが必要ではないかと思っています。

(立道会長)

目標評価部会でも加藤委員からはこのことについてご意見いただきました。では、社会環境の整備に移らせていただきます。

(山口委員)

未病センターの利用率で、令和元年の時に 49 万人といますと、延べでいうと県民の 20 人に 1 人ぐらいが利用しているということで、ものすごい数になります。実際にそんなに利用しているのかということと、同じ人が何回も利用しているという話がありましたが、実際のリピートはどのぐらいの頻度でいるのかということをお聞きしたいです。そしてこの未病センターというのは、鎌倉市で言いますと市役所の中であって保健師さんたちがやっていると思うのですが、恐らく特定健診やそういうところで声をかけて拾った人たちに対してアプローチするというのも入っているのではないかと思います。そうでないとこれだけ自発的に未病センターに向かう人が多いとは思えないのですが、それはどうなっていますか。

(事務局)

リピーターの状況について、具体的に各市町村や各民間で設置していただいているところでどのくらいあるかというデータは、今持ち合わせていないのでお答えできませんが、そういった状況もあるというようなこととお話として伺っていること

はあります。この 49 万人というのはとても多い数字ということで、それだけ市町村であれば特定健診の方を勧誘していただいたり、未病センターの利用を勧めていただくといった、それぞれそういった取組をしていただいて、これだけの利用が進んできた結果が出ているのかなと思います。内訳について、どういう形でやっていたか、今数字でお答えできる状況にはなく、申し訳ありません。

(津野委員)

私が気になっていたのは、報告書の 40、41 ページ目あたりの健康寿命のところ、健康寿命の評価が変わらなかった理由として、若い世代のメンタルヘルスの状況等も影響しているのではないかなというように書いてあります。しかし、こころの健康のところにはこの辺の記載がなかったように思うのですが、この 20 代で、あるいは 50 代で突出して K6 の得点が高いであるとか、あるいはうつ病、その他こころの病気の割合が高いというのは神奈川県としても特徴的で、もう少し掘り下げて言及した方が良いのではないかなというように思いました。このあたりの要因として考えられるところが、こころの健康づくりのページにも何か記載される予定等がありますか。

(事務局)

この健康寿命のところの分析や深掘りは保健福祉大学にもお願いしながらやっていただいたところではありますが、まず出発点としては女性の健康寿命がよくないということで、元のデータになっている国民生活基礎調査を深掘りさせていただきました。この辺りについては、今後施策の中でも、こういったところをポイントとして考えながら進めていかななくてはいけないと考えているところです。一方、おっしゃるとおり、こころの健康づくりの方ではこれに関する記載はあまりなく、指標としている気分障害と自殺者等の観点からのコメントになってしまっています。今後、そこの整合性を取る必要もあると思っておりますので、報告書にどのように書くかは少し検討させていただきますが、次の計画の施策を検討していく上では、当然切り離して考える話ではないと思っておりますので、そこは連携しながら取り組んでいく必要があると考えています。

(津野委員)

少し神奈川県課題になるところかなと思いますので、次の計画に向けて、こころの健康のところでもぜひ言及していただければと思います。

(立道会長)

次に栄養・食生活です。

(佐野委員)

基本的にはC評価が多いところではあります。コロナ禍の時の評価も入っているところもあり、適正体重などは令和元年ですから半分という形で、時点が混在しているところもあるので、食事のところだけは少し綺麗にそろえられたら良かったかなと思います。果物の摂取量に関してもそのようなところがあるのですが、そこで特に変わりがなかったというところは、教育をする機会がなかったのか、あるいはある程度の大きな上がり下がりが無いということで、今後コロナが終わったところで、そういう事業に関してはますます伸ばして行って欲しいなと思いました。

(立道会長)

次は身体活動・運動に移らせていただきます。今後、非常に重要になってくる運動に関しまして、若年層くらいからDがついていますがいかがでしょうか。

(野坂委員)

報告書の内容につきましては、目標評価部会のところでもいくつか発言をさせていただきましたので、その内容が反映されているかと思います。歩数が減っているという問題につきましては、全国的な傾向でありまして、本県の場合には全国の中では比較的上位にあるということではありますが、これは決して安心できるものではなく、恐らくは通勤や就業に伴う身体活動によって歩数が増えているのだろうというように考えています。実際に東京都やその他の政令指定都市を有する都府県は大体上位にあります。ということは、今後コロナ禍などによりましてテレワークが進みますと、今後さらに身体活動量は低下するであろうと。それに伴う悪影響が今後出てくるであろうというふうに予測しております。ですので、報告書の内容にもあるとおりですが、運動とかスポーツという言葉を若干変えていただいて、身体活動とか生活をアクティブにするといった内容を加えていただく必要があるであろうかと思えます。と申しますのは、ポピュレーションアプローチで広く伝えると、運動を元々している人がさらにするようになってしまって、過剰な運動というのは運動不足よりもさらに悪影響が強いものですから、運動をしすぎている人にはあまりさせないで、運動していない人には軽い運動でもいいから始めるといった、場合によってはハイリスクアプローチをさらに強化していく必要があるのではないかと考えます。

(立道会長)

余暇運動も大事ですが、日頃の活動量を増やしていくというような、次はそういう目標設定というところも重要であるというご意見です。

(山口委員)

我々臨床医の立場ですと、食事や運動の指導というのはものすごく時間がかかります。時間がかかるという意味は、その患者さんたちに付き合わないといけないということです。付き合うということは、例えば、食事の内容を徹底的に聞いて、どこに問題があるかどうかとか、運動だと毎日どの程度のことをやっているかということや診療のたびに繰り返し聞いて、それを評価していくと、それで体重が減ってきたなど、そういうことも含めて、ライザップのようなパーソナルトレーナーのように徹底的に利用者の人に付き添ってやっているのがあると思いますが、あのようなことをしていかないとうまくいかないと思うのです。いくら頭でわかっている人間というものではできませんので、これをもし本当にやるとしたら、本当に付き合ってくれるような人員を作っていないと多分解決できないのではないかなというふうに今感じております。そのあたりは、未病センターが実際やっておられるかもしれないませんが、県も含めてどのような取組をされているのかをお伺いしたいです。また、今後どのようにやっていったら良いかとお考えになっているのかをお聞きしたいと思います。

(事務局)

未病センターでは、先ほど説明しているとおり、健康の測定結果に対してアドバイスをする、市町村であれば専門職の方、民間の施設であれば研修等を受けたアドバイスができる方にご指導やアドバイスをさせていただいております。その後の運動促進や行動変容を促す役割を誰が担っているかということについては、未病センターにいる人がアドバイスはできますが、そのあとずっと経過を把握して改善までつなげる、一定の期間つなげていくというところまでやる役割の人が未病センターにいるかということ、現状としてはいないという状況になります。例えばスポーツクラブのようなどころで未病センターを設置いただいているところもありますので、そういった未病センターで計測をしてアドバイスを受けられた方が、引き続きスポーツクラブのようなどころで取組を続けられたり、市町村でも市町村が設置しているスポーツセンターのようなどころに未病センターを設置しているところもありますので、そういったところでき取り組んでいただくというようなことに繋がっている例が無いわけではないと思います。しかし、限られた部分ではあるかと思えます。未病改善を自分ごと化して取り組んでいただくようにするために、どういうことが今後必要であるかということは、ご意見のとおり、考えていかなければいけないことだと思っています。

(山口委員)

個人的に何かできるようなアプリがあったら、そういうのを紹介するとか、例えば、毎日食事の写真を撮って送ると大体このぐらいのカロリーですよということを教えてくれるとか、そのようなアプリが多分あるのではないかと思うのですが、そ

うというようなことなどはされているのですか。

(事務局)

統一的にそういうことを未病センター全体としてやってくださいというお願いは、特にしていませんが、それぞれの場所でそういった促しをしていただいているところもあるのではないかと思います。

(山口委員)

未病センターの間で横の繋がりを持って、そういうような情報共有をして、より効果的な未病活動をやっていただけたらと思います。

(立道会長)

次に休養・こころの健康づくりです。先ほどメンタルヘルスの問題がとても重要であるということがありました。私の専門としている職域は、本当に睡眠が良くなった人と悪くなった人と、非常に両極端に分かれているというのが現状で、それを足し合わせると、変わらないという話になるのかもしれませんが。悪くなる人が非常に悪くなっているというような状況です。

次は飲酒をお願いします。飲酒の問題につきましてはコロナの前からこのような生活習慣病のリスクを高めるアルコール摂取量が増え、飲まれる方の割合が減少していないということで、飲酒対策、次の喫煙対策と同様に今後重要な課題になっていくというようなことです。

(浜野委員)

喫煙のことは私の糖尿病診療の中でも禁煙は強く申し上げていますが、電子タバコにしたからというようなお話をされる患者さんが大勢いらっしゃいます。この喫煙は紙たばここと理解してよろしいですか。

(事務局)

電子タバコではなく、紙たばこのことを意味しています。

(浜野委員)

電子タバコにしたから良いと言う方も実は少なからずいて、電子タバコに健康被害がないということはないので、少しその辺の社会的な実態、世の中でそういうものが普及してきていますので、今後はそこの調査の時に電子タバコのことも含めた方が良いのかなと思いました。

(事務局)

今後の調査で、そういったことを検討していきたいと考えています。

(立道会長)

これからの喫煙率というのは、紙たばこプラス電子タバコの比率、そしてトータルということになっていくように思います。

次の歯・口腔の健康につきまして、いかがですか。

(加藤委員)

こちらも以前の目標評価部会と全く同じ発言になってしまい大変恐縮ですが、目標 51 と目標 52 の 3 歳児と 12 歳児のところで 2 点指摘させていただきました。今回はもう仕方がないのですが今後としまして、目標 51 のところで 3 歳児で虫歯のない者の割合が 80%以上の市町村の増加というようになっていますが、もともとの評価項目がこういう評価なので、こういったような形で出ているのは重々承知です。ただこれですと、3 歳児の本当のむし歯の実態というのが全くわかりません。あくまでも 3 歳児の 1 人平均あたりのむし歯歯数を市町村ごとに求めていただきたい。そうしないと市町村の格差がわからないし、実態がわからないということです。目標 52 に関しましても全く一緒です。これは 12 歳児の 1 人平均のむし歯歯数、ここは良いのですが、問題は圏域で評価をしてしまっているところです。圏域の中にも色々な市町村があって、その中でおそらく虫歯の格差があるなというところが予想されます。なので、ここもやはり市町村別にちゃんとデータを出していただいて、それで評価をしていかないと、本当の実態がわからない。しかもこの目標 51 と 52 に関しては、評価がいずれも A となっているので、これでは県民の方々が誤解をしてしまうという印象です。さらに、目標 52 に関しては、令和 2 年度でたしかこの 12 歳児の 1 人平均の虫歯歯数の全国平均というのが 0.68 なので、これは 1.0 未満といえは 1.0 未満ですけども、評価基準が随分甘くなっているなという感じもします。したがって、ここら辺がとても齟齬を感じる場所ですし、実際に歯科保健の施策事業をやっている歯科医師会としては、かなり違和感がある評価になっていますので、ここは今後改善していただきたいと感じています。

(立道会長)

ご意見ありがとうございます。それでは岸部委員、全体を通じて最後にご意見、コメント等ございますか。

(岸部委員)

この大変なデータを見ながら、自らの生活を見直し、恥ずかしい思いで聞いていましたが、先生方の目標評価部会も重ねられての今日の色々なご意見を伺い、非常

に勉強になりました。社会情勢や、データや評価のあり方が、今の時代とどれくらいリアルタイムでやっていけるのかは難しいことだと思いますが、経年観測の意味合いからも、こうした調査が、施策に結びつかなければいけないのではないのかと思いました。また、何度かお話が出ていましたが、県民の皆さんの行動変容にどうアプローチしていくかというのは、出されたデータからもっと考えていかなければいけないと思いながら伺ってまいりました。先生方に大変感謝しております。ありがとうございました。

(立道会長)

長時間にわたり、お忙しい中、貴重なご意見をいただきまして、ありがとうございました。いただいたご意見につきましては、修正可能な部分は修正して、次期の計画に反映させていきたいというように考えています。次期の計画というのは、ポストコロナというところを見据えて、非常に詳細かつ実りのある目標設定並びに評価をしていくということが求められていると思いますので、各委員におかれましてはまた是非ともご協力のほどお願いします。予定していた議題は以上ですので、これで事務局にお返しします。

(事務局)

立道会長ありがとうございました。また委員の皆様も貴重なご意見をいただき、ありがとうございました。県のこれまでの取組について改善しなければいけないところや、指標についての今後の設定の仕方、分析の仕方等について、沢山の貴重なご意見をいただきました。会長がおっしゃったように、次期計画策定において、そこを踏まえて有意義な検討をして、良い計画づくりを進めていきたいと考えております。本日の会議結果につきましては審議速報等会議記録を県のホームページに掲載させていただく予定となっておりますので、後日議事録案を事務局で作成してお送りいたしますので、お手数おかけしますがご確認をお願いいたします。それではこれもちまして、令和4年度第1回神奈川県生活習慣病対策委員会を終了いたします。夜の遅い時間、長時間にわたり、ありがとうございました。今後ともどうぞよろしく申し上げます。