

平成 24 年度三重県公衆衛生審議会（第 1 回）議事録

平成 24 年 8 月 3 日（金）13：30～15：30

三重県歯科医師会館

司会

ただいまより平成 24 年度第一回三重県公衆衛生審議会を開催いたします。

まず、みなさまにお詫びを申し上げます。

本日出席させていただく予定でありました、健康福祉部医療対策局長の細野が業務の都合上、欠席させていただいております。誠に申し訳ございませんが、なにとぞご了承いただきますよう、よろしくお願いいたします。

それでは開会に先立ちまして、健康福祉部医療対策局医療政策総括監兼次長の森岡久尚よりごあいさつ申し上げます。

森岡総括監

健康福祉部医療対策局医療政策総括監の森岡と申します。よろしくお願いいたします。本来でありましたら医療対策局長の細野から挨拶すべきところでございますが、所要により欠席ということで、申し訳ありませんが私の方からあいさつをさせていただきます。

本日業務多忙の中ご出席いただきまして、ありがとうございます。また日ごろより県の健康福祉行政にご協力賜りましてどうもありがとうございます。

さて、三重県では本年度から 10 年先を見据えた県の戦略計画であります三重県民力ビジョンというものを作成しております。この中で「県民力で目指す『幸福実感日本一』の三重」を県民の皆様と力を合わせて作っていくことにしております。

それに伴いまして、これらの保健医療分野の施策を重点的に進めるということで、健康福祉部内に医療対策局を設置したところでございます。医療対策局におきましては、本審議会に係る公衆衛生全般にかかる対策ですとか、医師確保等の対策を重点的に実施することとしております。

当審議会をはじめまして、様々な分野の専門家の方々のご意見を賜りまして、県民の皆様がいのちと暮らしの安心安全を実感していただけるよう、積極的に取組を進めていきたいと考えております。

本日、ご審議いただきます、三重の健康づくり総合計画「ヘルシーピープルみえ・21」は、本年度で計画終期を迎えることから、計画の最終評価などを踏まえた上で新たな健康づくり計画を策定する予定でございます。本日は計画の最終評価や次期計画策定にあたっての基本的な考え方や取組方針について説明させていただきたいと考えています。

また、本年度は多数の計画の改訂があります。がん対策、自殺対策、歯科保健、保健医療計画ということで、計画の改訂がございます。医療対策局といたしましても皆様方のご意見を踏まえまして、しっかりと計画の策定をしまりたいと考えております。各委員

の皆様方におかれましては、大変ご多忙であると存じますが、それぞれのお立場から多方面の角度で、より専門的にまた経験を踏まえました具体的なご意見をいただければ、幸いです。本日はどうかよろしくお願いいたします。

司会

審議に先立ちまして、ご報告申し上げます。会議につきましては、審議会委員 15 名全員の皆様にご出席いただいておりますので、三重県公衆衛生審議会条例第 7 条の 2 の定足数を満たしておりますので、成立しております。なお本日は、三重県病院長の庵原委員、三重県中小学校長会長の伊藤委員、三重県市町村会の中井委員、三重労働局の平川委員が諸般の都合により欠席となっております。

ここで新たにご就任いただき、今回はじめてご出席いただきます、委員の方をご紹介します。三重県都市保健衛生連絡協議会を代表されまして、ご就任いただきました鈴鹿市健康づくり課主幹兼グループリーダーの渥美裕子様です。それでは自己紹介など賜れば幸いです。よろしくお願いいたします。

渥美

皆さんこんにちは。鈴鹿市健康づくり課の渥美と申します。日頃は保健事業等にご協力いただきましてありがとうございます。今年度は鈴鹿市が先ほどお伝えいただきました、都市保健連絡協議会の会長市になりまして、その代表でお邪魔させていただくこととなりますのでよろしくお願いいたします。

司会

ありがとうございます。今後とも何卒よろしくお願いいたします。

次に 4 月に人事異動がございましたので事務局の紹介をさせていただきます。

医療政策総括監兼次長森岡久尚、健康づくり課課長黒田和博、同課がん健康対策主幹芝田登美子、同主査和手昌之、同主査浅井優子、同主査伊藤将司、同主査升田加奈、そして私は本日の進行を勤めさせていただきます、健康づくり課主幹の和田正子でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

会議の開催にあたり、お手元の資料の確認をお願いいたします。資料 4 枚目に配付資料一覧が付けてございますので、ご確認のほうをよろしくお願いいたします。

資料の不備がございましたら、お知らせ願います。

それでは事項書に沿って進行してまいりたいと思います。

議事の進行につきましては三重県公衆衛生審議会条例第 7 条第 1 項により、審議会の会議は会長が議長となることとなっておりますので、笠島会長にお願いしたいと思います。笠島会長どうぞよろしくお願いいたします。

笠島会長

みなさんこんにちは。それでは事項書に沿って進めさせていただきたいと存じます。

議題 1、及び 2 につきましては関連するものと考えられますので、事務局から合わせて説明お願いいたします。

伊藤主査

説明をさせていただきます伊藤でございます。座って説明させていただきます。

それではまず、ヘルシーピープルみえ 21 の最終評価について報告させていただきます。

お手元には最終評価案、資料 1 と概要、資料 2 及び新計画の関係で資料 3 を配付させていただいておりますが、概要であります資料 2 及び資料 3 を中心に説明をさせていただきます。

2 月に開催した前回の公衆衛生審議会におきまして報告いたしました通り、ヘルピーみえ 21 が本年度で計画の最終年度を迎えていることから、今年度は現計画の最終評価を行い、その結果や国の健康増進計画であります健康日本 21（第 2 次）の内容を踏まえて新たな三重の健康づくり総合計画を策定する予定でございます。

本日は現計画の最終評価についてご報告させていただき、合わせて新計画の骨子案を説明させていただき、委員の皆様にも新計画に盛り込むべき項目や考慮すべき視点などについてご意見をいただきたいと考えております。では早速説明させていただきます。

まず資料 2 でございます。計画の概要から説明させていただきます。

現計画は当初、平成 13 年度から平成 22 年度の 10 年間を計画期間としておりましたが、医療政策改革にかかる影響などを考慮して、平成 19 年度に終期を平成 24 年度と 2 年間延長しております。結果としまして、計画期間を 12 年間として取組んでまいりました。

計画の目的は配付資料にございます通り、個人の QOL 向上を図ることを通じて QOS とも言うべき社会の質の向上を図ることとし、「わくわく育ちいきいき暮らし安らかに人生を全うする」をキーコンセプトに計画推進を図ってまいりました。また計画推進のため最終的には 104 の指標、140 項目について数値目標を設定し、県民と一体となった健康づくりを推進してきたところでございます。

続いて、最終評価についてでございます。なお各指標の状況につきましてまとめたものがございますが、詳細につきましてはお手元の資料の 1、本編の中ほどに最終評価一覧がございますので、後程ご確認いただけたらと思います。概要の資料につきまして、指標全体の状況ということで 140 項目の集計表を示しております。

結果といたしまして、目標に達した項目というのが A でございますが、53 項目、率に直しますと 37.9%、目標値には達しませんでした。改善傾向を示した項目 B でございますが、33 項目、23.6%ということで、あわせて 86 項目、約 62%の項目について一

定の改善がみられております。一方、計画策定時と変化が認められなかったものが C でございますが、32 項目、悪化傾向にあるというものが D で、9 項目という結果になっております。

次のページに移っていただきまして、大目標の状況でございます。大目標として設定しました、「わくわく・いきいき・すこやかに指標」の状況について説明します。

この指標は健康、いきがい、ふれあい、食の楽しみ、ストレスの減少、熟睡度というそれぞれの目標を表しており、それを体感する人の増加を目指して設定したものでございます。全部で 6 指標ありますが、数値が改善したものの、A および B ですが、2 項目となっています。全体としては 3 分の 1 の達成度となっております。大目標の達成度合いは全体の達成に比べて低い結果となっています。

それに関連して、3 ページ目をご覧くださいと思います。現計画における目標設定にあたってはプリシード・プロシードモデルの考えに基づき全指標を「知識満足度を高める目標」、「環境整備を進める目標」、「行動の目標」及び「健康指標」、「大目標」の 5 つに整理してそれぞれの相関関係を踏まえて施策推進にあたって参りました。

そのうち大目標と健康指標は最終的なアウトカム指標となっており、施策や事業の実施により発生する効果や成果を示すものとなります。

一方、他の 3 つの目標でございますが、これは大目標や健康指標を向上させるためのステップの指標でございます。事業などを通じ、直接改善を図るものという位置づけになっております。取組の直接的な成果を示すものと言えるのではないかと考えております。

それぞれの目標、指標の状況を見てもみますと、大目標達成の前提となる知識満足度、環境整備、行動のそれぞれの目標の改善率は全体の改善率 62%を上回っております。特に環境整備の目標ということになりますと 80%の改善率が見られております。

このようなことを考えますと大目標について改善されなかった項目があるというのがひとつの反省点ではございますが、それに向かう県民の健康づくりに関する環境、ステップはこの 12 年間で一定の整備が進んでいるというふうに考えられるのではないかと考えております。

またその成果によって今後、大目標として掲げた県民の QOL、QOS が向上していく可能性があるのではないかと考えております。

次に 4 ページ目ですが、達成状況、A～D に振り分けさせていただいたものの主な項目を挙げさせていただきます。

これを見ますと健康寿命の延伸をはじめ生活習慣病の年齢調整死亡率、自殺率など身体的な健康に関わる客観的な項目については改善傾向が見られること、健康について気をつけている人というのが A の評価となっております健康に対する県民の意識が向上していると考えられます。

一方、C のところにありますが健康であると感じている人や、良くストレスを感じる人な

ど、個人の健康に関する感じ方を示す項目については改善傾向が見られないというふうになっております。

このようなことから今後は引き続き身体的な健康増進を図るということは必要ですが、それに加えて精神的・社会的な健康感の向上を図る対策を検討していく必要があると考えております。以上が各項目の状況でございます。

それを踏まえまして 5 ページ目になりますが、必要な視点として次期計画にどのようなふうにつながっていくかということをもとめております。

まず 1 つ目、高齢化を視野に入れた健康づくり、疾病予防対策でございます。三重県の 65 歳以上の人口は現在約 24% となっておりますが、平成 34 年度、次期計画の最終年度になりますが、この時期には約 30% となっており、その後も急速に高齢化が進展していくと予想されております。それに伴って、ひとりの方が複数の疾病を併発したり、健康な多数の県民が疾病を持つ少数の方々を支えるという、これまでの枠組みでは対応できない状況が発生するのではないかというふうに考えております。それらの変化を見据えた上で県民の健康づくりについて検討していく必要があると考えております。

2 つ目ですが、疾病予防、医療、介護予防を一連の流れとして捉えた健康対策ということでございます。人が一生涯心豊かで充実した日常生活を過ごすためにライフステージに応じた健康対策に取り組む必要があるということで、各年代の健康課題に対してできるだけ対象を絞って参りたいと考えております。その辺りの健康課題については次の資料 3 で改めて説明させていただきます。

3 つ目ですが、幸福実感日本一の実現に向けた心身の健康の向上です。先程、総括監の方から挨拶をさせていただいた中にもありましたが、本県では、「県民力で目指す『幸福実感日本一』の三重」を目指しております。人が幸福であると実感する際に、健康状況や精神的なゆとりを重視しているという報告や、自分で健康であると感じている度合いが強いほど日常生活において充実感を感じている割合が高いとの報告があります。これは本日お配りしました冊子の調査にもあり、健康であることが充実感につながっているというようになっています。幸福実感度向上のために精神的な面も含めて県民の健康づくりを視野に入れていく必要があると考えております。

最後ですけれども、地域や職域など多様な主体との「協創」による社会環境づくりでございます。現計画の基本的な考え方でも示しておりますが、社会全体で個人の健康づくりを支えていくということを念頭におきまして、多様な主体との連携、三重県では「協創」と呼んでおります。こ資料 3 の方で出てきますけれども、「協創」を図っていくことによって、成果をあげていきたいと考えております。

また現計画の反省等を踏まえて、策定方針として 3 つほどあげさせていただいております。目的の明確化、国の新たな健康増進計画との連携、目標指標の精査などを方針として

定めて時期計画は策定していきたいと考えております。次期計画については別途説明をさせていただきますと思います。

なお、国の次期計画、健康日本21（第2次）については、7月10日付けで大臣告示がなされております。概要につきましては、お手元の参考資料1及び2を配付させていただいております。

国の計画の概要ですが、計画期間は平成25年度から34年度の10年間として、基本的な方向としましては健康寿命の延伸と健康格差の縮小、生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底など5項目をあげております。

三重県の時期健康づくり計画においても地域特性を十分に踏まえながら、国の計画との連携を図って計画の実効性や進捗管理をより確実に進めていきたいと考えております。

資料2の説明は以上でございます。

続きまして、資料3の次期計画の骨子案についても説明をさせていただきます。

この内容自体は前回の審議会で若干方向性などを示させていただいたかと思いますが、それを踏まえまして、本日は基本的な考え方、概要を説明させていただきます。

まず1番目ですが、基本事項でございます。本計画は三重県健康づくり推進条例、第8条に規定される基本的な計画であり、全ての県民が健やかで心豊かに生活できるよう、県民の健康増進の総合的な推進を図るための方向性や重点を置くべき取組を示したものでございます。また、健康増進法第8条に定められる都道府県健康増進計画として位置付けられるものであり、計画を立てることが義務付けられています。

次に計画期間でございますが、平成25年度から34年度の10年間と想定しております。これは国の計画と同じになっております。なお、目標設定後5年を目処に全目標指標について中間評価を行なって、取組のあり方や重点を置くべき課題を弾力的に見直します。

そして最終年度10年後を目処に最終評価を行なって、次の健康づくり計画に活かしていきたいと考えております。

そして大目標として2つ示させていただいております。「健康寿命の延伸」がひとつ、もうひとつが「心身の健康感向上に伴う幸福実感の向上」のふたつを目標として考えております。

健康寿命の延伸につきましては、高齢化の進展する社会において、県民の皆さんが日常的に介護を必要とせず、自立して心身共に健康的な日常生活を送ることができる期間を延ばすことが重要であると考えております。

また、県民が幸福感を判断する上で重視する心身の健康の維持向上を通じて、本県が全体で目指す幸福実感日本一の三重づくりを実現していきたいと考えております。

なお、二つの大目標の関係性については、全体の計画の構成を検討する中で改めて整理

をしていきたいと考えております。

続きまして、2 ページに移っていただきまして、健康にかかる状況でございます。

これは先ほど資料 2 で説明させていただきました「ヘルシーピープルみえ・21」の最終評価を改めてまとめたものでございます。

最終評価では 62%の項目で改善傾向が見られ、死亡率等、客観的な指標、健康の指標については改善傾向にあったものの、ストレスを感じたり、健康感を実感できない県民の方も多いという結果になりましたので、身体的な健康と共に精神的、社会的な健康感の向上を図る必要があると考えております。

次に 3 ページでございます。取組方針基本方針（特に重点を置くべきもの）ということで 4 点あげさせていただいております。

まず一つ目ですが、生活習慣病対策の推進でございます。がん、循環器系疾病、糖尿病などの生活習慣病は日本人の死因の多くを占め、さらには発症により日常生活に大きな支障を生じる原因にもなっております。その予防については食生活の改善や運動習慣の定着など、日常からの健康づくりが大きく貢献するものであり、引き続いて一次予防の取組を進めると共に、重症化予防についても重点を置いて対策を推進したいと考えております。これは高齢化の進展ということも踏まえての視点でございます。

また、県内では 60 歳以上において糖尿病と関係の深いヘモグロビン A1c の正常者の割合が年々減少しているというような統計もございます。糖尿病に関する動向について、特に注視をしていく必要があるのではないかと考えております。

二つ目ですが、メンタルヘルス対策の推進でございます。健康な社会生活を営むために、身体の健康と共に、こころの健康を保つことが重要でございます。現計画の最終評価においてストレスを解消できなかつたり、健康を実感できない人が減少していないということがひとつの課題として認識されております。この課題解決のためにも、こころの健康対策を積極的に取り組む必要があるのではないかと考えております。

また、大きな社会問題となっております、自殺率、自殺者の増加について本県では様々な取組を進めている結果、減少傾向を示すなど成果をあげているものの、年間約 400 人の方々がお亡くなりになっており、依然として高い数値でございます。その対策として、うつ症状の改善やストレスの解消などについても合わせて講じていく必要があるのではないかと感じております。

次に 3 つ目でございます。健やかで心豊かな生活の実現でございます。次期計画では健康寿命の延伸を大きな目標に掲げ、県民が生涯を通じて QOL を維持し向上させ、自立した日常生活をより長く営めることを目指しております。そのために各年代別の健康課題に応じて、ライフステージに応じた対策を進めていく必要がございます。

資料に、年代別課題の一例をあげております。児童ではむし歯の数が多い、若年層は朝

食欠食が多い、20代女性は痩せの傾向が非常に強い、30代、40代の男性は肥満の傾向が非常に強い、70代の高齢者の方は歩数の減少が特に激しいというようなことでございます。これは一例でございますが、これらの課題についてターゲットを絞って、対策を講じていきたいと考えております。

4つ目は、地域や職場など、多様な主体との「協創」の推進です。個人の健康づくりをそれぞれ取り巻く人々や団体みんなで手助けし、社会として健康づくりを推進するという発想、この発想は現計画「ヘルシーピープルみえ・21」にも取り入れられているところでございます。その蓄積を活用して地域や職場、関係団体など多様な連携によって、三重県では「協創」と呼んでおりまして、「協創」というのは私たちそれぞれが公を担う主体として自立し、行動することで協働による成果を生み出し、新しいものを創造することという、ちょっと漠然としていて分かりにくいのですけれども、連携を図って、それを成果にしていくとことを目指していきたいと考えております。

次に4ページに移っていただきまして、4ページでは各領域の取組ということで、示させていただいております。先ほど申し上げました、4つの方針、重点を置くべきものを踏まえて、これまで領域ごとで行ってきたものを横断的に整理して、4本の柱ということで取り組みたいと思っております。各領域の取組は現計画における課題などを踏まえて、引き続き推進していくと同時に大目標である健康寿命の延伸、心身の健康感向上に伴う幸福実感の向上を達成するために、各領域の取組の連携を図っていきたいと考えております。

また現計画と同様、領域ごとに目標指標を設定して取組を推進いたします。取組の進捗管理を確実なものにするため、数値目標の設定にあたっては年度ごとに把握が可能なデータを中心に設定することとし、中間評価、最終評価以外にも適宜進捗状況を把握することに努めてまいります。加えて、現計画において目標数値が多岐にわたっていたことから、目標達成度が分かりにくいという課題もございますので、指標数を絞ってピンポイントで実効性のあるものにしていきたいと考えております。それぞれの項目で指標例をあげさせていただいておりますが、こういうものを中心に今後どういう目標を立てるか詰めてまいりたいと考えております。

続きましては最後になりますが、5ページ目でございます。計画推進にかかる取組方針ということで、いままで説明させていただきました計画について、どのように進めていくかということの基本的な考え方でございます。

先程、基本方針で説明させていただきましたが、個人の健康づくりを取り巻く人々や団体みんなで手助けをして、社会として健康づくりを推進することを基本として、そのために多様な主体との「協創」の推進により健康づくりに関する社会環境づくりを推進していきたいと考えております。県の役割として、個人の健康づくりや地域や職域における健康づくりという目標に向かって積極的に参画しようとしている県民の方、これを「アクティブシチズン」と呼んでおりますが、その方々が力を発揮できるよう活躍の場づくりを積極

的に行なっていくことが県の役割ではないかと考えております。

その中で、健康づくりに関する環境づくりについて、「ソーシャルキャピタル」という言葉が出てまいります。「ソーシャルキャピタル」は、「地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会資本など」ということで、これを活用して取組を推進するという方向が最近示されております。

国の次期計画の中や、同じく7月に改正されました、「地域保健対策の推進にかかる基本的な指針」ということで、保健所と市町村、県がどういうふうに役割を持ってやっていくかというようなところの指針ですが、その中で地域の「ソーシャルキャピタル」を活用して住民の共助への支援を通じて、住民ニーズにこたえることが必要である、というふうに示されております。

この考え方は、社会全体で個人の健康づくりを支えるという「ヘルシーピープルみえ・21」の考え方や、県民の活動の場づくりを推進する「協創」の考え方と相通するものがあると考えております。そういったことから、「ソーシャルキャピタル」の活用という考え方を取組方針において充分活用できるように、今後三重県としての取組方針を考えていきたいと思っております。

資料に示させていただいておりますイメージ図は厚生労働省の保健対策検討会で示されたものですが、個人を取り巻くまず家族とか地域の方々、もしくは企業や団体、そういう方が連携して、人と人との信頼関係を基盤とした社会を構築していく中で個人の健康を支えていくということが示されているのかと思います。健康づくりに関して、このように重層的な連携体制を構築し、個人の活動を支えていくことが理想的ではないかと考えております。

以上、長くなりましたが説明を終わらせていただきます。委員の皆様におかれましては、各分野における昨今の動向や、最終評価の状況などを踏まえて次期計画に取り入れるべき視点、取組推進にかかるアドバイスなどをいただければと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

笠島会長

どうもありがとうございます。ただいまの報告につきまして質問あるいはご意見ありましたら積極的にご発言いただけたらと思います。いかがでしょうか。

中田委員

私は68歳で前立腺のガンが見つかったんですけれども、必死になって死に物狂いでグルグル回りまして、静岡のがんセンターへ行ったりして、三重県が相当進んでいるという実感を持ちました。現在、数値的には0.01でございまして、非常に感謝しております。そう

いう点、三重県進んでいるじゃないかという感想でございます。

これをまあ読ませていただいたんですけれども、うまくやっていただいております、感想の二つ目としましては、私の周辺を見ますと、脳卒中で半身不随が3人ばかりおります。町内に。そして私の弟の嫁の母親が寝たきり、98歳。そういうことで弟はもうそっちばかりやっているんですけれども、そういう状況で私も74歳で危ないというようなことになっておりまして、ここに書いていただいた健康寿命ですかね、やっぱり僕の母親は死ぬ直前は2,3時間で亡くなりました。それから爺さんは半日くらいで亡くなりました。ばあちゃんは寝たきりでした。

健康寿命と自然死をできるだけ一緒にする、それもひとつの方法じゃないかと。美杉の方へ行くと、畑で亡くなったりしているんですよね。非常に迷惑をかけないんですよ。自然の状態。ここで申し上げていいかどうかわかりませんが、実感として。自然死と寿命の間を縮める、そういうのも考えないといけないのではないかなと思っています。

絶対に寝たきりにならないという宣言をすとか、私はしないといかんとっています。脳卒中とか絶対ならないとか、認知症に絶対ならないとか。長寿がどんどん増えるのはいいんだけど、寝たきりとか皆に迷惑掛ける状況になったら、生きていても仕方ないと最近思ってしまうんですがいかがでございますか。

笠島会長

身近なところから例をあげていただきましてありがとうございます。おっしゃるとおりだと思います。ただ、その私の意見というのは、健康寿命と自然死との摺り寄せと言いますか、なるべく近い形が望ましいということがある一方で、おばあさんだったでしょうか、長い間寝たきりになった、そういった方達が生きてらっしゃる価値と言いますか、意味とかそういったものも見守ってあげられるような社会も必要だろうと感じております。なるべくそういった優しい視点で社会を見つめていくという方向で行ければなど、私は思っております。

馬岡委員

医師の立場から今のご意見についての感想ですけれども、延命治療の是非だと思うので、これに関してはちょっと公衆衛生の審議の場であるというよりも、これは国民のコンセンサスと医療界の方向性の問題になってくると思うので、ちょっと難しいかなと。

今の説明でお聞きしたいことが何点かあります。判定不能の「E」という項目が13項目にわたってありますが、この判定不能というのはどういう意味の判定不能なのかということが一つ。

それから、増加の改善傾向ということで「B」、変わらない「C」という基準がありますが、特に例えばパーセンテージで出ている場合に、例えば53%が54%になって、それを「B」

と判定していいのか、統計的な優位性の問題になってくると思うんですが、そのクリアーな改善もしくは不変という、基準はちゃんと担保されているのかということが2点目です。

それから3点目は、資料3の計画推進にかかる取組方針という5ページの図ですけど、介護保険も含めて、いま国も県も地域づくりということが多分ターゲットになっているのはよく分かるんですが、この図は介護保険で言われている図と非常に似通っていて、小学校区とか中学校区とか、そういう学校区を単位にして地域づくりをしていくような明らかな意図が認められていると思うんですけども、その中において行政の取組として、いわゆる地域包括支援センターの扱いの問題、介護だけじゃなくて若い者からあるいは障害者問題も含めて地域包括センターをもっと活発的に活用していくという意思があるのかなあと思っているんですけども、その辺りの取り扱いはどうなのかということとです。

また単純な質問ですけども、「志縁」というのは、造語ですか？「志」に「縁」というのは、こういう言葉が前からあるんでしょうか。それも教えてほしいなと思います。以上です。

笠島会長

以上の3点につきまして、事務局の方からコメントいただけますでしょうか。

伊藤主査

まず「E」判定の意味でございますが、計画の設定時に数値はあったんですが、その後に調査自体が途中で無くなったということで、比べるものが無くなったというものが「E」でございます。

そして2つ目のご質問ですが、それぞれの指標については、優位性を評価させていただいて、その中で判定をしており、逆に言いますと、その優位性がなかったものについてはここで言いますと「C」の変わらないとなっているいます。

4つ目は、「志縁」という言葉なんですけども、国の造語かと思われれます。私もあまり聞いたことのない言葉で、そのまま三重県の次期計画に入れていくというようなことにはなりにくいのかな、と個人的には思っています。こういう言葉については一度整理させていただいて、ちゃんと理解できる言葉でまとめさせていただきたいと思っております。

黒田課長

最後の「志縁」なんですけども、今伊藤の方から説明させていただいた通り、実は私もこれを見るのは初めてなんですけれど、その下に出典が書いてございますように、厚労省の地域対策検討会資料というところから引っ張ってきた資料でございます、ご存知のように「地縁」とか、そういう言葉がございまして、要するに地域での「縁」とかではなく、字の如くNPOとかボランティアとかそういった組織は個人個人が志してやっていこうという「縁」ということをこの字に表している、というふうに私は理解しております。従い

まして、造語といわれれば、このために作ったのか分かりませんが、あまり聞き慣れない言葉であることは確かだと思います。

それと先程ご質問ございました、地域包括支援センターなどを想定してということなんですけども、先ほどもご説明させていただきましたように、出典の資料が地域保健の対策のところから引っ張ってきておりまして、必ずしも地域包括センターを単位にするとか、そういったところは今のところは想定しておりませんが、あくまでもイメージということなんです。

地域包括支援センターは市町の中でいくつかあったりとか、小さい町ではひとつだったりとかするところがあると思うんですけども、ひとつはなるべく小さい単位というか、基礎自治体を中心にして地域ごとのどういった取組をしていくかというところがポイントだというふうには思っております。ですから、そういう地域包括支援センター、それは医療もあり、福祉もありというふうだと思いますけど、そういう考え方もあるかと思いますが、現時点では私どもはどうするということまでは、まだ議論は進んでおりません。

それと参考資料6において、「ソーシャルキャピタル」に関するものを付けさせていただきました。この「ソーシャルキャピタル」の意味も書かせていただいている中で、具体的にどうかイメージとしてももう少し分かるようなものということで、二つ事例としてあげさせていただきます。これは「ソーシャルキャピタル」ということをどちらかというところと健康づくりとか、そういったところを切り口にした取組が、こういう二つのところがあるということで、ひとつは「NPO みんなのクラブネットみえ」ということで、これは総合型地域スポーツクラブというのがいくつかあるんですけど、その中で「元気クラブいなべ」、もともとは大安町の方で有志の方が健康づくりをしていこうということで、高齢者の方が中心になって集まっていたり、いろいろな体操をしたり、ウォーキングをしたり、食事、それも体にいいものを食事したり、いろいろな活動をされているという事例が一つです。また「げいのうのまちづくり協議会」という、こちらも同じようにいろいろな取組をされています。

イメージとしては、こういう健康づくりをひとつの切り口にしてやっていくということで、特に「ソーシャルキャピタル」というのは、最近特に使われるんですけど、考え方としては以前から別に「ソーシャルキャピタル」という名前を付けて何か新しいことをということではなくて、前々からそれぞれの地域で取り組まれているということでございます。以上でございます。

笠島会長

ありがとうございます。馬岡委員、よろしいでしょうか。

それでは水谷委員どうぞ。

水谷委員

水谷でございます。3点ほどお伺いいたします。

資料3の3ページのところのまず1の生活習慣病対策の推進というところで、がん、循環器疾患、糖尿病など重症化も含めてとおっしゃられたと思いますが、その中の課題としてこの二つに絞られたのはなぜなのかということが1点。

それから4ページ目の1のところ、生活習慣病対策の推進というふうに書かれていて、生活習慣病というのをどういうふうに規定されているのか、ここでは目標指標例のところががん、生活習慣病、糖尿病の死亡率というふうにお書きになっていらっしゃると思いますので、これはがん、糖尿病を生活習慣病の中に入れていらっしゃるのか、何か特別な理由があるのかということ。

それからもう1点、3のところ、健やかで心豊かな生活の実現とお書きいただいております。とても大事なことだと思っておりますが、その中で心豊かな生活の実現ということに対する目標指標例というのはどのようなことがこの中で含まれているのかどうかということの3点をお伺いいたします。

笠島会長

これは伊藤さんでよろしいですか？

伊藤主査

まず1つ目ですが、課題のところ、2つ例示という形でさせていただきましたが、このふたつだけということではございません。代表例という形ですので、課題というのは年代ごとにおいても男女差においてもいろいろあると思いますので、それについては改めて分析をして、それについて対策を練っていきたくて考えております。

また、心豊かな目標指標ということで、心豊かというところは2つ目のメンタルヘルスにも入ると思うんですけれども、目標指標については、現在各分野ごとに指標案をまとめており、当然これだけではなくて、他の指標も含めて考えておりますので、いそういう視点も大事にしながら、絞ってまいりたいと思っております。

黒田課長

2点目の質問について、生活習慣病の定義はがんも入るのではないかと考えております。それで1のところの目標指標例、確かにがんと生活習慣病が入っているので、生活習慣病の中にはがんが入っていないんじゃないか、というそういうご質問だと思います。

確かにこちらの方で書いた時にその上のところのがん、循環器疾患、糖尿病領域というふうに書いてございますので、おっしゃるように生活習慣病の中にがんも含むということで、一般的にはそういう形だと思いますので、下の目標指標例のところについては改めて整理させていただきます。がんと循環器疾患と糖尿病の死亡率、そういったものを減少し

ていくということにしたいと思いますので、今後資料の方を直させていただきたいと思います。

笠島会長

ありがとうございます。いかがでしょうか。コメントがありましたら。

杉本委員

杉本です。基本的というわけではないのですが、幸福実感日本一というのは、県民全部で目指すみたいなことが書いてあるんですけど、誰が日本一というのを実感するのかということをお聞きしたいのと、資料1の29ページにありました県民意識調査の中の第1位が家族関係ということがありますが、これは今度の計画の中には入っていないのはどういった意味があるのか、すごく大事な事かなと思うんですけど。

こころの健康ということで、離婚率の問題とか、そういったことも含めてかもわかりませんが、家族とか友人関係で悩んでいると、やはり健康とか幸せというふうに思えないんじゃないかなという気はいたします。

先程、幸福実感日本一という中で、例えば全国調査みたいなのがあるのかということと、あなたは幸せと感じていますかと、今ブータンがブームという訳じゃないけれども、そういった中で各自治体でもブータンを目指せ、というところがあるかと思うんですけども、三重もそういった形なのかということの中で、じゃあ三重は幸せと感じている人が何パーセントぐらいいるのかということと、あと10年後にそれをどれだけあげていこうとしているのかとか、そういった指標というか考え方があるのかということをお聞きしたいと思います。

笠島会長

では課長、お願いいたします。

黒田課長

いま委員のご指摘にございまして、誰が実感するのかということにつきましては、幸せの幸福の捉え方というのは非常に難しいというか、個人によって当然違います。それで県の方で1万人アンケート調査をした時に、その1番目か2番目にもやはり健康ということが出てきますし、その中で委員の方でおっしゃいました家族関係とか、そういったところも上位の確か3番目くらいに入っていたと思います。ですから、そういう幸福実感とか幸せを感じるというのは、当然家族関係とか健康とか、そういったいろんなものを含めて充実しているときには幸せとを感じるということです。

ただ私ども、健康づくりの総合計画でございまして、健康を切り口にした、その健康はやはりこころの健康もありますし、身体的な健康もあります。両方、特にこころとか、精神的な健康ということであれば、家族関係とか、そういったところも含めた話にな

るかと思しますので、そういったところの健康を切り口に少しでも充実させて、それが将来的に幸せと感じる、幸せ実感につながっていくというふうに認識して取組を進めていきたいと思っております。これでご質問に対する回答になっているかどうかなんですけれど。

笠島会長

杉本委員よろしいですか。

杉本委員

日本一というのは多分スローガンだと思うんですよね。じゃあ2位はどこ？とか、3位はどこ？とかいうのはないかなと思うんですよね。そうなった時にじゃあ私たち三重県に住んでいて、三重に住んだら日本一と実感できるのか、そのへんがちょっと。

三重っていいところだね、とそれはそれですごくいいと思うんですけど、じゃあその実感する人がたくさん三重に住んでるのか、いや三重をよくしていきたいのかと、その辺のところなんですけれどね。

黒田課長

統一した幸せ指標というのは多分、私が知る限りでは、全国調査などそういう調査項目があれば、都道府県別の幸せ順位みたいなものをつけられるかと思うんですけど、なかなかそこは先ほどブータンの話にも出てきましたけれども、ブータンの生活をいまこの日本でやった時に日本国民が幸せと感じるかどうか、というのはまた別のこともあるかと思しますので、その地域地域によってその幸せの感じ方も違って来るかと思えます。

あくまでも先程もおっしゃいましたように、スローガンというふうに言われましたけれども、そう言われればそういうふうに、あくまでも三重県のいろんな取組を通じて幸せを感じるような日本一を目指していきますという、そういう理念と言いますか、ですからそこには今のところ指標で、例えば180万県民のうち、100万人が幸せを感じられるかという、そこまでは私どもの方もそういう調査は多分できないと思しますので、スローガン、理念というふうに考えていただければいいかと思えます。

笠島会長

どうぞ。

杉本委員

もう1点すいません。「ヘルシーピープルみえ・21」の目標指数がありましたが、結局それを目標に達したところとか、達しなかったところがあるかと思えますが、この目標というのは今後どのようにしていくのか、引き続きやるところもあるかと思うんですけど、その辺についてはどのようにお考えでしょうか。

黒田課長

説明の中にも少し触れさせていただいて、いま 140 の指標がありまして、説明の中では、資料 2 の 5 ページのいちばん下のところですが、目標指標の精査、策定方針の目標指標の精査というところがございます、その中にとり組状況の進行管理を確実にこなうため、年度ごとの把握可能なデータを中心に目標指標を精査するというふうに書いてございます。

先程、140 の項目のうち、途中でなくなったり、そういう数字も、そういう項目もございました。従いまして、もう少し管理ということも含めて分かりやすい指標に整理する、具体的にはまだ最終的にいつにするということは決めてないんですけども、だいたい今ある 140 を 60 から 70 くらい、半分程度に絞り込んで、絞り込んだからと言って、それ以外の外れた指標については必要ないということではなくて、70 なら 70 の中でそれ以外のところも読み込めるような数値を少し勉強させていただいて、数的なことと言うと半分程度に絞り込んでいきたいと考えております。

笠島会長

どうもありがとうございます。確かに継続性ということは重要だと思います。必要なもの unnecessary なものを選び分け、重要度の高いもの、優先度の高いものを継続的に追跡されるということを目指したいと思います。馬場委員どうぞお願いいたします。

馬場委員

杉本委員の方からおっしゃっていただいた内容とちょっとだぶっていますが、私自身も幸福実感日本一というのをどういうふうに計っていくのか、分かるんですけど、ただやはりこれをこの後 10 年間という単位で評価をしたり、それからそれがどのように推移していくのかということを検討するときに、何をもちょうそれが計れるのか概念的に分かるだけではないのではないかと思います、そこに関わる指標はいったい何なのかということがもう少し明確にならないと漠然としすぎていると、夢物語で終わってしまうのではないかと思います。そのあたりのところをもう少し詰めていただき、ご検討いただきたいと思いました。

それから各領域の取組というところで、この 4 つの領域が挙げられておりまして、考えられての領域だとは思いますが、その中でも私は食の分野に専門があるものですから余計に思うんですけども、やはり食生活、健康と食生活というのが非常に関連性がある、しかもその内容がただ結果的に体重で評価する、指標としてはいいのかもしれませんが、それだけではなくて、どのように食べていくか、またはバランスのいい食事とはいったいどういうものなのかというようなことがもう少し具体的に各ステージに伝わらないといけない、健康になるためにバランスよく食べることは大事ということは分かっている、けれどそれぞれのステージで、またはそれぞれの段階で、またはそれぞれの病気とかの進行の状況でどうしていけばいいのかということが具体的にもう少し示されていったり、また指

標の中にそういうものが盛り込まれていけばいいのではないかというような気がしたので、確かにあれもこれもというのは大変難しいということも分かります。140 もあった指標が多すぎてかえって分からないというご意見もあったりするのも分かるんですが、これからそこを絞り込みます時に、指標の立て方、また適正なものを選んでいくということ、これが大変重要かと思いますので、目先に囚われずこれから長い先のことまで考えて指標を考えていただきたいし、漏れなくと言いますか、いろんな分野を網羅していただきたいというふうに思いました。

笠島会長

私も同感ですけれども、課長コメントありますでしょうか。これにつきまして。

黒田課長

1点目の漠然としすぎて分からないというか、実はこの幸福実感日本一というのは、私どものいろんな施策を決めていく上での本当の基本になる総合計画というのがございまして、それが今年度から始まっております。そこの中の先程理念と申し上げましたけども、計画の理念になっているのが幸福実感日本一を目指していくということになっておりますので、私どもも健康福祉部の中で健康づくりという、さきほど申し上げましたように幸福のための重要な要素だというふうに私も思っておりますので、全てこの健康づくりをやれば幸せになれるかという、そういうことではないと思いますが、少なくとも非常に大事な分野だと思います。

先ほど、食の話もされまして、健康と言ってもこころの健康もあり、身体的な健康もあり、いろんなそういったところも総合して健康だというふうに思っておりますので、非常に幸福実感する大切な部分だと思っておりますので、ただなかなかそれを数値にしたりとか、そういったところは正直難しいなど、そういう意味で理念的なものにならざるを得ないということは考えておりますけれども、ただ数値になんらかの形でこれが伸びれば幸福が感じられるという、そういういい数値について、今のところではそこまでは議論に至っていません。

それと2点目の食が健康づくりにとって非常に大事ということは私も非常に認識しております。それで私ども当然こういう場でいろいろ議論していただきますが、それまでには例えば食の関係であれば、ワーキング的なものをしながらいろいろ議論をいただいているものをこの中に盛り込んでいくという作業もいま現在しておりますので、それぞれの分野の専門家の意見も集約して、最終的には計画の素案を作っていきますし、素案ができた段階でこういった場で議論していただきたいと考えています。

また、県民の方や専門家の方の、例えば栄養士であれば栄養士会と食改さんだとか、そういったところにも私どもの案を示してご意見をいただけるようなことも考えておりますので、またその際にはいろいろご意見をいただければと思っております。以上でございま

す。

笠島会長

はい、中田委員。

中田委員

僕は鈴鹿ですが、四日市へ行くと空気がちょっとおかしいんですけど、県をひとつに捉えるのも結構ですが、ローカルで桑名とか員弁とか鈴鹿、津、紀勢町、尾鷲とか、それぞれがどうなっているか、そういうのはなんか分からないんでしょうか。ここは県内で分けると一番ヘルシーなタウンというか、シティだとか、そういうのはどんなものでございますか？

笠島会長

健康意識調査でSF-8をやってらっしゃると思うんですが、その地域間の指標の格差が出ているかと思えますけどもいかがでしょう。

黒田課長

今回の調査が、一応1万人を対象にして、全て返って来ているわけでは当然無いんですけど、一応地域ごとのその数字は把握はしていますが、統計的に例えば、どこどこ市の数字でもってその地域がどうだというのは、統計学的には公表できるものは整理しておりません。

ただ、年齢別とか地域ごとのどれだけの回収があったというのは結果調査報告書にも書いてございます。回収率としましては、半分、50%程度ですので、ただ数字的に例えば桑名市であれば回収が188、半分程度の回収率ですので、その数字でもって、桑名市と例えば南の方の尾鷲市の回収の27人を比較してどうということを多分そこまでは私どもの方も実は分析はしておりません。

今の計画の「ヘルシーピープルみえ・21」というのは、市町ごとではないですが、「生活創造圏」と前は言っていたんですけども、例えば四日市とか、鈴鹿、亀山とか、そういう分類はしていました。今後、北部と東紀州地域の人口減少地域、中山間地域と言ってますけれども、そういったところはやはり少し整理はする必要があるんじゃないかという、実はそういう議論をしているところではございます。

笠島会長

はい、中山委員どうぞ。

中山委員

先程の中田委員の指摘は、非常に大事なことだと思います。いままでのヘルピーの時点ではその視点は入ってなかったはずですけども、今回の国の健康日本21（第2次）も一番最初に健康格差というのを縮小というのをもってきているんですよね。それを受けてこの方針ですか、この大臣告示の方針の中にも、都道府県は県内の市町の健康格差の把握に努めることというふうに書いてありますので、少なくともこの次の計画についてはやはりそういう視点はかなり重要になってくるんじゃないかなと思います。

それともうひとつ、私は津の保健所におりまして、津市民でもあるんですけども、おそらくいまの時点、今日この時点で津市民のいちばんの関心は、熱中症だと思うんですけども、津市の健康づくりの計画には熱中症のことも触れてあるんです。それは何が言いたいかというと、市町さんが作られる健康づくりの計画というのは非常に市民町民に身近で、具体的なことをしっかり書いてもらってあるので、それに加えて県がこの計画を作るといのは、かなりある意味ではひとつ間違えると、屋上屋を重ねることになるし、県の計画の意味というの難しい部分もあるのではないかなと思います。ですからその辺りを次の行動計画策定の時には、県計画は2年延びましたけど、市町の計画はももとのサイクルで結構もう先に策定が終わっているところもありますので、そういう市町さんがどういふふうな目標を定めてみえるのかということも県計画を策定する中で、斟酌していただければと思います。以上です。

笠島会長

確かに市町、そして県との関連性、あるいは大きな意味で国単位のものともどういふようなすり合わせをしていくかということが重要な課題かと思います。健康格差の問題、いま中山委員がおっしゃられた通りだと思います。

1点だけご指摘させていただきたいところ、これはむしろ実践というよりは、アカデミアのほうからのコメントということになりますけれども、先程だいたい5割程度の回収率ということでお話がありました。5割の回収率で、その市町の調査としてどれだけ代表性があるのかという問題が出てまいります。実際に問題を感じている方が積極的に回答するという傾向も出てまいりますので、その辺り十分な回収率を上げるような努力も一方が必要かなというふうに思います。その上で先程の中山委員からありました地域間の健康問題等も是非またご検討いただければと思っております。

羽根委員

もうひとつすごく概念的な話になってしまうんですけども、先程事務局から説明があったように、ヘルシーピープルの概念というのは、そのプリシード・プロシードモデルっていうのが、いわゆるヘルスプロモーションという考え方で進んでますよね。ここにみえてる各団体の方もそういった活動をされている中で、例えば特定健診でもそうですが、そこ

から落ちこぼれていく人たちをどうするかという概念をひとつ、各団体の方がいちばん困難だと思っていることだと思うんですけど、例えば杉本委員さんとか前回お話を聞かせてもらったりとか、今回でも自殺者が 400 という数字で推移している、減っていかないということは、いろんなことをやっても落ちこぼれていった方々が最終的には自殺とかいうところにいっちゃうんじゃないかと思うんですよね。

我々の世界でもどれだけ指導しても言う事を聞かないというごくマイナーという言い方はおかしいですけど、その少数のものも助けるという概念をやっぱりひと言、入れておいていただければと。考え方としてはやっぱり大多数のみなさんの背中を押していくという考え方なんですけど、その落ちこぼれた人も助けますよというひと言があってもいいのかなと、非常に概念的なことで申し訳ないんですが。

笠島会長

これはとても重要なご指摘だと思います。予防という概念には、よく学生にも言いますが、ワンツースリーであると、ならせない、病気にならせない、病気になったら早く治してあげる。そして不幸にして治らないと言いますか、そういう方をどういったフォローをしていくかという、この 3 つの視点が肝要かと思います。

ですから、1,2 のところは言いやすいわけですけど、3 のところは言いにくいということもありますので、あるいは計画の中に入れていくことは難しいかと思いますが、多分、県の方たちもそのあたりは非常によく考えてらっしゃると思いますので、特に私の方から具体的にというわけではありませんけれども、そういった視点の考えてらっしゃるところが具体的に出てくるようになれば、この委員会としてもありがたいかなというふうに思っております。これは私のコメントということで、よろしいでしょうか。

黒田課長

先程の少しご意見、お二人の方が委員からあった、ちょっとこちらの方からですけども、まず市町ごとのそれぞれやっていく必要があるという、私どもも市町ごとのところを全く捨てたわけではないんですけども、当然国の計画があって、市町の計画があって、その間が県の計画があるわけなので、いつもいろんな計画を作る時に県はどのような計画を作るんだという、健康づくりだけじゃないんですけども、そのへんの悩みはいろいろあります。

それで先程の中山委員もおっしゃったように、津市では既に今年度からスタートしている計画がありますので、その辺も含めてどういったものができるかというのは引き続き検討していきます。

それと健康格差に関しまして、健康寿命について県は市町ごとの比較もできる数字は持っておりますけれども、ただそれでもって、市町ごとの特徴、私が見た限りでは比較とかはなかなか言えない部分がありますので、そこは笠島会長や三重大のそういった専門の先

生方をお願いして、なんか言えるのかどうかということを相談したいと思います。

それと、羽根委員がおっしゃいました健康格差の問題でいけば、当然いまその健康格差というのは地域ごとの格差ということもあるんですけど、具体的に申し上げますと、所得が多いか少ないのと、例えばうつと精神疾患の関係を見た時に、いわゆる所得が少ない人の方がうつとか精神疾患は多いという相関関係は見出されて、何らかの関係はあるというふうに言われております。

ただ、もうひとつ突っ込んで言うと、その因果関係、所得が少ないからうつになるのか、うつになるから所得が少なくなるのか、そこまでは学問的に究明されていないというようなことはありましたけれども、いずれにしても、健康格差、個人個人のそういったところもありますので、健康格差や健康寿命については検討していく必要があるんですけども、どういう書き振りができるかどうかは、十分意識はさせていただいております。以上です。

笠島会長

はい、どうぞお願いします。藤田委員

藤田委員

その健康格差について私が思う意見を述べさせていただいてよろしいでしょうか。私はたぶん、羽根委員と全く逆の考えを持っていると思うんですけども、健康を維持するためには、やっぱり毎日の努力だったりとか、自分自身で結構切磋琢磨して日々を生きている人が多いと思うんですね。

例えば、私の父なんですけれども、76歳なんですけど、糖尿病になりまして、心臓の手術をしたり、それと腰が痛くて今歩けない状況なんですけれども、その父を見ていると、健康について全く配慮をしてこなかった生活を送ってきました。毎日たくさんお酒を飲んで、好きなものをホントに嘔まずに飲み込むようにどんどん食べる。そのような生き方をして今があるんですけど、いまもまだ社会に迷惑をかけているわけですよ。入院費がタダだから入院してやるみたいなの、そんなことを言ったりとかするわけですよ。

私は健康に気を使っていて、全く病院に行かないんですね。いろんな自分なりに勉強したりだとか、毎日の食べ過ぎないだとか、飲みすぎないだとか、運動をちょっとするとか、そういうのを続けて健康を維持しているのに、全く努力せずにたくさん薬をもらい、山のように薬をもらって病院にしょっちゅう行く。いま介護施設にもお世話になっているという、そういう人間の差ですよ。そのためには私は健康保険を年間何十万も払っているわけですよ。もうそれはすごく日々、感じることであって、どうしてこんなに頑張ってるわけでもない、自分自身のためなんですけれども、その人がたくさん健康保険を払って、そうじゃない、知識のない、怠惰な日常生活を送ってきた人が、たくさん病院に行って、薬をもらってという健康保険を、たくさんお金を使うのかというのが、ホントに納得いかない社会だなと思っているんですね。

でもそれは、私はいわゆる弱者というか、父みたいな健康に関して知識がない人を支えてきた社会に問題があると思うんですよ。ちょっと病気になったら、健康保険がありますよ。ちょっと薬をもらえば大丈夫ですよ。病院がありますから、たくさん病院を作って、たくさんお医者さんを増やして、なんとかやりましょう。というその社会が作ってしまった現状だと思うんですね。

だから何が言いたいかといいますと、幸福実感日本一とかもありましたけれども、健康に努力してこなかった人はそれなりにやっぱりお金を払う必要があると思うんですね。薬もすごく高かったり、病院もすごく高かったりしたら、自分自身でなんとかしようと思うんです。たぶん、良いものを食べたり、安くても体にいいものってたくさんありますよね。だけれども、安くて、いま簡単に便利で手に入って、それで知識がない人は添加物盛りだくさんのものを食べてしまったりだとか、農薬がいっぱい入っているものを食べてしまったりとか、知識がないためにどんどん、とにかくたくさん食べれば満足というような考え方で、それで病気になってしまう、病気になったら病院に行けばいいという、そういう社会がやっぱり問題だなというふうに最近すごく感じる事が多いんですね。

だからある程度健康というのは自分で努力するものであって、そのための例えば教育だとか、知識を子供の頃から、またはお父さん、お母さんにしっかり教えていくという、それは社会としてとても必要だと思うんですけれども、その薬や病院とかそういうところで支えるというのはちょっと違うような気がするんですよ。もう、自分の責任、自分自身で健康は責任を取りなさいと、ある程度切り捨てても私はいい世の中なんじゃないかなと思います。病院に行かない人はそれなりにメリットを受けてもいいのではないかなと思います。以上感想でした。

笠島会長

コメントありがとうございます。これについてはいろいろなご意見あるかと思えます。ひとつの典型的なご意見だと思うんですけれども、健康問題につきまして、自己の責任というところの大切さということを強調されるということ、それはそれで努力をするということを否定するものではなく、大事な事も含まれていると思えます。

ただ、健康を損なうための要因というのがどのように社会の中に分布しているかということも重要なものになるかと思えます。例えば、たばこが体に悪いということがわかっているとき、そのたばこの健康被害というものを、たばこを止められない意思の弱さというところにのみ、帰するというふうにするのでは、全ての健康被害を解決するということはなかなかいかないと思えます。では、たばこがなぜ分布しているのか、その分布を中ほどまで進むようなかたちに改善することができれば、社会全体の、これは私の意見ではありませんけれども、コストが減るということもありうると思えます。

いろいろな意見があるかと思えますので、藤田委員のおっしゃることも大事な視点のひとつ。ただもうひとつ、社会的な危険要因の分布といったところに、いかにして対応して

いくかということも大事な要因かと思しますので、ふたつの視点をぜひ、この公衆衛生審議会を含めて検討していただければと思います。これも私のコメントですので、いろいろな考え方があるかと思えます。

私のほうからのコメントですが、さきほど馬場委員のほうから非常に重要な視点、ご指摘があったかと思えます。

杉本委員も同様のご指摘だったかと思えますけれども、いかにして、主観的な要素、含まれる幸福度といったものを指標化していくか、しかしながら指標化しなければならないだろうというご指摘があったかという、これは公衆衛生にとっても非常に重要な問題だと思います。

思い返していただきたいんですけども、**QOL**という言葉が今日の資料にも出てまいりましたけれども、クオリティオブライフ、これは少し前までは、指標化するというのは非常に難しいというように思われてきました。メディカルアウトカムスタディという、これは広大なスタディがありまして、そこから**36**項目、一般的な項目を絞り込んできて、それを指標化してきた、これがいま世界的にもよく使われている、**SF36**というものなんですけれども、それがいまや、国の中の標準値、あるいは国の中での標準値というものができまして、集団のあいだで比較することもできるようになってきました。こういった経緯を考えますと、幸福度、日本一の幸福県と言いますか、非常に素晴らしいテーマだと思いますけれども、こういったものについても、いずれ指標というものが開発されてくるだろうというふうに考えております。

ですので、私どもの大学、あるいは今隣にいらっしゃる村本先生の大学でそういったことを開発していく役割があるかと思えますけれども、ぜひ、みなさんもそういったものの必要性、重要性ということを認識していただきまして、いまのようにご意見を出していただくということで、進めていただければなと思えます。非常に重要なご指摘だと思います。これが私のほうからのコメントであります。その他、ご意見ありますでしょうか。非常に活発なご意見をいただいて感謝いたします。よろしいでしょうか。

ここまでのところ、ご質問、ご意見、広く頂きましたけれども、そういったご意見も踏まえまして、議題以外のところで、ご意見、あるいは提案等がありましたら、承りたいと思うんですけども、いかがでしょうか。

中田委員　中田ですけれど、時々名阪で名古屋の方へ行くんですけど、非常に渋滞して、そして留学生に聞くと、四日市の名阪の近くで下宿していると、喘息になると言うんです。

私は言ったんですけど、500メートル以上離れたらどうかと。そしたら引越したんですね。そうしたら喘息が治ったと。こんな話でございますが、その公衆衛生と関係あ

るだろうと思うんですけど、高速道路が発展することによりまして、なんか局所的にそういう問題が発生しているように思うので、何かそういう感触はございますか。

黒田課長

それは体のことなので、公衆衛生というか、私ども健康づくりにも当然関係してくることだと思いますけれども、公害対策の部分にどちらかというに関わってくるのかなと思いますので、即答はしかねます。

会長 はい、どうぞ。

中田委員

私は昔から理科の教員をして、鈴鹿高校で。そして大気汚染、大気の流れを調べていましたら、ある方にも聞くと、国道のところから50メートル以内くらいは喘息になるよという、時々そういうニュースがあるわけですね。

中国の留学生が言うには、だけど日本のほうがきれいだと言っていました。天津よりはきれい。こっちのほうが。だけど喘息になったと。なにか象徴するような話でございますので、またね、ちょっと心に留めておいていただきたいと。

笠島会長

とても大切な指摘だと思います。三重県は喘息につきましては、大変な経験もしている県であります。その経験というものは、これからも活かされるべきだと思います。そのため、健康状態の地域による差異というものは、常にモニタリングしていく必要があると思います。そういうところで大きな差異が出れば、当然その原因というのが何なんだろうということさらには検討していく必要はあるかだと思います。それは、この県の問題というより、普遍的な公衆衛生の問題としてありますので、中田委員がおっしゃったことは、とても重要な観点からの指摘だと思います。

ご意見いかがでしょうか。ご意見と言いますか、先程ご提案等もというふうに申し上げましたが、こういった点、この際県にお願いしたいというようなことも含めましてありましたら、伺いたいなと思うんですけども、いかがでしょう。

馬岡委員、いかがでしょうか。

馬岡委員

印象に過ぎないんですけども、例えば先程の藤田委員の意見なんかだと、一方のご意見だと正直思うんですけど、現実にはそういうふうに考えておられる県民の方もいっぱい

らっしゃる。

この会議の中で出てきている内容とはちょっと違うかも知れませんが、いま我々が出ている公衆衛生審議会っていうものの役割って何かと考えた時に、この取組の基本方針を見ている、医療制度とか、介護制度とか、ちょっとそっちに足が寄りすぎてないか、いまの意見を聞いていても公害の問題とか、こころの問題も医療といえば医療なんですけれど、家庭環境の問題という話が出たように、そういう部分の軸足を忘れがちになってしまうのはいかんというふうに、いま実感していたところでございます。

笠島会長

とても大事だと思います。ワンツースリー、1, 2, 3それぞれ、討論すべきであって、2, 3のところだけではなくて、1番のところ、いかにして病気を防いでいくのか、発生を抑えていくのかという、そういった観点が大事になってくると思います。

羽根委員、どうぞ。

羽根委員

確かにこの審議会の在り方について、僕も非常に難しい点ではあるかなと思うんですけど、今日の中の次期の骨子案の中で、「協創」というテーマがあるという、ここへ我々が集まっているというのが、ひとつの、この中から、例えば時々いろんなところでお会いすることもあるんですけど、例えば歯科医師会と医師会の中で本当はもっとやっていかないといけないのに、できてない部分とかがありますし、当然、栄養士会さんとか、いろんなところももっと本当は協働していかないといけないんですね。この公衆衛生という観点から。

さきほど何回もお話されてる杉本委員さんのところでも、うちが結構虐待の問題とか、DVの問題とかにも関わってますので、それもいろんな要因に、成人ではないですが。本当はここへ来て、こうやって顔を合わせて、また県全体のことに対して考えるということも、この公衆衛生審議会の価値としては、みんな顔を合わせる、公衆衛生に関わった人間たちが顔を合わせるんだよということも重要な意味があるんじゃないかなと思いました。

馬岡委員

例えば、杉本委員が先程こだわられた、その幸せっていう実感のときに家庭問題の話がありましたけれど、じゃあそれを聞いたときに僕が真っ先にイメージしたのは、僕が担当している介護保険領域とか医療保険領域ですと、いま身近な問題として感じているのが、サービス付きの高齢者賃貸住宅ですね。まあ、体のいい姥捨て山と思うんですけど、そういうものを作ることを逆に政府がやってるわけじゃないですか。それと幸せであるということとはまた別問題という、明らかに区別できるようなものがどんどん入ってきて、それ

は昔よき時代の日本の隣のおばちゃんとか、町のおっちゃんという時代を理想とする回顧的などころがあって、やればやるほど、ちょっとこれは手に負えないかという、正直なところ思ってしまう部分がいっぱいある。

お金がないということもひとつだと思うんですけど、行政も我々も志は高くてもいかにせん弾がないというところもあるなど、どうしたらいいのかなど。何かいい知恵があったら教えてください。

笠島会長

それは私も実感をこめて感じている、その通りだと思っております。

私も母が介護の世話になっておりまして、非常につらい思いもしてきておりますけれども、ただ、いまの予算がなくなった、あるいは経済的に苦しくなってきたということもご指摘されましたけれども、いまそういった中で「ソーシャルキャピタル」ということが重要視されるようになったということは、ある意味必然性があるんじゃないかというふうに考えております。

私自身が健康になる、あるいは個人の責任において健康になるということが、それでもって、社会全体の健康を維持するには、なかなか困難な時代に来ていると。その関係性の中で、いかにして、健康を達成していく、あるいは幸せ QOL といったものを向上していくということになっていきますと、個人の問題から関係への問題、そこで、「ソーシャルキャピタル」ということがそこで強調されるのではないかというふうに思っております。

それは全て解決するとも到底思っていないんですけれども、いままで充分に開拓されてこなかった、あるいはもしかすると変質してかえって以前よりは悪くなって、先生、回顧的などころもあるんだけれどというふうにおっしゃったと思うんですけれども、そういう側面もあるかと思しますので、当面、そちらの方で、努力してみるのは価値があるだろうと私は思っております。

こういった問題、日本でいつの頃から出てくるようになったかということ、これは公衆衛生審議会でするので、お話するのを全く意味がないと思いませんので、言いますけれども、1990年代後半くらいからこういった問題が非常に大きくクローズアップされるようになってきています。90年代終わり頃、去年、ハーバードのカワチ先生に来てもらいましたけれども、彼らのグループが社会的な格差、経済的な格差が大きな社会というのは死亡率が高くなっている、横断的な研究でありますけれども出してきました。

もしかすると、一人ひとりの資質ということだけではなくて、社会の在り方というものが、健康に関与してくるのではないかと。そういうところからこの「ソーシャルキャピタル」の問題も可能性のひとつとして出されるようになってきて、今日に至っていると思います。

ですから是非、公衆衛生審議会では、個人個人の責任においてどうやって健康度を増すかということと合わせて、社会においてどうサポートしていくかということもやっていた

できればというふうに考えていまして、今日はとても両面の話が出てきて、意味のある会になったなというふうに思っております。

中山委員、しつこいようですが、是非先生のご意見を伺いたいと思っておりますので、お願いいたします。

中山委員

とにかくこの会議は、こういう健康福祉部がもっている会議の中でも条例設置ですから、いちばん重要な会議の一つなんで、そこでこういうふうな議論が真剣に交わされているということは、本当に意味のあることだと思います。

ですからそういうことと言えば、やっぱり年にもっと頻繁に、事務局は大変だと思いますけども、やはりこういう議論を年に何回も行なうことができれば、さらにいろんな立場の人たちが協働して進めていくというのが公衆衛生ですから、そういう顔合わせを、ホントに腹を割った議論が出来るというのがいちばん大事なことではないかなと思います。

笠島会長

社会の組織的な努力で健康をつくっていくということが公衆衛生の大事な面かと思しますので、こういう議論ができたということは、今日とても成果があったなというふうに考えております。

ただ、行政の方たちの、それこそ組織を具体的な形にしていく、そういったプロセスも、これはなくてはなりませんので、今日、こうやってコメントを出したということが県の事務局への提言の一部として捉えていただけるとありがたいなと思っております。

中田委員

ひとことだけ、やっぱり資料を作るかは大変だと思うんですね。死に物狂いでやってみるんじゃないかと思うんですけど。

ですからこういうのなしで、まあ1枚くらいは要と思うんですけど、1枚か2枚くらいなので、一回気楽にやるのもいいんじゃないかということで、会議ではなしに、なんとか情報を共有のためカンファレンスでも何でもよろしいんですね。そういうのも一回くらいやっていただいたらと思います。以上です。

笠島会長

ありがとうございます。はい、杉本委員どうぞ。

杉本委員

杉本です。私、家で無農薬の米を作ってるので、食ということ、栄養ということに関しては、すごく前から思ってたんですけど、今回の目標指数の中でも米と野菜と魚がぜんぜ

ん届いてなくて、むしろ減少しているというような結果も出ている中で、昔からの日本の食というのは、忘れ去られていて、それを戻そうとしているんだけど、それが全然そうになっていないというようなことは、すごく危惧しています。

朝ごはん食べましょうということもなかなかみなさん朝ごはん食べない。実際朝ごはんを食べてる子にしても、一人でぽつんと家族と別の食事をしてたり、夜もそうなんですけど、そういう中で、本当にところが穏やかに育つ子供ができるのかなという中で、なかなか今の社会情勢の中では難しいかも分からないんですけども、週に何日かは家族団らんの日を設けて一緒に食事をしましょうね、温かい食事、お母さんの作った愛情のこもった食事を食べるということが、子供のころと体を作っていくということがすごく大事で、いろんなところの問題を起こすお子さんというのは、孤食で肉ばかり食べているとか、自分の好きなものしか食べてないというようなことを聞きましたので、やはり家族での愛情のある食卓を、それが全て栄養になると。

ただ単に野菜とか肉を食べたら、たんぱく質がどれだけでとか、そういう栄養素だけの問題じゃなくて、僕はそのがんでも生活習慣病といわれていますが、免疫力を高めるような食事の在り方というのが、これからは大事になってくるので、やっぱり旬のものをすぐ食べる、愛情のこもった食卓で食べるということが、免疫力を上げて、がん対策にもつながっていくかなと常々思っておりますので、そういったこともこれから議論、お話もできたらいいかなと思います。今日はありがとうございました。

笹島会長

市川委員どうぞ、お願いいたします。

市川委員 今、杉本委員が言われましたが、私はただ栄養、食生活のほうに一生懸命になっておりましたが、今年の6月に母が93歳で亡くなりました。本当に2月まで、一人で生き、一人でなにかもやっていたんですけども、ポンとなにかしら脳梗塞になって、そのままおとなしく寝ていて、静かに息を引き取りました。

そう思っていましたら、もう2年ほど前なんですけれど、嫁がまだ43歳なんですけれど、大腸がんになりまして、毎年必ず人間ドックに行って、検査をしたのに、大腸がんの検査が内視鏡の検査ですか、それがちょっと大変だから毎年何もないんだから、今年はやめようという先生も言われてやめたんだそうです。そしてその明くる年に行ったら、もうステージ4まで進んでる、大腸がん大きくなってる。それを手術したら、転移しなくてもいいのに転移をして、今もう肺と肝臓と卵巣のほうにまで転移して、体じゅうボロボロのような状態なんですけれど、本人はものすごく一生懸命なんです。

それは中学校1年生の子が長女で、小学校2年生の男の子がふたりいるんですけども、その子達を置いて死ななきゃいけない。それをいろんなことを考えているんですけども、食事は悪いわけでもなかった。私が殆ど作っていて思ってるんです。というのは、和食で、

昭和 30 年代の後半のような、ほんとに粗食な食事をやっておりました。他にすること、ほとんど悪くなかったのに何が悪かったんやろうと今考えているんです。

そういうようなことを考えると、ほんとに人間って、なにがどこでどうなるのか分からないんですけども、ここに書いてあるように、わくわく育ち、いきいき暮らし、安らかな人生を全うすると、ほんとにこの半年間でいろんなことを思い出しました。

今、その嫁は九州まで先進医療で注射だけしてもらいに行っていて、少しでも延命治療のようなことを 2 週間おきに行っているんです。それも私たちが付いて行ってやろうと言うんですが、ふらふらしながらでも自分ひとりで行く。気遣いは嫌だからというので、自分ひとりで行って、その日のうちにとんぼ返りして、帰ってくるんです。そして家で生きることに一生懸命です。

そういうことを考えると、ほんとにこの公衆衛生というか、生きるための、この地域環境を整えるとか、ほんとに全てのことでいろんなことを考えていかないといけないなとつくづく思います。皆さんのお話を聞いていて、ああ、それもして欲しい、これもして欲しいと思いながら、もうちょっと早く、なんてそんなふうなことを考えます。余命いくばくかと言われているその嫁をたとえ 1 日でも延ばすために、何をどうしたらいちばんいいのかなと。

一番上の外孫が、今年三重大の医学部に入って、おばちゃん治したる僕が、もうちょっと生きとって、なんとかして治してやると言っていて、今年三重大に入りました。それから下の子供が、お母ちゃんできないけど、おばあちゃんがお弁当作ってくれるで、おばあちゃんのお弁当美味しいわと喜んで食べてくれます。そんなふうなことを考えてると、ほんとに食とか医学とか、いろんなこと、いま、いっぱい考えさせてもらってます。

どうもありがとうございました。

笹島会長

ありがとうございます。いま市川委員のおっしゃった思いというものを是非事務局のほうで取りまとめさせていただきまして、今後の公衆衛生につきまして、反映していただけるよう、希望いたします。

これまで出てまいりました、他の委員の先生方からの貴重なご意見、非常に強い関心を持って、考えさせられました。ぜひ、本日のご意見、それから質問等を提言のひとつとして、取り上げていただきまして、事務局で取りまとめいただければと思います。

それでは時間もだいぶ、迫ってまいりました。事務局にお返ししたいと思います。よろしく願いいたします。どうもありがとうございます。

司会

笹島会長、どうもありがとうございました。本日の審議内容につきまして、次期健康づくり計画への反映や、施策立案に活用できるよう、努力していきたいと考えております。

なお、今年度の審議会開催予定について、ご報告させていただきます。本年度は、説明申し上げました通り、各種計画の策定を行なうため、10月から11月に次期審議会、年明けに第3回の審議会開催を予定しております。

次回審議会の日程につきましては、改めてご連絡申し上げますので、その際はどうぞよろしくお願いたします。これにて、公衆衛生審議会のほうを閉会とさせていただきます。

本日はどうもありがとうございました。