

平成19年度第2回三重県公衆衛生審議会 議事概要

日時：平成20年2月4日（月）

10:00～12:00

於：三重県栄町庁舎4階研修室

出席：委員19名（別紙のとおり）

1. 健康福祉部医療政策監挨拶（省略）

2. 事務局紹介・委員紹介（省略）

3. 審議

【横山会長】 本日の審議会では、三重の健康づくり総合計画「ヘルシーピープルみえ・21」の改定について、医療制度改革の流れを踏まえてあらたに追加することとなったメタボリックシンドローム関連の指標について、適正な目標値としてどれくらいの値を設定したら良いか、また、設定した数値目標を達成するために、どのような取組が今後必要となるか、大きく2つのポイントで皆様のご意見を頂戴したいと思います。

【事務局】資料1から4まで説明（省略）

【横山会長】 まず議論の1つ目として、ヘルシーピープルみえ・21に新たに追加する11の指標、その目標値などについて、ご意見、ご質問はいかがでしょうか。

【中山委員】 新たに追加する指標の中の特定健診や特定保健指導の実施率などについては適正化計画との整合性を図るとされているが、適正化計画にも同じ数値が記載されるということで良いのでしょうか。また、そちらの議論の状況はいかがか。

【事務局】 様々な保険者が今後特定健診・特定保健指導を実施しますが、これまでの実施率は、例えば老人保健事業の基本健康診査は県内で約45%、実際行われている保健指導は必ずしもそれほど多くはない状況であり、また、政管健保や健保などは環境も異なり少し高めになっています。そういうことを踏まえて全体の平均を考えたときに、三重県内の保険者全体にかかる特定健診の実施率は70%、特定保健指導については45%に設定させてもらおうということになりました。保険者によってはより高い目標値となるところもありますが、それぞれの保険者が特定健診等実施計画で目標値を定め、それを医療費適正化計画の中に反映させていくということでご理解いただけたらと思います。

【庵原委員】 資料2の8ページにある新規追加指標にかかる目標値の書き方について、「10%減少させた後の値」等の一言がないと、一般の人には理解しがたいと思いますのでその点の修正をお願いします。

【事務局】 数値の考え方については委員ご指摘のとおりだと思います。資料2につきましては、本審議会の説明用に追加したものであり、議会や一般県民向けには資料1を用いて説明させていただきますので、ご了承ください。

【横山会長】 資料1の6ページで“ 目標値10%減少 ”と書かれていますが、例えばベースライン値24.8%で目標値10%減少の場合、14.8%にするのではなく、2.48%減らして約22.4%にするということだと思いましたが、 を読んでもわかりにくいという印象があります。

【伊藤昌志委員】 たくさんの数値を改善させるためには、特定健診実施率と特定保健指導の実施率のベースがあがらないことには大きな効果は得られないと思いますし、企業ですと労働安全衛生法に基づき10数年前から健診実施率100%を達成しているところがたくさんあるような状況ですので、ヘルシーピープルみえ・21が効果をあげるためには健診実施率の目標値は100%に設定するくらいの意気込みが必要ではないかと思います。結果平成24年に達成率は低くなると思いますが、実施率は100%が本来の目標値だという情報発信を県から市町へしていただくと、もっともっとやろうという意識が芽生えてそれが各項目の数値達成につながっていくと思いますので、個人としては1%でも高い目標値にしていただけたらと思います。

【庵原委員】 目標値の設定には、実現可能な目標値を出すのか理想の数字を出すかで違ってきます。一般的にこのような健康対策に関しては実現可能と思われる数値を出すのが現実的であって、あまり理想の数字を掲げるべきではないと私は思います。

【米澤副会長】 栄養士会の立場から申し上げますが、やはりどこまで努力できるかという目標がなければことは進まないと思います。マンパワーの問題もありますが、例えば特定保健指導を保健師、管理栄養士等で進める場合でも、とてとても目標値100%なんて言ったら、やる前にこれはできないと息切れしてしまうと思いますので、どこまで皆がそこまで泳ぎきれるかという数字が妥当だと思います。私とすれば70%という数字が適正かどうかについては、これも厳しい数字かなというのが率直な印象です。

【伊藤委員】 私はヘルスケアトレーナーという立場で19年度に各市町で試験的に特定保健指導を担当させていただきました。保健指導の対象者にお越しいただいたのは10%に満たないもので、なかなか企業のように半強制的にお越しいただくのは不可能だと思います。ただ指導に携わってみて、各市町の保健師さんの間に意識の面で開きがあるのではと思いますので、目標値は実現可能な数値にして、プラスアルファとして社会全体で少しでも意識がつながるような表記を入れていただければすごくありがたいと思います。

【事務局】 この数値につきましては、70%と45%が妥当かどうか疑問もあります。ただ、繰り返しになりますが、70%というのは、現在老人保健事業の基本健康診査実施率が三重県で45%くらいということで、これを70%まで上げるには、伊藤委員ご指摘のとおり広報

活動も含めて重要性を伝えていく必要があると思います。また、保健指導につきましては、一番難しいのは保健指導を受ける環境をどうつくるのかということだと思います。例えば企業に勤めている方で健診の結果、腹囲 85 cm、コレステロールや血圧も高いということになれば当然 3 ヶ月から 6 ヶ月の保健指導を受ける必要がある、それを企業の中で受ける環境をどう作っていくのか、土日に受ける環境をつくるのか、栄養であれば夜間や土日に栄養ステーションというようなものを開設できるのかなど、いろんな意味で社会全体の中で単に医療機関にかかるだけでなく保健指導をできる環境をつくっていかないと絵に書いた餅になってしまうので、そのための環境づくりをあらゆる側面からやっていかないといけない。今までずっと保健師さんを中心に様々な行動変容を含めた保健指導がされてきましたがなかなか改善されない状況をどうしていくのかが今問われていますので、この委員会の中でもアイデアがあったらお願いしたいと思います。とりあえず 70%と 45%につきましては、国の参酌標準と三重県の様々なデータを含めると、これより低くする根拠もないし高くする根拠もなかなか見当たらないので、毎年実施状況を十分把握しながら、今後この審議会の中で検証していただきたいと思います。

【横山会長】 例えばメタボの該当推定者数約 25%を 1 割減らしたいとなると、25%の人に今言った受診率と指導率をかけると大体 3 分の 1 で 8%です。そして 8%の人に介入してそのうちの 4 人に 1 人あるいは 3 人に 1 人くらいが改善しないと実際この数値は達成できないということです。特定健診、特定保健指導も結構ですが、それだけでこの目標値が達成できると思っていたら大きな誤りだと思います。まず一つは医療機関にかかっている人たち、それから健診にひっかからない人たち、こういった人たちに対するケアをどうするかということを総合的にやらないと、あるいは社会全体としての例えば“ 食べすぎはだめ ”といった雰囲気がないと、実際目標をいくらたててもメタボを 1 割減らすというのは絵に書いた餅に終わる気がします。

それから、議論の中で気になったのが、職域の健保組合の受診率は非常に良いといった理解がされていますが、一つは配偶者が健保組合では基本的には捕捉できず、労働安全衛生法の適用でないので強制的に受診させられないという問題があるのと、それから政管健保で実施している零細企業、小規模事業所をどうするか。そういう意味では職域であってもそんなに簡単でないということをご理解いただけたらと思います。

【尾辻委員】 私もホンダに勤めておりましたが、当然従業員は 100%受診されるわけですが、主婦健診という形で配偶者に対する健診も健保で請け負って実施していましたが、それでも受診される方は 5 割あるかないかで、そういう機会があっても受けられない方が多いですから、働いているからというところで一律には考えられないのかなという感じがします。

【松本委員】 総合計画などで最近是指標を軸に計画の推進状況をチェックしていくといった体制がとられています。私自身、いろんな自治体と評価に関してかかわらせていただいています。先ほど目標値に関するご議論がかなりありましたが一番重要なのは指標の趨勢だと思います。単年度単年度の数値が上がった下がったに影響されがちですが、最も

重要なのは指標をためていくということです。3年間の指標がたまった、5年間の指標がたまってきたというところで、着実に右上がりなのか、下がっているのか、そちらを重視する姿勢に留意していただければと思っています。特にアウトプットではなくアウトカムに近づけば近づくほど、外的要因に左右されやすいという宿命を指標は持っていますので、指標の趨勢に是非注意するようにしてください。これは今後議会や県民の皆さんに広報していく際にも、指標をどう活用して三重県健康増進のための体制をつくっていくかというところに関わってくると思いますので、例えば目標値だけを具体的な数値であげるだけではなく、もっとわかりやすく上げていくことを目指すのか、下げていくことを目指すのか、そういったわかりやすい表示も必要ではないかと思います。

それから目標達成に向けた方向の話になりますが、資料1の13ページに主に実施する主体を5つに分けておられますが、誰かがすれば良いといった当事者意識が薄れることを回避するためにもこのような主体を出したということは非常に良いことだと思います。ただ、青森県や東海市などでは役割分担図というものを作って、目標値をあげた際に県だけが努力するものではないんですよということをストレートに見せるために、どこの主体がどれくらいの割合で責任があると思うかということを示す数字で見せるということをしています。三重県の場合13ページで主体ごとに丸がふってありますが、どのようにふっていったのかその経緯を聞かせていただければと思います。

また、市町と学校が並んでいますが、これは学校が市町の公立だけでなく民間の学校もあることもふまえて特出しされたのか、それとも県が働きかけをおこなっていくうえで意図的に学校だけは特にということを出されたのか、考え方の整理を教えていただければと思います。

それから努力する主体ということでは、個人・家庭は欠かせないところだと私は思いますが、例えば先ほどの議論にあった受診率を上げるということについても、個人の受診者がどうとらえるかということも大きく関わりますので、外からの働きかけを行えば指標が上がるかといえはなかなかきついですので、実施する主体であればこれで良くて努力する主体としては個人・家庭は欠かせないものだということ、あえてストレートにメッセージとして発信することも検討の余地があるのかなと思っています。また、時間の都合で仕方がなかったとは思いますが、目標設定をする場合、特に個人家庭までいくとしたら、団体や学校、市町に対する丁寧な動機付けと、動機付けを高めようとする目標設定でどこまでかませていくかをセットにしていく必要がありますので、今後丁寧に説明していただく方が良いかと思っています。

【事務局】 今松本委員から様々なご指摘がございましたが、まず主に実施する主体については、平成17年にヘルシーピープルみえ・21の中間評価を行いました。93指標について毎年毎年の数字だけでなく傾向としてどうなのか評価させていただいて、その評価を受けて県が主体というより様々な団体や、もちろん一番の中心は個人であり家庭ですが、それらの様々な主体を中心にどのようにしていこうかということが一番大きな中身となっています。その中で、様々な領域ごとの取組方向を書いています。これは県だけでなく、市町であるとか学校についても、中間評価結果を受けてこういう部分を主体的にやってみようという書き方をさせていただいておりますので、今回もメタボリックシンドロ

ームや糖尿病について、それぞれが主体的にこういう部分を認識して取り組んでいただきたいということで、このような書き方をさせていただきました。

2点目ですが、それぞれの市町や保険者、団体等に細やかに意見交換をしたかと言うと、そこまではいいません。例えば乳幼児を持つ家庭への食育支援などは、市町や保育園などの役割が極めて大きいので、今までの食育の取組も含めてもっとこういう部分をやっていかないと成人になってからの予防は難しいといった意見交換が大事だと思いますが、十分な協議はできていません。

それから学校を特別に入れたのは、一つは市町が実施主体でない学校もありますし、それからやはり小さい時からの生活習慣の予防は、学校現場でのきわめて大きな役割がありますので特出しした部分もあり、食育基本法が制定され学校現場において栄養教諭が配置をされることになりましたので、それも含めて学校自体が子どもたちの生活習慣に対して果たす役割は特に大きいという意味でここに学校を入れさせていただきました。

それから個人や家庭を入れたらどうかという指摘についてはおっしゃるとおりだと思います。これは現状を十分に伝えながら様々な媒体や機会を通じながら個人や家庭の健康は自分達でつくっていただきたいと、その中心はみなさんですよということは、あらゆる機会働きかけをしていきたいと思っています。

十分な議論をつめない中で今回の追補をさせていただきますので、策定したら終わりではなく、様々な機会にこのような取組をあらゆる団体で進められるような環境づくりを県として一生懸命進めていきたいと思っています。

【前田委員】 先ほどから29市町の温度差という話が出ていますが、対象者の前に、担当していただく専門の医者や保健師、管理栄養士の温度差が実際実施していくとなるとすごく問題になってくると思います。今日いただいた資料ではまだまだ行政体そのものに認識が伝わっていないような気がしますので、県から強い指導をしていただく必要があると思います。それと、健診に関しまして費用は確立しているのでしょうか。

【事務局】 マンパワーの問題についてはなかなか確保が進んでいない状況ですが、各市町の国民健康保険の対象者については市町の保健師さん等で何とか対応できるだろう、問題になるのは被用者保険の部分ですが、アウトソーシングというかたちで民間にできることは民間でということで確保しようと進めています。それから費用の面について、40歳から74歳までの方の健診につきましては、法定義務ですので国が3分の1、県が3分の1、残りは保険者が負担するという費用分担になっています。

【垣内委員】 今前田委員がおっしゃった各市町の温度差についてですが、温度差というよりも対象者の数、母数によって市町の保健師や管理栄養士が悩んでいるところです。何とか自分達の住民の健康を守りたいということで非常に熱心に取り組んでおります。母数の違いによって、目標値の決め方とかアウトソーシングの仕方とか随分差がありますので、温度差ということではありませんのでお願いします。

【横山会長】 それでは目標数値について最終的に議論をまとめていきたいのですがいか

がでしょうか。

【庵原委員】 これが理想的な目標ではなく現実的な目標で、国が出している目標と一致しているならば、これでいかざるを得ないのではないかというのが私の意見です。ただ基準となるのは平成16年であるということをはっきりさせておくことが大切です。何年度の基準をベースにして何パーセント減少させるというのがWHOの公衆衛生の目標設定の仕方ですから、ベースのところをずらさないようにという点だけをはっきりしていただきたいと思います。

【横山会長】 目標数値の設定にあたって、適正化計画との関連で検討されていると思いますが、医療費を下げるための対策として、医療資源や社会資源を投入していったほうが本当に医療費が下がるんだというところの根本的なところは議論としてクリアされているのでしょうか。例えば県として全体を見たときに、メタボを減らせば医療費が下がると、県や市町がもっているリソースは限られていますから、一生懸命メタボ対策に取り組んだ結果、当然他の部分は活動時間が減りますが、そういうこと全てを総合的に評価しても医療費は下がるという考えまでいっているのでしょうか。

【事務局】 今回の医療費適正化計画によって医療費が下がるかどうかわかりません。ただいくつかの要素を入れて見ていきましょう。一つは高齢化がどんどん進んでいき生活習慣病がふえてくる中で、糖尿病であるとか高血圧をもっている方の数、一人当たりの医療費であるとかをふまえながら、対象者数を下げていくと。例えば透析の新規導入率を下げていけば、今年間三重県で恐らく二百数十人くらいは糖尿病疾患に伴って新たに透析を導入される方がいますが、そういう方を例えば10%、20%くらい少なくすると、年間50人から60人くらい導入が減りますから、透析を導入した場合一人当たり年間300万円もしくはそれ以上費用がかかりますので、そういう意味においては個別のものをとればそれによって医療費が下がったり、当然医療費が下がるというよりはQOLをあげていくというのが本来の目的ですので、個々の部分にとっては、恐らく一步一步やっていけば適切な医療にはなっていくだろうとは言えるんですけど、例えば特定保健指導をすることでかなりたくさんマンパワーがいるわけですから、トータルを含めた社会資源のコストを含めればどうなるかというような課題もあります。例えば医療費適正化計画の中では療養病床を削減していくことになっていて、三重県では4,500くらいの療養病床を2,500から2000弱にまで数を減らしていくわけです。そうすると、今医療保険で持っている月々のコストと介護保険が担う部分と約10万円くらい差がありますので、今回国が示した計画というのは、医療をあまり必要としない方が医療や介護療養病床に入っている、それを老人保健施設や特別養護老人ホームへ移していけば、差額としての10万円が毎月毎月全体の医療費から下がるというのが今回の考えなんです。けれども逆に言えばそれだけの人たちを介護という側面でケアをしていくとしたら、当然ながら市町の介護保険料を上げざるを得ないとか、介護資源そのものを増やしていかなければいけない訳ですから、そう考えると本当に医療費が下がったのかどうか、適正化となったのかどうかはわからない訳で、非常に今回の医療費適正化計画そのものが荒っぽい理屈の中で進められていると私自身は思っています。

ただ、今まで三重県も含めて、医療費という側面で全体を見たことはなかった。当然ながら国保であるとか様々なところが毎年毎年、国民健康保険に関わるような医療費がどうなっているかというところは出していますが、ではそれを三重県全体や市町の医療費全体を見た中でどこに問題点があるのか、例えば市町が医療費分析をして、どうも自分達の市町は糖尿病罹患率がそんなに多くはない、けどよく分析してみたら透析に上がっている数が多いとしたら、一番の課題は恐らく適切なかたちで保健医療支援を行っていない、だから重度化がおこってくるということがわかるわけです。そういう意味では医療費を下げていくことが本来の目的ではなくて、適切なかたちで医療がなされていながら、住民そのものの受診も含めて全体としてよくわかるようにするのが一つの基準といいますか、今医療費がどう動いているのか、全体としてどうなっているのかということ、県単位で考えたり市町単位で分析をしていくということが重要なことかなと思いますので、制度設計自体は荒っぽいと思いますし、本当にどうなるかというすごくラフなパラメーターになっていますので、限界性をわかりながら、しっかり分析もしてそれを皆さんで協議をしたりもう少しこの部分は予防が重要であるとか議論していければ良いかなと思います。これについては2年、3年した段階で見直しという話も出ていますので、今後計画を動かしたり議論する中で、トータルとして予防であるとか介護であるとか医療がどのようなバランスの中で行われるのが良いのか、三重県全体として望ましいのか、そういう部分をこれから考えていきたいと思っています。

【横山会長】 それでは数値目標については事務局案のとおり、今後数値の見直しあるいは総合的な検討も含めてやっていただくということで、次の取組の話に進みたいと思います。

【庵原委員】 糖尿病には1型2型の2種類があります。1型というのはインシュリンが絶対必要という、メタボには全然関係ない領域の病気です。小児期に発症した1型糖尿病の方は、年齢の高い方だと50才くらいになっているんですが、そういう方とメタボと同じように扱ってしまうと、その人たちが、あんたは食べ過ぎてこうなったんだろうという、社会的に非常にプレッシャーがかかります。何らかの形で1型と2型の糖尿病は異なるということを明らかにするようご検討をお願いします。

【事務局】 まさにそのとおりだと思いますので、注釈をつけるなり説明をしっかりと公表したいと思います。実は医療計画も1型と2型を区別しないで作っていますので、継続的にインシュリン治療が必要な方は肥満に関係なく適切な医療を受けてもらうことが必要ですので、しっかり整理をして記載させていただきたいと思います。

【中川委員】 先ほど学校での取組についての話がありましたが、私は現場におりまして小さい頃からの食生活がすごく大切だと感じています。その中で、先ほど社会全体の中で環境づくりを考えていかなければいけないというお話が出されていましたが、保護者の働く方法によって、夜遅いとかおうちでごはんを食べたことがない、スーパーで買ってきた食事を毎日お金をもらって食べているという姿、そういう現実が学校の中にはありますし、

それから保護者の考え方や生活のリズムがありますので、子どもたちに健康教育が必要ということはすごく感じているんですが、なかなかそれを実現するのは難しいということを感じています。それと、メタボがテレビや新聞で随分出ていますので、生徒自身が「お前メタボや」とか言いますので、人権問題としても子どもたちに教育していかないと、肥満の子どもたちが本当に肩身の狭い思いをするのではいけないので、その役割も重視していく必要があると感じています。

【横山会長】 時間の都合もありますので取組の方向性の議論はこのあたりで打ち切らせていただきます。今まで出された意見については事務局でとりまとめていただきたいと思います。

【事務局】 資料5説明（省略）

【庵原委員】 代表保険者が社会保険事務局になるとのことですが、社会保険庁はもうすぐ解体されます。社会保険事務局もつぶれないかと心配してしまいますが、見通しはいかがでしょうか？

【事務局】 代表保険者につきましては輪番制でやっていこうと思っていますので、来年につきましては健保組合、再来年につきましては共済組合がやろうということで決めています。

【横山会長】 代表保険者になったところの事務負担については大丈夫でしょうか？

【事務局】 事務負担につきましては、各保険者でつくっている保険者協議会がございしますので、その中で事務分担はしていこうと決めています。費用分担につきましても各保険者に中央の団体もかなりありますのでそこからの費用分担も求めるかたちで進めていこうと考えています。

【横山会長】 基本的には健保組合に本人が属している場合、配偶者も地域で受けられるような形をつくるということですか。

【事務局】 実際に事業所に勤めている方については、労働安全衛生法がありますのでそちらで受けていただく。費用分担についても今回の法律の中で労働安全衛生法が第一義的になっており、その次に介護保険法、それから高齢者の医療の確保に関する法律という順番に決まっています。被扶養者の方につきましては、お住まいのところで今までどおり受診できる体制づくりを、今代表保険者が契約するという方法で考えています。

【横山会長】 今の点で細かいことを言うと、全国規模の企業だと保険組合が東京であってその方針で決まると思うので、地域で受診とはなかなかならないのではないかと思います。

【事務局】 例えば極端な話ですが東京に本社があって三重県のある地域ですと、被扶養者がお住まいになられるかどうかかわからないという地域もありますし、逆にお住まいになられていて受診ができないとなってくると大変ですので、やはり東京や大阪本社の企業でもみな中央のほうに委任をして、それから47都道府県にその委任を配分することとなっていますので、そのあたりはもれなくいくかなと思っていますが、まだ最初ですのでやってみないとわからないところも正直あります。

【横山会長】 全体を通じて、追加の質問やご意見がありましたらいかがでしょうか。

【米澤副会長】 健康づくりの問題は昭和53年くらいから色々看板を変えて取り組んできましたが、やはりこの4月からの体制が最終的に各県や国、企業も含めて本気になってやる初年度ではないかと、自分の反省も含めて思っています。だから、色々な目標がありますし将来の健康不安に対する厚生労働省の考え方も過去を振り返って色々出てくるわけですが、きめ細かく本気になってわれわれが臨む姿勢でどこまで結果が出せるか、初年度はまあいいやと言っていると2年目もずるずるでいくような、そういう印象を持っています。具体的な話になりますが、鈴鹿市に旭化成という会社がありまして、そこで働いている方600人の10%、60人くらいを本気で特定保健指導に取り組ませたいと東京の旭化成本社から声がかかっております。色々な会社に関わっているとうちも戦力がばらばらになりますので、旭化成ともう1社くらいが日本栄養士会としてまともに向き合っている会社なので、私自身の気持ちとしてはそこに力を入れてみて、そして会社も本気でやる、われわれも全て本気でやるという、もちろんヘルスメイトさんのご家族もそこに最終的には地域としてからんでくるかと思いますが、その動作を4月当初に私としては始めたいなと思っています。そこで、本当にごく少数で600人の健診を産業医の先生がなさるんですが、そこから関わってくる特定保健指導でどれくらい、地域全体というのがあまりにも掴みどころがないくらいまだ微力なんですけど、旭化成を中心にどれくらいやってみようかなという気持ちがございますので、戻りますけども、初年度こそ本気で関わっていかないと、今年まあいいやと言っているとそれは最終的にやはり絵に書いた数字だけで70%や45%はおろかそこまで到達しないで何の結果も得られない、結果が得られなかったら次に進めない訳ですから、私としては初年度こそは大事だからみなさんともども認識を新たに頑張りたいなと考えています。

4 報告事項（省略）

5 第3回公衆衛生審議会の開催について（省略）