

## 平成 28 年度 第 2 回健康づくり審議会議事録

### 【当議事録について】

開会、事務局挨拶、資料説明、についての議事は省略するとともに、事務局の説明内容、各委員等の発言内容は一部要約しています。

- |   |       |                                 |
|---|-------|---------------------------------|
| 1 | 日時    | 平成 28 年 12 月 16 日（金）13:30～15:00 |
| 2 | 場所    | ラッセホール 地階 会議室リリー                |
| 3 | 委員紹介等 | 別添出席者名簿のとおり                     |
| 4 | あいさつ  | 健康福祉部長                          |
| 5 | 議題    | 「兵庫県健康づくり推進プラン」（第 2 次）案について     |
| 6 | 報告    | 平成 28 年度兵庫県健康づくり実態調査について        |

### 【協議】

（会 長）

それでは早速ですが、議事を進めさせていただきます。委員の皆さんから忌憚のない意見をいただきますようお願いします。

議題に沿いまして「兵庫県健康づくり推進プラン」（第 2 次）案につきまして事務局より説明をお願いします。

（事務局）

[資料に基づき、健康増進課長より説明]

（会 長）

「兵庫県健康づくり推進プラン」（第 2 次）案につきまして、主に資料 1 をもとに第 1 章「基本的事項」から第 5 章「分野別方針」まで、基本的な観点、主な内容についての的確にご説明いただきました。

主な形はご理解いただけたと思います。大きな観点、項目について、本日は、委員の皆さまのご意見を伺いまして最終案を作成するという事です。県民の健康づくりを推進するプランができるようご協力、ご審議いただきたいと思います。

第 1 章から第 5 章までありますので、基本的な事項、基本理念で、これが欠けているのではないかとこのところからでもご意見をいただければよいのではないかと思います。

(委員)

まず感染症 (P. 25) のところで、質問ですが、「生活習慣病予防」というところに入るのかなというところを疑問に思いました。むしろ「健康危機」の「感染症の発生予防」と繋がっており、ヘルスプロモーションの文献などを読むと、感染症以外の生活習慣病がひとくくりになっており、感染症が生活習慣病に入るのかなと疑問に思いました。また、「感染症の発生予防」であれば、ノロウイルスなど施設内の感染がとても多いので、施設との連携について記載があればよいのではないかと思います。

もうひとつは「こころの健康づくり」の「精神障害者への支援」(P. 42) です。精神障害者の地域移行支援であるとか地域定着支援の推進と関連すると思いますが、現在、淡路や但馬では、ピアサポーターがとても活発に、当事者が働く場所として、自分の仕事として、自分と同じような仲間働きかけをして、障害者が障害者を支援するという仕組みで、国が進めているものですが、とても頑張っていて活動をされているので、こうした取り組みも盛り込んでいただければ、活動されている方の励みにもなり今後につながるのではないかと思います。

(会長)

ご意見に対して事務局からそれぞれ回答をいただければいいのですが、できるだけ多くの委員から意見をお伺いしたいので、細かな回答はのちほどまとめて回答させていただき、あるいはお聞かせいただいて後ほど事務局で検討いただくかにさせていただきたいと思います。できるだけ多くの意見をいただき、事務局で責任を持って対応するというので、回答については主な点を事務局からお願いしたいと思いますのでご了解ください。

いまの点、生活習慣病のなかに感染症が入っているのか、という枠組みの質問ですので、事務局よりひとこと回答をお願いします。

(事務局)

健康づくり推進条例 (P. 54) をご参考にみていただければと思います。さきほど「分野別方針」の説明をさせていただきましたが、条例に「生活習慣病等の健康づくり」と「等」が入っておりますが、第 11 条のいちばん下に、主なものとして (1) から (4) と書いており、この「(4) 予防接種、保健指導、健康診断その他の保健事業に関すること。」とあります。ここで言う「感染症」は、インフルエンザといった緊急事態 (エボラなどは「健康危機」) ではない、一般的な感染症という意味でこの「その他の疾病予防」に入れています。アレルギー疾患、感染症予防は「生活習慣病予防等の健康づくり」に由来から記載しており、生活習慣病だけではないので、そのように整理しているのが実情です。

ただ疑問に思われる点はわかります。

(会 長)

生活習慣病「等」で感染症も入るというのはわかりますが、感染症というのは非常に広い概念です。

(事務局)

ですからそういう意味で、健康危機事案というところに入れるのが正しいのかその点はもう少し考えるべきかもしれません。

(会 長)

「感染症」というのは非常に大きく、公衆衛生の半分は感染症といってもいいところもあります。事務局でご検討いただければと思います。

(委 員)

細かな点になりますが、「歯及び口腔の健康づくり」(P. 31)の「高齢期の取組」のいちばん下に表 11 (高齢者の歯科健診受診率) というものがあります。表 11 では高齢者の歯科健診受診率が 70 歳では男性が 1.5%、女性が 1.8%で合計 1.8%ということです。女性の受診率と合計が同じということは、パーセント数に影響しないくらい男性の受診者数が少ないことになります。サンプル数としてこれで適切なかどうかという問題が一つあります。

次に、この表 11 では高齢者の受診率が極めて低いということを表しています。これに対して P. 28 の図 26 をみますと、ここでは「定期的な歯科健診の受診状況」が示されており、60 歳、70 歳をみますと受診状況は 40 %前後となっており、高齢者ほど受診率がよいことを示しています。また、表 11 では 1 %台だったものが図 26 では 40%台となっていますが、この「定期的」という表現にどのような意味があるのでしょうか。図 26 を見た県民からすると、十分に歯科健診を受けているのではないか、高齢者になればなるほど定期的な歯科健診を受診しているのではないかということになります。にもかかわらず表 11 では高齢者の受診率は極めて低いということになっている。どちらが正しいのか迷いが生じるので、「定期的」という言葉に何か意味があるのであれば、その定義をきちんと県民に分かるように説明する必要があると思います。

(会 長)

歯科健診受診率の違いについて事務局から説明をお願いします。

(事務局)

図 26 の「定期的な歯科健診の受診状況」は歯科健診を受けた人に加えて、定期的にかかりつけ歯科医に受診している人を含んだ数です。表 11 は市町が行っている節目年齢の歯科健診の受診率になりますので差が出ています。

ご指摘のとおりこれでは紛らわしいのでどちらかのデータにまとめるか考えたいと思います。

(会 長)

表 11 は「全体」「男性」「女性」となっていますが、「全体」は「総数」に変更してもらったほうがいいと思います。

(委 員)

さきほどの事務局の説明どおり、集計母数が異なっていますので、特に市町における高齢者の歯科健診がいまのところ受診率が 1.8%と低いことについては問題がありますが、かかりつけ歯科医のほうでカバーしている部分については 40%強と高くなっており、この点は整合を取る必要があると思います。

(委 員)

歯をたくさん持っているということと認知症との関係はかなり因果関係があると思います。このプランのなかにも P.32 の上から 4 行目から 7 行目にかけて「歯の残存数が多いほど寿命が長く」とあり「認知症の発症が少ないこと」とあります。歯が健康であれば食べ物も自分で食べられますし、脳を刺激して認知症になりにくいということです。実際に私も福祉施設等でそのような人に多く出会っています。この歯と認知症との関わりをこのように一行でサラリと書いてしまうのではなく、できれば歯というものと、フレイルの問題、オーラルフレイルだけではなくて全身のフレイルの問題、そして認知症へと繋がっていくという道筋をもっとクローズアップして書いていただきたいと思います。

というのは「3. こころの健康」のところはかなり認知症のことが出てきています。歯のところの記載と別のように扱われていますが、歯の健康と認知症には相関関係、因果関係があると思いますので、歯が大事だということ、認知症と関連するということをハッキリと記載することによってこのプランが県民に対して、歯を大事にしなくてはいけない、歯科健診を受けなくてはいけないというところへと繋がっていき、いい啓発にもなると思います。是非、盛り込んでいただきたい。

(委員)

大変、貴重なご意見です。認知症との関連については学問的な裏付けはまだ証明されてはいませんが、今後の国民的な運動としては、そうした流れを明確に示していくことが重要だと思います。

(委員)

婦人会も近頃は高齢者の方が多くなりました。かつて婦人会で活躍されていた同い年の方が引退されたあと病気をされた方がいらっしゃいます。その方の些細な物忘れや失敗でも家族が認知症だと言うことがあります。私どもでもそういうことはありますが、認知症は家族がつくるところがあると思います。何か失敗をしても誰でもあることだと受入れてあげれば本人も自信を失わずに生活をしていけるとと思います。周囲の友人をみていると失敗に対して家族に認知症だと言われることによって本人が早くに本当の認知症になってしまっているように思います。認知症については医学だけの問題ではなく周りの家族の対応の問題でもあると思います。

ですからプランの「3. こころの健康づくり」の認知症の部分があまりに簡単すぎると思います。

(会長)

認知症のところをもう少し丁寧に書いていただきたいということですね。

(委員)

歯の健診となるとどうしても前向きになれない。歯が大切にしないと認知症にも繋がる、寝たきりにも繋がるということを、必要なことはわかっているけれども実際の日常生活に入ってこないのも、もっと大切だということを、詳しく、一般の人にもわかるように入れていただければと思います。

(委員)

細かい点になりますが、「健康危機事案への対応」(P.43)のなかで「災害時における健康確保対策」の「現状と課題」のなかの3段落目「具体的には、災害に備え、高齢者、乳児、幼児、疾病など個々人の心身の状況に応じた食料、飲料水、服用薬の備蓄が重要であることの周知が必要です。」という部分の「備蓄」という表現のなかで「食料」「飲料水」と「服用薬」が併記されることに少し違和感があります。

「取組方針」のところでは一つ目の○の2行目に「食料、飲料水等の備蓄、服用薬の管理・確保」という表記になっていますので、問題がなければ「現状

と課題」のほうも同じような表記にしていただければよいと思います。服用薬と言っても自己管理できるものと医師の診断のもとに服用しなければならない医療用医薬品と様々なものがあります。医療用医薬品ですと「備蓄」という概念に入るかという疑問があります。

関連してお願いですが、「取組方針」の一つ目、「医療機関の連絡先等の把握の必要性」のなかに、20年前の阪神・淡路大震災において、日頃の薬がなくなったときに患者の薬の情報が薬局で管理していた薬剤給付管理の記録が有効なツールになったという過去があります。昨年国から「患者のための薬局ビジョン」が示されましたが、今後ますますかかりつけ薬局での医薬品の一元管理が求められるなかで、患者の服薬情報は薬局でもかなり精査されたものが集まってくると思いますので、この記載は「医療機関及び薬局」あるいは「医療機関や薬局」と「薬局」を入れていただければありがたいと思います。

(委員)

P. 25の感染症のところでお聞きしたいのですが、ここに記載があるのは0157とかノロウイルスとか麻しんという一般的なものが書いてありますが、先日、ある人から水痘（水疱瘡）は病気としてなくなったのかということを知られたのですが、現在40歳前後の世代は子どもの頃に罹っているが、いまは病気としてなくなってしまったのでしょうか。

(委員)

まだたくさんあります。

(委員)

先日、人権の関係の会議に出席した際、梅毒やHIVが増えているという話を聞きました。これらはこの感染症のなかには入らないものなのでしょうか。

(事務局)

梅毒など性感染症は感染症の一環で、いま若者に非常に流行しており、例年に比べると高い感染率になっているという状況ですので、個人でできる健康行動のなかの一つとして入れさせていただこうかと考えています。

(委員)

よくまとまっていて、大きな問題はないと思います。

(委員代理)

プランについては特に意見はありません。

私どもは働く人たちの安全や健康について取組んでいる団体で、その点について企業への教育や実践のお願いをしています。そのなかで企業の従業員にお願いしているのは、職場で安全教育、健康教育を受けているが、そのことを家庭に持ち帰って家族の皆さんと一緒に実践してくださいという働きかけを行っています。プランのなかに「県民一人ひとり」や「関係者の責務」という記載がありますが、「家庭」とか「家族」という視点は含まれていないという印象を持ちました。

(委員代理)

医師の立場からすると脳血管障害、心不全にしても原因になるのは高血圧で、圧倒的に患者数が多いです。この対策について全体のバランスをみたときに少しウエイトが低いような印象を受けます。糖尿病や認知症が非常に強く取り上げられているのに、もう少し高血圧対策の部分も記載があっていいのではないかと思います。

それから脳血管障害を抜いて死因の第3位になった肺炎ですが、特に高齢者の誤嚥性肺炎、これの対策について、感染症のなかにするのか、生活習慣病のなかにするのかはともかく、特に肺炎球菌ワクチンの接種も国が認めるようになっていきますので、こうしたことも含めて、これをもう少し強調されてもいいのではないかと思います。

もう一点、県医師会会長にお伺いいたしますが、「災害時の健康確保対策」の関連ですが、以前、県医師会として避難船構想というものを打ち出されており、国の内閣府も乗ってきて、かなり積極的に推進しようとしていましたが、その後この構想はどうなったのでしょうか。

(委員)

研究会で兵庫県モデルというものをつくり報告書として内閣府へ提出しています。内閣府のほうがそれをどう判断されるかということに任せているのですが、来年の2月に実際にフェリーを出してどのようにすればいいかというのを実証してみるということになっています。内閣府が兵庫県で行います。私たちも医療者としてできる限りの参加をしていきたいと考えています。4師会すべて出席して行います。

今後については、これは兵庫県だけ、医師会だけでできる問題ではありませんので、内閣府が中心となってやっていただきたいと申し入れています。

具体的になっていくものかどうかはこれからのものですので、プランのなか

に書き込むのは少し早いように思います。

(委員)

こころの健康づくりのところに入るのかもしれませんが、全体の流れとしては一次予防重視という流れになっています。予防のなかでもストレスチェック制度など、一次予防重視、セルフケアや環境改善といったものが、全体として感じられるものでいいと思います。

生活習慣病のところでは挙げにくかったのかもしれませんが、睡眠習慣の改善というものが大事だと思います。これはたとえば富士モデルのように、まず自殺防止というものがあると思いますが、自殺を減らすためにうつ病を減らす、その手前の睡眠障害等を改善していくというものです。睡眠習慣の改善はどちらかというところ「こころ」のところでも取り上げていただければよいのかなと思います。

どこに焦点を当てて重点化するかというのは大切で、前回の審議会でも言いましたが、兵庫県の場合は都市部、山間部、島嶼部の地域格差があり、それが健康格差となって現れてくると思います。これを具体的にどうするのが重要だと思います。少し記載が乏しいと思ったのが情報ツールの活用です。ITとかICTの活用、可能かどうかわかりませんがたとえば県のレベルでのeラーニングや県の健康情報の提供など、スマホが当たり前のように使われていることを考えると、スマホですぐにアクセスできるような仕組みづくりを考えてはいかがでしょうか。

また先ほどピアサポートの話がありましたが、これに関連し、より組織的な活動に焦点を当てるセルフヘルプグループの活用再考、実際に自分たちがPTSDになったとか、うつ病になっているとか、お互いが助け合っていくということは非常に重要です。こうした組織的な取組みを支援していくような県の仕組みは重要ではないかと思いました。

(委員)

「働き盛り世代の健康づくりの充実」(P.14)という項目が立てられています。社会では働き方の改革ということが言われています。体と心の健康も大事にするということが働き方の改革とリンクした考え方があってもいいのではないかと思います。具体的というところには思いつきませんが、これから勤務実態をどんどん改善していこうという流れのなかで、余った時間やお金をどのように使うかということが出てくると思いますので、そうしたところを健康づくりに使ってもらおうという提示があってもいいのではないのでしょうか。

もう一点、たばこ対策のところですが、20 ページの公的空間、公共施設での



受動喫煙対策というものはかなり進んでいると書かれており、それは必要なことですが、東京、横浜から神戸にきてみますと、歩きたばこをする人が非常に多い気がしています。朝の通勤時間帯でも大人がたばこをふかしながら歩いている姿を神戸にきて非常に目につくところがあります。健康づくり、都市の品格という点からも、何らかの対応が必要なのではないかと感じています。

(委員)

「食生活の改善」(P. 16) のところで、朝食の摂取状況、食塩、野菜の摂取状況について、会として取組みをしているなかでいちばん難しいと感じるのが、20代から40代への取組みです。実際に何年も状況があまり変わらないということが統計的にも出ているように思います。特に野菜のところでは、摂取量の目標として350gという数字をいつも書いてありますが、なかなかその目標に届かない。たとえば長野県であれば350gを超えていて、健康寿命、平均寿命も沖縄県を抜いて1位になっています。兵庫県にはいろんな食材があるにも関わらずなかなかこの数字が伸びてこないという感想を持ちます。

(会長)

野菜摂取量の350gというのは相当高い数字だと思いますが、ほかにも350gを超えているところがあるのでしょうか。

(委員)

静岡県もそうです。

(会長)

そういう高い数値の県があるのであれば、その名前を記載してもらってもいいのではないのでしょうか。350gという数字は非常に高いという印象を持ちますが、実際に達成している県があるのであれば、モデル的に具体的な名前を挙げてもいいのではないかと思います。

(委員)

「こころの健康づくり」のなかで、うつの問題等が働き盛り世代のところに出てきます。ワークライフバランスという考え方がいろんなところで言われていますが、なかなか取組みが進んでいっていない。健康づくりの面からワークライフバランスという考えを入れていただくということをお願いしたいと思います。

睡眠の問題は、子どもから高齢者まで問題になっていますから、その点も盛

り込んでいただければいいのではないかと思います。

(委員)

「こころの健康づくり」(P.34)の「取組方針」のところで「県民が必要な治療を受けることや地域移行ができるよう」とありますが、この「地域移行」という言葉が急に出てきていますので、ここは少し書き方を考えられたほうがいいと思います。これだけでは少しわかりにくいと思います。

もう一つは35ページの「取組方針」で「アルコール関連問題等への支援のため」という文章の最後に唐突に「兵庫県音楽療法士や園芸療法士などと連携」ということが出てきます。兵庫県として音楽療法士などを養成されているということはわかりますが、唐突に出てきている印象がありますので、このあたりも表現を考えられたほうがいいと思います。

あと一つは、アルコールが出てきていますので、覚醒剤とか危険ドラッグといった薬物の乱用防止を含めて少し入れていただいてもいいのかなと思いました。

(委員)

平均寿命、健康寿命(P.4)の数値について、厚生労働省の厚生労働科学研究から全国のデータが出ています。一般的には厚生労働省が発表している数字だと平均寿命と健康寿命の差がだいたい7歳から10歳くらいあるということになっていますが、この表では差が、男性が1.42歳、女性が3.08歳になっています。データの考え方として、この国と県の比較は1カ年の介護保険情報から算出しているということですが、こういうデータを元に進めていってもいいものなのでしょうか。

(会長)

私たちの常識からしても平均寿命と健康寿命の差が少なすぎます。ふつうは7、8年から10年くらいの差があるものというデータを見ますが、このあたり事務局、いかがでしょうか。

(事務局)

健康寿命の考え方ですが、国の方でも2通りあり、1つはプランに挙げているように要介護1以下の割合から算出するもので、介護保険のデータと平均寿命をあわせて計算しています。もう一つの出し方が、国民健康調査のなかで、自立して動ける、不自由なく動けるという調査項目があり、そこから不自由なく動けるという人を抽出して算出したものが、平均寿命との差が7年とか10年

あるものとなっています。

こちらのプランとか健康づくり推進実施計画では要介護データを元にした数値を兵庫県でいうところの健康寿命と定義して挙げているところです。

(会 長)

それはわかりますが、委員ご指摘のようにこの表では平均寿命と健康寿命でほとんど差が出ないことになっており、何のために2つを並べているのかということにもなります。数字に根拠がないということではなく、せっかく国民健康調査の結果もあるのであれば、それを使うという考えもあるのではないのでしょうか。健康寿命の延伸を目指さなくてはいけないわけですから、健康寿命が78歳で平均寿命が79歳ということであれば、現状でいいじゃないかということにもなりかねない。健康寿命延伸をめざす、ということになりにくいのではないかという気がします。

文章のなかに説明を書いて国民健康調査のデータを使ってもいいのではないのでしょうか。そういうデータがあるのだから、わざわざほとんど差が出ていない数字を使わなくてもいいように思います。

そのあたりの数字の扱いについて検討をいただければと思います。

(委員代理)

「生活習慣病等の健康づくり」のなかで、糖尿病の重症化予防の記載がありますが、ここがもう少し書かれてもいいのではないかと思います。糖尿病の重症化によって人工透析に繋がっていき、医療費が高くなっていくということになるわけですから、この取組みが少し弱い印象を受けました。

もう一点、高齢者の低栄養、フレイルのことが問題になっているわけですが、その一方で幼児、子どもたちの低栄養も問題になりつつあります。子どもたちの低栄養の部分についても触れていただければいいのではないかと思います。

(委 員)

さきほど意見がありましたが、高血圧についてももう少し触れていただきたい。患者数も多いですし、万病の元ということでもあります。高血圧への対策という視点がもう少し必要かなと思いました。

もう一つ、たばこ対策についてももう少し踏み込んでいただいて、喫煙者に対して、禁煙に繋げていくような取組みの方針があってしかるべきでないかと思います。特に自分では気づいていなくても潜在的なCOPDの方はたくさんおられるということもありますので、そういう方に気づきを促すということも大事です。たばこ対策についてはそのような点も加えていただければと思います。

(会 長)

委員の皆さんから貴重な意見をいただきました。ありがとうございます。

私の方からも一点、「ロコモティブシンドローム等の予防」(P. 19) のところで、健康運動の取組みが行われていると思いますが、ここでは健康体操のことしか触れておりません。私個人の意見ですが、ポールウォーキングは、高齢者の健康づくり、仲間づくりという点では最高のツールではないかと考えています。ここでは健康体操だけが記載されていますが、ポールウォーキングをはじめ非常に多様な健康運動が行われているわけですから、全体をどのように広げていくのかを検討いただければと思います。

それでは事務局から何か回答があればお願いします。

(事務局)

様々なご意見をいただきありがとうございました。

そのなかで、フレイルについて、口腔フレイルという形でプランのなかに入っていますが、全身との関係で、ロコモティブシンドロームなどの対策として、運動を核とした地域づくり、健康づくりについても考えさせていただきたいと思えます。

また、精神障害者の支援のところで、ピアサポーターなどセルフヘルプグループの意見がありましたが、これは地域のなかでお互いに助け合うという視点も必要であると思えます。

あとは休養、睡眠、あるいはたばこ、性感染症についても示唆をいただきましたので、これらの点についても事務局で検討させていただきたいと思えます。

(会 長)

県からの説明はほかにありますか。

(事務局)

前回議論いただいた「平成 28 年度兵庫県健康づくり実態調査」の調査票を資料として入れています。この内容で調査を実施しており、昨日が〆切でした。現在、調査結果を集約しており、結果を分析させていただいて、来年度改定を行う健康づくり推進実施計画に反映していく形になります。

(会 長)

以上で本日の審議会は終了させていただきます。

ご協力ありがとうございました。

