

平成 28 年 第 1 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 10 月 18 日（火）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 健康福祉部長あいさつ
- 5 協議事項
 - (1) 「兵庫県健康づくり推進プラン」(第 2 次) の骨子案について
 - (2) 「健康づくり実態調査」の調査項目について

【協議】

(会長)

それでは議事を進めてまいります。委員のみなさんからの忌憚のないご意見を頂戴したいと思っておりますので、どうぞよろしく申し上げます。

まず、協議事項 1 『「兵庫県健康づくり推進プラン」(第 2 次) の骨子案について』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 1～2 に基づき、協議事項 1 『「兵庫県健康づくり推進プラン」(第 2 次) の骨子案』について健康増進課長より説明

(会長)

事務局から議題 1 「「兵庫県健康づくり推進プラン」(第 2 次)」について説明いただきました。

骨子案、考え方について忌憚のない意見をお願いします。

具体的には内容として「改定の考え方」と「骨子案」の大きく 2 つの柱になっています。

まず「改定の考え方」についてご意見を伺いたいと思っております。「現状と課題」「方向性」、具体的にこれを加えるべきだ、というものがあればご意見をお願いします。

私のほうから口火を切らせていただきます。

資料を見て思ったのですが、資料 2-3 「改定の考え方」の「現状と課題」の最

初に「死因の上位を占める生活習慣病」となっています。

これは具体的にはどのような疾病を指しているのでしょうか？

(事務局)

大きな死因となっている「悪性新生物（がん）」「心疾患」「脳血管疾患」が兵庫県の死因のなかで上位4つに入っています。この3つをあわせて約60%となっていますので、想定しているのはこの3疾患。がんと循環器系の疾患ということになります。

(会長)

疾病として死因に挙がってこないいちばん大きなものが糖尿病です。糖尿病というのはいろんな疾病の背景要因ではありますが、なかなか糖尿病が死因という形ではでてこない。結果的に死因となると悪性新生物が非常に多くなってくるような気がします。脳血管疾患となると特に高齢でほかに死ぬ病気がないので脳血管疾患で亡くなっている方もいるという位置づけもある。

こういう書き方ですと、結果的に挑戦しなくてはいけないのは悪性新生物になると思います。しかし、20世紀の国民病は高血圧、そして脳卒中で、死亡率も圧倒的に高いものがありました。その高血圧に対して、地域の循環器検診も行われ、なんとか極端な高血圧は社会として克服でき、脳血管疾患も相当、死亡率が減少し、そして平均寿命も世界一を達成することができました。

21世紀は、高血圧に替わって国の方でも、高齢者医療確保法の立ち上げにあたって、挙げている疾病は糖尿病です。これは21世紀、国民が贅沢病というのでしょうか、20世紀は貧困時代で、高血圧が多かったのですが、21世紀はまさに糖尿病の時代になる。透析なんかがいちばん大きな課題になっているという現状があります。

そのようななか死因というものが最初に挙がってくると、広く国民を苦しめている疾病、がんも苦しめてはいますが、糖尿病とか、ほかにもいわゆるロコモティブシンドロームなどがありますから、生活習慣のなかで、課題となっている疾病というものとちょっと距離ができるような気も、第一印象としてしますが、そのあたりいかがでしょうか？

(事務局)

会長がおっしゃるように循環器系の疾患のもとになる体の異常のなかでは糖尿病もあると思いますし、減塩の部分もかなり改善してまいりましたが、高血圧等も同じような状況のなかで、死因となる病気のもととなる状態ということになるかと思います。高血圧や糖尿病も生活習慣病のターゲットにはさせてい

ただきたいと思っております。

(会長)

糖尿病は死因の上位にはなりませんね。

「死因」というものを目標にしたのは20世紀です。日本の平均寿命が世界一になり、女性の平均寿命は86歳ですから、いま日本人はほとんど亡くならないんです。だから「死因」というのはちょっと時代遅れ、とこういうことを言うと、申し訳ないのかもしれませんが、そんな感じがします。だから「死因」にこだわらずに、もっと国民をいじめている、国民の生活のなかで苦しめている、いちばんは糖尿病、糖尿病も苦しめているというところまでいきませんが、いちばん課題になっているのは糖尿病です。特に人工透析などの問題があります。

それからロコモティブシンドロームはどのような扱いになるのでしょうか？

(事務局)

ロコモティブシンドロームも病気という形ではありませんが、体の状態という形で、「生活習慣の改善」のなかには、予防という形で入れさせていただきたいと考えています。

(会長)

「県民の健康を取り巻く現状と課題」の③ですか？

(事務局)

第2次プランの骨子(案)「分野別方針」の1(2)の「生活習慣の改善」のところです。

(会長)

いまは「改定の考え方」のところを話しているのですが。

(事務局)

「県民の健康を取り巻く現状と課題」の③の運動不足ですとか、生活習慣に入ります。

(会長)

「県民の健康を取り巻く現状と課題」の③ですね？

(事務局)

はい。

(会長)

「死因」からちょっと独立してもらったほうがいいかなという気がしました。

(委員)

ヘルスプロモーションの理念に基づいて計画がなされていて、柱立てをしつかりされたとか、住民にわかりやすいように括られており、とても素晴らしいと思いました。

ただ一点、目標のところで「健康寿命の延伸」が挙げられています。東京都健康推進プラン21（第二次）を見たのですが、「健康寿命の延伸」とヘルスプロモーションで言われている「地域間格差の是正」の二つが掲げられています。

兵庫県の場合は、いろいろな地域があり、さまざまな取組が必要だと思いますが、そこをあえて出されていないのはなぜでしょうか？

(事務局)

当然、さまざまな生活状況とか死因等も含めた健康状況というのは変わってくると思います。健康づくり推進実施計画では、具体的な圏域ごとの状況等は出していきたいと思っています。兵庫県のなかでも非常に格差があるということは委員の皆さまも考えておられると思います。行政や、県民一人ひとりが実践できるような社会づくりも、地域の実情にあわせて変わってくると思いますから、そこは推進実施計画には反映をさせていただきたいと思っています。

(委員)

地域格差の問題が全体的に薄められており話が深まらないように思います。たしかにアンケートのなかでは出てきますが、もっとプランのなかで前に出さないといけないと思います。前々回の審議会では、地域格差の問題で様々な疾病について赤い色で濃淡をつけたマップを示し、これだけ違いがあるということ事務局からアピールされていましたが、このプランでその点を言わないというのは問題であると感じます。一方で問題提起をされているのであれば、プランという最も大きな枠組みのなかでも明確に言うべきではないかと思います。

(会長)

この「改定の考え方」で「地域格差」というキーワードが入っていないということですね。「地域格差」という問題点を持って欲しい、と。それに対して県

がどのように取組むのか。具体的に兵庫県ではどのような地域格差があるのでしょうか。たしか以前の審議会でご提供していただきましたね。

(委員)

昨年9月の審議会だったと思いますが、事務局から本県における地域格差の問題をかなり強くアピールされていまして。データを出されて、一つ一つの地域でこれだけ違うということを縷々説明されていまして。それにもかかわらず、次のプランにその言葉がひとつも出てこないということが気になります。取り組みとしてメリハリをつけた形で重点的に進めていかないといけません。すべてがよいように、八方美人にはいかないと思います。

(会長)

ご指摘のとおりだと思います。

事務局も、この場で一つ一つ回答することは難しいところがあると思いますので、ご意見としてお伺いするというので、これは事務局で記録しておいてください。

非常に大事な点をご指摘いただいたと思います。地域格差というのは公衆衛生のいちばん大きな課題です。

(委員)

改正後に関して生活習慣病予防の健康づくりで(1)から(4)までありますが、それぞれすべてライフステージに平均的に健康づくりの支援体制ができているかということを一ま一度、深く考えてなければいけないと思います。

このなかで、子ども、乳幼児に関しては、感染症のなかにはありますが、もう少し具体的な取り組みを入れていって欲しいです。

それから、青少年、中高生に対して、非常に難しい世代、身体的には元気な時期ではありますが、この時期の健康に対する支援は、どのように考えておられるのでしょうか？

(会長)

項目で言うとどこですか？

(委員)

それが入っていないように思います。

時期でいうと、中学生、高校生になります。

(会長)

中学生、高校生の健康づくり。地域格差というのがありますが、世代単位の現状と課題という項目は「改定の考え方」のなかでは…

(委員)

このなかではわかりにくいと思います。

(会長)

「地域格差」というのはひとつのキーワードですが「世代間」は事務局としてどのように考えられていますか？

(事務局)

それぞれの「分野別方針」の「主な取組方針」のなかでは、子どもとか、妊婦とか、という形では入れさせていただこうと考えています。やはりこれからの次世代を担う若い方たちへの健康問題というのは大きいですので、各取組方針のなかで入れるとともに、“生涯にわたって”ということで基本理念にも入れさせていただいています。特に若い世代ということがわかる形にはしたいと思います。

食育推進計画も改正作業の途中ですけれども、そのなかでは若い世代の方たちへの健康問題が挙がってきておりました。

(会長)

考え方の基本の枠組みとして、「改定の考え方」の「現状と課題」では、一つは「死因」という視点でいいのかということ、それから一つは「地域格差」という点がどうなっているのか、そしていま「世代格差」、このへんは基本の考え方だと思います。

これらが「現状と課題」の枠組みとして入っているとわかりやすいのではないかと思いますのでご検討ください。

(委員)

兵庫県のプランに「働き盛り世代の健康づくり」とあったのに対して、東京都ではプラスして「次世代の健康づくりの支援」と書いてありましたので、そのような言葉を入れることをお願いしたいと思います。

(会長)

「次世代」という概念ですね。わかりました。記録しておいてください。

(委員)

いままでの議論をうかがったの質問です。

「現状と課題」が出発点になり、ここからPDCAサイクルがまわっていくことになると思いますが、この「現状と課題」自体を検討するということがプランに入れておかなくていいのでしょうか？

現状をどのように把握、理解して、といういまここで議論されているようなことは、プランに入れておかなくていいのかと思います。

(会長)

「現状と課題」はプランの背景要因ですが、プランの骨子のなかに、「現状と課題」の検討ということがあってもいいのではないかとことです。

(事務局)

プランの柱立ての第2章のところには「県民の健康づくりを取り巻く情勢」ということで、少子高齢化など様々な健康指標を冒頭で表現して、「県民の健康を取り巻く現状と課題」という骨子に繋がっていくということになります。

さきほどから様々なご意見が出ているように、「現状と課題」のなかには、地域によって異なる、あるいは世代によっても異なる、あるいはさらに状況の検討を進めていくと、そのほかのことで状況が異なるということが出てくるかと思しますので、その辺りはきちんと全体のところで表現させていただきたいと考えています。

(会長)

「現状と課題」をどのように考えたかということがプランの冒頭の基本理念のなかにあってもいいのではないかとご意見かと思えます。

(委員)

まず、健康寿命の延伸ということですが、WHOが2000年に打ち出したことで、日本は先進国なのでかなり以前から長寿延命が達成されています。会長が女性の平均寿命が87歳(H27年)と言われましたが、女性の平均寿命が80歳を越えたのはかなり前です。

いま重要なのは、量から質への転換だと思います。量から質への転換ということはいかに表現するかということが重要です。たとえば健康寿命の延伸ということも、平均寿命と健康寿命の差が9～12年あります。しかし突き詰めれば、その差を縮められなくても、たとえば高齢者は病気があっても健康だという人は結構います。この指標ではもう少し抽象的な書き方で、健康面で問題になる

ところがない場合には病があっても健康だ、という捉え方もあってよく、健康をどう捉えるかという点が非常に重要です。

その点で、今回の中核的な視点として、ポジティブな取り組み方が目標になるというところを、強く打ち出しておられると思いますが、そうした表現をもう少し目標に入れ込んでいくことが大事だと思います。

それからもう一つは、セルフケアということで一次予防とその支援を重要視するという点では、その点は前回より少し明確にされていると思いますが、さきほど地域格差のことも出ましたが、職域格差というのも非常にあると思います。いずれの格差も、兵庫県は、都市部と山間部・島嶼部でかなり差があります。さきほど話されたとおり、健康指標でもずいぶん差があるので、それを全体としては日本の平均であっても、非常に悪い地域もある。そこをどうやって引き上げるのか、そのへんのところが少し具体的に見えてくるような形にすればよいのではないのでしょうか。

まとめると、量から質への転換というものにポジティブな視点をかなりはっきりと打ち出すということ、島嶼部、山間部の健康格差や職域の非常に悪いところをどうやって引き上げていくかということ、これらを目標として明確にしていくのがよいと思います。

(会長)

私も事務局との打ち合せでこの「健康寿命の延伸」というのはもう古いのではないかと申し上げました。わかっているが達成しにくい。もう少し具体的な考え方が必要です。「健康寿命の延伸」というのはテーマとしてもものすごく大きすぎて、何を目指すのかということがかえってわかりにくい。これは10年前には大きな課題でしたが、女性の平均寿命が86歳となり、だいたいみんな健康です。86歳でも元気ですたすと歩いていますから。しかし高血圧だったり糖尿病だったりする。そういう住民に対してどのようなアクセスをしていくか、まさに量から質のところ問われているのはいま委員が言われたとおりだと思います。

その点、事務局において検討してください。

(委員)

最初に会長が言われたように、20世紀に県民が求めた健康とこれから県民が求める健康というのはだいぶ異なった像を呈してくるでしょう。そのためにはいろんな切り口があると思いますが、なかでもやはり地域、職業、世代というようなところを、具体的に、わかりやすく提言できるようなプランづくりができればよいのではないかと思います。

貴重な意見をいただきましたので、事務局でこれを参考にさせていただいて、素晴らしいプランを作っていただきたいと思います。

(会長)

この議論では「格差」という言葉が出てきました。健康指標は平均でみるとかなり達成している。しかしよくみると高いところと低いところではかなりの距離があり、平均が高くても低いところがあるのではないかと。兵庫県は平均値としては高いと思いますが、低いところをどのように上げていくかということが、「格差」という視点に立って、地域格差、職域格差、世代格差、ほかにもあるかもしれませんが、そのような格差があるなかで生活をどのように支え、健康生活を県民にすすめていくのかということが一つの議論のフォーカスとしてあったように思います。

その点、事務局でご検討ください。

(委員)

「県民の健康を取り巻く現状と課題」の②「健康リスクが高い働き盛り世代への支援」と③「生活習慣（不適切な食生活、運動不足、喫煙等）の改善」ですが、得てして健康リスクが高い働き盛りの方というのは、不適切な食生活があり、運動不足があり、喫煙があり、ということが言えると思いますので、②と③の内容は似通ったものになってはいるように感じますがいかがでしょうか。

(事務局)

ターゲットとしている働き盛り世代が特に健康づくりを考える上で非常に重要だということで、働き盛り世代への支援を特出しさせていただいているところではあります。

生活習慣の改善については、さまざまな世代を通じてのリスクという形になりますが、いただいたご意見を踏まえ、何かよい表現がないか考えさせていただきます。

(会長)

兵庫県はこれまでも職場の健康ということはかなり力を入れているので、「働き盛り」を出されたのかと思いますが、健康リスクと生活習慣をどのように項目として理解していくのか検討をしてください。

それから「骨子案」の方ですが、個人の取組への支援、これは21世紀の大きな課題です。しかし特定健診、特定保健指導を取り仕切っているのは保険者です。企業などの保険者が21世紀は特定健診、特定保健指導を通じて、非常に大

きな役割を果たさないといけなくなっている。特定健診、特定保健指導を受けるとその結果、血圧であるとか糖であるとか、すべてデータヘルスとして記録されています。特定健診は5千万人が対象で、2千万人くらいの方が受診しています。そして4百万人くらいが特定保健指導の対象になり、そのうち17、8%の方が特定保健指導を受けている。その人たちのデータは全部、医療とも繋がる形で、データヘルスに確保されています。

いままでは市町村が基本健康診査を中心に住民の健康、健康づくりに対して大きな責任主体だったのが、これから21世紀は、特定健診、特定保健指導という制度を通じて結果的に保険者にもものすごく大きな責任が下りています。保険者がこれを担えるかどうか力量が問われてくるわけです。制度としてはそうなっていますし、データは全て保険者が持っています。たとえばナショナルの保険者であれば、ナショナルの何万人かの特定健診を受けた人の血圧は全て、年齢階級別に把握しています。それが毎年、定期健康診断で受ける人も含めて全部フォローできる時代になっています。ところがこのデータを十分に使いこなせていないところもあります。

ですからこのプランに保険者の役割に対して、県がどのように支援するのかということがあってもいいのかなと思います。

特定健診、特定保健指導を担っているのは保険者です。保険者の責任で全て実施していますから、「保険者」という概念をどう見ていくのか、これは大きすぎて県としてもなかなか難しいかもしれません。

この点について事務局、いかがですか？

(事務局)

会長が言われた問題は、産業界でも医療界でもトピックになっています。ビッグデータと関連して、県庁のなかでもいくつかのセクションで、我々は我々の立場で、産業界の方は産業界の動きで、ナショナルデータ、ビッグデータの扱いをどうするかということについて検討を始めています。

それは具体的な、健康づくりとかにはなっていませんが、いま言われた保険者の問題についてはここに書き込めると思います。保険者の義務とかは書き込めると思います。

いわゆるICTの話、ビッグデータの取扱い、ヘルスサイエンスの問題については、県庁ではいろんなセクションでこれをどうするかということを保険者も交えて具体的な協議がスタートしたというところまではお知らせできます。

(会長)

県のどこで取り扱っているのですか？

(事務局)

難しい問題です。我々も議論していますし、産業労働のほうでもしています。

(会長)

どこということではないのですか？

(事務局)

それはまだまとまっていません。

(会長)

是非、健康福祉部でやってください。

(事務局)

私自身は産業にはしないという考えですから。

基本的にこの問題については、まさに起こっています。ただ、このプランに書き込めるほどの熟度ではありませんので、少し時間をいただきたい。

(会長)

立ち上がりのな、問題意識的なものを少し入れていただいたほうが、県民に対する啓発もありますし、保険者が大事だと。

(事務局)

少し書きます。

(会長)

いままでは市町村が基本健康診査を実施しており、県民はこうしたことの担い手は市町村だと思っています。

(事務局)

ただ国の方が、非常に速いスピードで、そういうものを求めてきている風潮がありますが、我々はきちんと腰を据えて少し考えてみたいと思います。

(会長)

これはきちんと議事録に残しておきます。

(委員)

いまの事務局のお話を聞いて、ともすれば行政は産業は自分たちの仕事ではないというスタンスが見え隠れします。それなのにプランで「働き盛り世代の健康づくり」というようなことを立てても説得力がない、合致しないように思います。くれぐれもそういう発言は控えていただいたほうがいいと思います。

(事務局)

おっしゃる通りです。ただ我々は県民の健康にとってどれだけ貢献するかという立場から純粋に考えたいということをお願いただけです。

(委員)

よくわかっております。

それからさきほど②と③が似通っているのではないかというお話がありましたが、たしかにこの項目はすべて似通ったこと、関連づけられたことで、特に私は歯科ですが、歯の健康づくりにつきましても、すべての項目と関わりと理解しています。したがって分野別方針ということで県民の方にお伝えすることになると、ともすれば各分野がそれぞれ独立したような捉え方もできますから、なにか各分野の方針について関連づけて総合的に進めていく、というような文言をひとつ加えていただければ、正しく意図が伝わっていくと思います。

(事務局)

一人ひとりが取り組んでいくことも大事ですが、それを支える行政、企業もそうですし、今日、お集まりの皆さんの団体もそうですが、健康って大事なんだ、自分たちの生活を高めていく上で大事なんだ、という気運の醸成について取り組んでいきたいと思えます。うまく文章化できるかわかりませんが、プランに入れたいと思えます。

(委員)

別々なことではないということは県民にはもう少しわかりやすい形で伝えていただければと思います。

(会長)

続いて、協議事項2『「健康づくり実態調査」の調査項目について』を協議したいと思います。

資料について事務局から説明をお願いします。

(事務局)

資料3に基づき、協議事項2『健康づくり実態調査』の調査項目について
を健康増進課長より説明

(会長)

非常に広い領域にわたる項目ですので全体像を掴むのが難しいと思いますが、各項目についてそれぞれご検討をお願いします。このような項目があった方がよいのではないかという具体的な点について各委員の立場からご意見をいただきたいと思います。

(委員)

質問27番「喫煙が与える影響の認知度」のところで、様々な種類のがんの記載があります。8月に県公館で行われた「たばこと健康を考えるフォーラム」でも触れられていましたが、口腔がんが増えてきています。年間1万人近くの方が亡くなっていますし、特に頭頸部がんの60%が口腔がんということになっています。なかでも舌がんが最も多く大きな数値が出ています。こうした点を踏まえて口腔がんを入れていただきたい。

(委員)

調査に関しては網羅的に考えられており、これでよいと思います。

プランに関しては、喫煙、禁煙についてももっともっと強く打ち出していくべきだと考えています。具体的には、教育とのところで、学校での禁煙教育が重要だということを書いていただければと思います。

(委員代理)

我々の団体はここに書かれた内容をいかに住民の側から実践するかということに重点があります。環境からくる健康問題について、この調査項目には記載がありません。花粉、自動車の排ガス、ゴミの処理の問題といった観点はないのでしょうか？

(委員)

こころの問題、ストレスの問題など、ある程度入れられており、これでよいのではないかと思います。資料にある「項目」の部分も調査票には出るのでしょうか？

(事務局)

項目の名前は調査票には出てきません。

順番につきましても答えやすいように並び替えたいと考えています。

(委員)

質問文のみが調査票に出るのであれば結構です。

(委員代理)

食生活に関する調査項目に関してですが、質問 16 番「果物を食べていますか？」というのはこれだけでしょうか？「野菜」とか「〇〇グラム」といったことを書いたほうがいいのではないのでしょうか。もう少し詳しい内容にしてはどうでしょうか。

(委員)

同じく食育の関係です。特に私どもの神崎郡はメタボの子どもが多い。食事、食生活の関係。また、最近は公務員や教員ではこころの問題が非常に重要視されています。調査の結果、クロス集計により、こうした問題が評価できるのではないかと思いますので、その結果を見てみたいと考えています。

調査項目についてはこれでよいと思います。

(委員)

質問 11 番「足腰に痛みのある高齢者の割合」ですが、この設問ですと、多くおられる脊柱管狭窄症の方の回答が出てこないだろうと思いますので工夫していただきたいと思います。

できれば転倒経験もこうした機会に聞いておけばよいのではないかと思います。どれくらいの頻度、期間に起こしたかなどです。

(委員)

一つは、調査対象が 1 地域 500 人で足りるのかということ。格差の問題を測るには、半分の回答があっても 250 人くらいしか出てこないで安定したデータを取ることが難しいのではないのでしょうか。

もう一つは、高齢者の健康の質問 11 番ですが、足腰に痛みのある高齢者の割合というのが、一体、何を意味するのかよくわかりません。むしろコミュニケーションの時間がどのくらい取られているのか、たとえば 1 時間、2 時間、1 日中喋っている、などです。プランの基本理念にある「生き生きと」という意味

では必要なのではないかと思います。

(委員)

調査として、多項目で広範な目的を考えておられるのかもしれませんが、そのなかでも特に「3(1)こころの健康」に関しては、質問数が少ないのではないかと思います。

調査を年齢層でわけておられるので、成人の方であれば、職場において始まっているストレスチェックに対しての意見であるとか、あるいはストレスを感じるのはどのような局面であるのか、といったところを抽出できるような内容にされてはどうかと思います。

(委員)

理念のところに「健康で生き生きと暮らせる社会の実現」とありますが、「こころの健康」のところで、K6を用いています。これは「うつ」とか「不安」とかがないかというネガティブな程度を聞く質問ですので、もっとポジティブな程度を測る項目を入れていただきたいと思います。たとえば「生きがいはどうか」「生き生きと暮らしていますか」「生活のはり」「幸福感」とか。折角、プランの理念でそういうことを謳っているのですから、ポジティブな視点での質問をぜひ入れていただきたいのです。

(委員)

調査項目については先月の8020運動推進部会において意見を述べましたのでこれで結構です。

(委員代理)

質問21番「運動できる場所」という設問がありますが、回答の選択肢は運動をしているかどうか、何時間しているか、ということなので、この質問をどのように捉えればいいのでしょうか。

運動できる場所という意味であれば、神戸市内にはなかなかランニングができる場所がないので、大変よい設問だと思いますが、「場所」に対して「している・していない」になっているので少し違うのかなと思います。

それから未成年用のアンケートですが、「不定愁訴」という言葉が理解できるのかと思いました。喫煙と飲酒はいい設問だと思いますが、大変デリケートな質問ですから回答も難しいし、取扱いも難しいだろうと思いますので、そのあたり少し慎重にお願いします。

(委員)

質問 16 番について、野菜がなく、果物だけということが気になりました。

未成年の質問 8 番「欠食」は、30 日間に欠食をしたことがありますという設問になっていますが、どれだけ覚えておられるかということがありますので、少し質問の仕方を考えていただければと思います。

(委員)

質問 26 番「習慣的喫煙状況と禁煙への意識」ですが、「やめたい」という選択肢に加えて、「禁煙外来へ行っている」といった項目をつけていただければいいのではないかと思います。

未成年の質問は網羅的になっていますが、小学校 6 年生と中学校 2 年生は、「全国学力・学習状況調査」で「朝食」や「インターネット」を文部科学省、県教育委員会でも集約していますので、それもあわせて参考データとして活用いただければいいのではないかと思います。

(委員)

調査対象、方法というところに関して、回収率 50%を目標となっていますが、これだけの調査をされるのであれば、50%という低い数字ではなく、もっと高く設定すべきではないでしょうか。この審議会には各種団体が参加しているので、各団体をお願いして、無作為抽出、郵送ではなく、団体で回収していただくような方法を考えられたらよいのではないかと思います。

(会長)

最低 60%はもらわないといけないと思います。60%を目指すということにしたい。

(委員)

文言修正のお願いです。質問 15 番にある「調剤薬局」の「調剤」を削除してください。昨年末に「患者のための薬局ビジョン」が公表された背景に、昨今の薬局は調剤に偏重しているという批判がありました。誤解を招きたくありませんので、「調剤薬局」の「調剤」を取るようお願いします。

薬局というものが法律上、薬局の許可を取れば、調剤を行う義務を負うことになっておりますので、わざわざ薬局の前に「調剤」を付ける必要がないということです。

(委員)

すでに引きこもっている子がどのように対応すればいいのかということが疑問でした。質問に、何をして一日を過ごしているのか、パソコンばかりかとかそのようなことを聞く項目を入れれば、引きこもりがどのくらいあるのか見えてくるのではないかと思います。

訪問活動のなかで、引きこもっている子はほとんど外に出ないので健康診断にもほとんど行っていない状況ではないかと感じます。引きこもりの子の親に聞いても「元気にしています」で終わってしまいます。

質問として、引きこもりの子は健康診断を受診しているか、一日どのように過ごしているかがわかるような項目を入れてはどうかと思います。

(委員)

20 歳以上の「こころの問題」ということで、質問 9 は比較的年齢層の若い方への設問になっています。(3)「高齢者の健康」で、活動に関することや体の痛みに関する事という項目立てになっていますが、高齢者のこころの問題ということにも目を向けないといけないと思います。なかなか顕在化してこないですが、たとえば老老介護を原因とした事件も起こっていますから、高齢者のこころの問題についての設問も一つあったらいいのかなと思います。

(委員)

調査対象と方法ですが、項目は非常によく多岐にわたってなされていますが、対象となる成年の 20 歳以上男女 5,000 人の年齢のばらつきはどのようになるのか、年齢区分別に何人を対象としているのか。H23 年にも調査をされていますが、特に年齢に関して、年代別にきちんとバランスがとれた形で分けられて回収できたというのであれば、30 歳代がこうでした、40 歳代がこうでしたというクロス集計をしたときにも、いい結果がでます。しかし、人数が偏って、例えば、ある圏域では、50 歳代が極端に少なく 3 人しかいないというようなこととなりますと、それで本当に 50 歳代全体を表していることになるのかどうかという問題が生じます。

このアンケートの取り方について、20 歳代、30 歳代のそれぞれが 10 歳代ごとにきちんとばらつくように予めリストがあって、その中から無作為に選ぶというような形で全体が見えるようにしていただきたいと思います。

なぜそれを言うかといいますと、今年 3 月 28 日の審議会資料としていただいたなかに市町健康増進事業として 3 億円の助成をされています。40 歳以上の住民に対して、壮年期からの健康づくり、生活習慣病予防等の健康教育や健康相談などの促進のために、県から各市町への助成です。その結果として本当に 40 歳以降は、健康に対してみんなが気をつかうようになったというのであれば、

アンケート結果からそれが見えるのです。しかし、単に全体を20歳以上としてまとめてしまうとそれが見えない。県が公金を支出しているのですから、その投資効果を見るためにも、是非、年代がうまくわかるように、集計後の活用のごとも考えて調査をしていただきたいと思います。

(会長)

20歳以上とまとめないで、年齢区分をどのようにしているのか。これは20歳以上はランダムなのではないでしょうか。

(事務局)

いずれの調査も若い世代の回収率は低いので、高齢者の方が回収率は高くなる傾向にあります。

(会長)

人数の割り当て方は適切ですかという点を聞いているのですが。

(事務局)

その市町の人口比に基づいて割り当てています。

(会長)

そうすると20歳代、30歳代ばかりになり、80歳代はほとんどいないこともあるのではないのでしょうか。そうすると80歳代の意見が聞けないということになりませんか。

(事務局)

人口比によって算出していますので、20歳代のかたも70歳代の方も80歳代のかたもいらっしゃいます。

(会長)

しかし7,80歳代は非常に少ない。20歳代、30歳代が多く、比率からすると半分くらいになると思いますが、それでいいのか、ということです。

人口区分の考え方を明確にしていきたいということです。

(委員)

受診抑制の問題を聞いていただけたらと思います。健康感にいちばん影響する問題ですし、医療機関が近くにあるかどうかということは地域格差の問題が

わかってきます。費用がかかるから受診しないのかという問題もわかってきます。受診抑制、受診を控える要因についても聞いていただければと思います。

(委員)

「こころの問題」について、ある一人暮らしの88歳のおばあさんに話を聞きましたが、たとえば、独居でも、郵便配達の人と出会えばその人と話すなど、誰とも話をしない日がないよう、一日、誰かと話をしているということです。地域活動への参加という設問がありますが、話し相手のこと、誰かと話したことがあるかとか、そういった設問を入れていただいたらいいのではないかと思います。

(委員)

プロフィールのところになりますが、その方が病気をされているかどうかという点は項目として入っていませんね。糖尿病については書いてありますが、それ以外の疾病についてどうなのかということを知りたいのですか。

(事務局)

属性のところでは治療中であるかを入れるとうまくクロスできるようになるかと思いますが、いまのところは入っていません。

(委員)

疾病を持っていることによって答えも変わってくるということも可能性としてあるように思います。特に高齢者の方、あるいは中堅世代でもがんを患いながら、元気に健康に暮らしているということもあると思いますので、そういう項目も加えられたらどうかと思います。

(会長)

皆さん、非常に貴重なご意見をいただき、事務局にとってはこのあと整理が大変だと思います。それぞれ貴重なアイデアだと理解して取組んでいただきたいと思います。

また委員の皆さんは今日、言い残したことがあれば、具体的にこのように聞いて欲しいということを事務局に提言いただければと思います。ただ委員の皆さんの言葉がそのまま載らないこともありますのでその点はお含みおきください。

短時間でしたが活発なご意見をいただきありがとうございました。

6 閉会