

# 平成18年度第二回生活習慣病対策協議会 議事録

## ・開会

(近藤課長補佐)

ただ今から、「平成18年度第二回愛知県生活習慣病対策協議会」を開催させていただきます。

開会にあたりまして、健康福祉部 吉田 技監よりごあいさつを申し上げます。

(吉田技監)

皆様、こんにちは。真冬とは思えない暖かい日が続いておりますが、本当にお忙しい中、今日の会議にご出席いただき、誠にありがとうございます。

また、日ごろから本県の健康福祉行政に御理解と御協力をいただいておりますことをこの場をお借りして厚く御礼申し上げます。

もう皆様は、ご存知だと思いますが、平成18年6月に医療制度改革関連法が成立しました。この医療制度改革の大きな目玉として、生活習慣病対策の推進が挙げられています。

その具体的な取組として3つの柱があります。

1つ目は、健診・保健指導の重点化と効率化であり、内臓脂肪症候群の該当者・予備群に対して、保健指導を徹底します。

2つ目は、医療保険者による保健指導の取組強化です。平成20年度から医療保険者が特定健診・保健指導を実施し、未受診者の確実な把握とともに、健診結果とレセプトを突合せするなど、医療費の適正化と保健指導の評価に取り組んでいきます。

3つ目は、都道府県の総合調整機能の発揮と都道府県健康増進計画の内容充実です。

今後は、医療保険者、事業所、市町村等の役割を明確にしながら、地域全体で総合的な生活習慣病対策の推進を図っていかなくてはなりません。

愛知県の健康増進計画であります「健康日本21 あいち計画」は昨年度、皆様のお力添えを戴いて、中間評価を実施したばかりではございますが、来年度、「医療費適正化計画」との整合性を図った内容に、見直しをする予定です。

このような情勢から、本協議会は、今まで以上に重要な位置を占める会になっていくと確信しております。

短い時間ではございますが、皆様の忌憚のない御意見を賜り、実りある会議としていきたいと思っておりますので、どうかよろしく願いいたします。

(近藤課長補佐)

本来でありますと、ここで委員の皆様の御紹介をさせていただくところではありますが、時

間の都合上、お手元の構成員名簿と配席図で変えさせていただきます。なお、本日は愛知県学校保健会 副会長の石井悦雄様、愛知県健康づくり食生活改善協議会 会長の大岩つた江様、愛知学院大学心身科学部 教授の佐藤祐造様、愛知県保健所長会 会長の服部悟様、中京大学体育学部 学部長の湯浅 景元様には、御都合により御欠席となっております。

続いて、本日の資料の確認をさせていただきます。予め郵送しておりますけれども、「資料1 平成18年度第一回生活習慣病対策協議会に出された「課題・要望」」、「資料2 平成18年度生活習慣病対策協議会各専門部会報告」、「資料3 平成19年度愛知県生活習慣病対策事業について」、「資料4 健康日本21あいち計画の改訂について(概要)案」、「資料5 がん対策基本法の概要について」、「参考資料1 医療制度改革の概要」、「参考資料2 「健康日本21」中間評価報告書案」、「参考資料3 愛知県のがん対策について」であります。さらにお手元に各専門部会からの報告にあります、歯科保健対策部会からの差換えと、本日開催いたしました糖尿病対策部会からの追加資料を配布いたしております。不足している資料等ございましたらお知らせください。

さらに、本日は中垣委員から「歯の8020さわやか手帳」と論文が3点あります。1点は日本語のもので「学校保健研究」、他英文のものが2点、さらにお手元にマグカップをお配りしております。中垣委員からいただいたものであります。

それではまず、御報告ですが、本日の会議につきましては、愛知県生活習慣病対策協議会開催要領、第6、第2項の「協議会を公開することにより、適正な運営に著しい支障が生じると認める場合」という規定に該当しませんので、公開とさせていただきます。

また、開催するにあたり、愛知県のホームページに傍聴手続き等を公表しましたところ、傍聴希望の方はいらっしゃいませんでした。

それでは、議題に入りたいと思います。会長は第一回協議会の際に富永委員を選出していただいております。それでは、これ以降の会議の進行は、富永会長にお願いいたします。富永会長におかれましては、議長席の方へ、御移動願います。

(富永委員議長席へ移動)

## ・ 議題

(富永委員)

ご紹介いただきました富永です。今回も引き続き会長を務めさせていただきます。皆様、御協力のほどお願いいたします。

早速ですが、議題1の「平成18年度第一回生活習慣病対策協議会に出された「課題・要望」」について、事務局が課題や要望とその対応状況を整理していただきました。では事務局から説明をお願いします。

(池戸主幹)

それでは資料1に基づきまして説明させていただきます。まず、健康日本21あいち計画全体についての問題点・要望で「生活習慣病全般について、検討する部会がない」ということですが、このことについては後ほど資料3で新年度の予算も含めた形で説明いたします。先

ほど技監からもありましたが、医療費適正化計画と関係して、新たな部会を設けていきます。

次の糖尿病については3点ございます。「糖尿病対策地域連携ガイド」に歯科を含めて欲しい」「糖尿病対策地域連携ガイド」の【重症化・合併症】に足の壊疽・切断を入れるべきではないか」という御意見については、それぞれ保健所に例を示しまして、「連携ガイド」の中で記載をおこなってきております。この「連携ガイド」につきましては、今年度各地区の医師会にご協力いただきまして、それぞれ保健所ごとの作成をしております。年度内には完成する予定です。3点目、「メタボリックシンドロームと糖尿病についても、「糖尿病対策地域連携ガイド」の中に取り入れて欲しい」ということで、今年度糖尿病を中心とした形で連携ガイドを作成しておりますが、19年度予算では内容を広くした形で連携ガイドを作成することで予算要求しておりますので、それに対応していきたいと考えております。

次のがん対策でございます。「がん検診の5年間未受診率を0に近づける。市町村と連携・協働のもと、検診の受診を促進するための方法を検討しなければいけない。」というので、このことについては節目検診を無料にする等の受診勧奨が有効策と考えておりますので、市町村の予算の範囲内ということをお願いをしているところですが、当然受診の向上ということも図っていかなくてはならないと考えております。「検診実施機関の機能評価が必要ではないか。」ということにつきましては、各部位ごとの精度管理委員会におきまして、意見照会して検証を今後進めていくということでございます。「登録事業に関して、医師・事務員への啓蒙活動が不足していないか。」というので、登録事業につきましては、毎年県内の医療機関に依頼文書を出して御協力いただいております。また保健所からも色々な形で今後お願いをはかっていきたいと考えております。「個人情報保護法と登録事業の関係。どこまでが個人情報保護法の適用外なのか。」ということですが、委員の皆様にも個人情報の関係で関係書類を送付させていただいております。今後国に対して、個人情報保護の観点を考慮して、がん登録制度の法的整備を進めるよう要望していきます。昨年6月に成立したがん対策基本法には正式に織り込まれませんでした。付帯決議の中には入っておりますけれども法律の条文の中には入っておりませんので県としましても要望していきたい。

循環器疾患でございます。「登録事業について、強化地域を設定する等の対応を行い、精度管理に努めたい。」というので、登録制度を高めるためには、モデル地区を設定して事業を行うことも一つの方策として今後検討は必要であろうと思います。さらに平成20年度から施行されます医療制度改革の中での健診・保健指導等の情報を考慮してあわせて検討していく形で考えております。それから循環器疾患で個人情報の関係の要望が出されております。確かに個人情報保護法の中で「公衆衛生の向上・・・」というところがございます。しかし3行目にありますように循環器疾患の場合には本人が病名を知っていることが一般的であることから「同意が困難である」とは言い難い。これが県の個人情報の条例の解釈からいえるということ、どうしても氏名、生年月日等が出てしまうと本人の同意を求めてくださいということになるかと思っております。これにつきましても、今後の課題という形になると思いますが、がんの登録も見据えて今後対応が必要になるのではないかと思います。

最後に歯科保健ですが、「歯周病対策について、関係機関・団体との連携機能を充実させていきたい。」というので、今年度歯周病対策機能連携検討会を設置してございまして、歯

周病・糖尿病・喫煙に関する実態調査を県内の病院や薬局に御協力いただきまして実施しております。これらの情報を保健所で歯周病対策にいかしていきたいと考えております。「肥満と歯周病には関係があるといわれている。メタボリックシンドロームはライフスタイル全体の問題なので、歯も忘れずに入れていって欲しい。」ということで、メタボリックシンドローム対策との連携といたしまして、「歯の健康づくり得点」の活用を一層図りながら歯周病対策を継続して実施していくことで対応していきたい。

がん対策につきまして、また後ほど基本法の関係、予算の関係を説明させていただきますので、よろしくをお願いします。

(富永委員)

ありがとうございました。何か御意見、御質問は、よろしいですか。

では、次の議題「各専門部会からの報告」ですが、時間が短いので簡潔にお願いします。資料に沿っていきたいと思います。がん対策部会の田島委員のをお願いします。

(田島委員)

がん登録事業については、今年度は部会であまり議論しなかったが、がん登録情報はすべてのベースになるので非常に重要であります。最も議論したのは、がん検診の問題でして、先ほど事務局からお話がありましたが、がん検診がどの程度なされているのかが分からないので、様々な検診をもっと一元的に把握する必要があるのではないかということです。それから市町村によって予算枠がばらばらで、100%カバーできる予算を組んでいるのか1割しかカバーできない予算なのかを洗いなおして、場合によっては行政指導が必要ではないかということが議論されました。最も大切な精度管理ですが、先ず検診を受ける側の問題で、受診率が低いとか、精検に来ないという何のための一次検診なのかといったことです。それから検診事業の機能そのものがばらばらついている。病院の機能評価も進んでおりますが、後で御紹介いたしますが、検診実施機関をきっちり評価して、ちゃんと精度管理ができて合理的ながん検診が進められているのかどうかをきちんと評価して進めていくべきではないか、ということが論議されました。いずれにしても、がんの場合にはこの4月からがん対策基本法が運用されていきますので、それを追い風に進めていきたいと考えております。がん登録も、登録精度の低いところは保健所を通じて病院に登録勧奨をしていただいたり、具体的に進めていきたいと考えております。以上です。

(富永委員)

ありがとうございました。質疑はあとでまとめて行いたいと思います。

次は循環器対策部会からの報告を豊嶋委員をお願いします。

(豊嶋委員)

循環器対策部会では循環器疾患登録事業について一番話し合われました。まず、循環器疾患登録の現在の届出件数や地域的な偏りを考えるとデータの信頼性の点で問題があること。

発症率の推移を把握するためにも、例えば脳については岡崎を中心とした東三河地域、心臓については尾張西部、循環器呼吸器病センターを中心としたモデル地域を設定して精度の高い登録事業を行うとよいのではないかと。また、循環器の救急病院で働いているような現場の医師は、診療と臨床で手一杯である。精度の高いデータを収集するには人的支援が必要であり、登録を専門にしてもらえらる専門職、事務の人を雇って登録事業に従事させるといった方策が必要ではないかと。

それから、基本健康診査について、今後の生活習慣病対策は予防に重点が移っていくことになるが、予防医療というのはより効果が期待される若年の方に対して実施していくのが望ましい。

医療制度改革の概要について、制度改革により保険者間で健診データを移動させることができるようになるが、個人に対してもその旨周知しておくべきと考えます。

今後の方向性としては、循環器疾患登録事業について、モデル地区を設定して登録事業を行うなど、登録制度を高めるための方策を検討する。以上です。

(富永委員)

ありがとうございました。個人情報保護法についてですが、一般的に知られている病気でも個人情報であることにはかわりはないので、それが同意なしでいいかどうか。がん登録が例外扱いされるように地域で完全に循環器疾患も登録できるようになればよいのですが。

(豊嶋委員)

先ほど、事務局から個人情報の関係で「がんの場合は本人に病名が知らされていない場合があるため、がん登録の説明を本人に対して行い、個人情報と個人属性の取得の同意を本人から得ることは出来ない。したがって、がん患者の場合には、本人の同意を得ずに、研究を目的とした個人属性と個人情報を得ることが例外的に許されるが、循環器疾患の場合は本人に病名を通知していることが一般的であるので、がんの場合と同様の理由に基づいて個人情報取得の同意なしで済ませることは難しい」との説明でした。しかし、現在では、がんの病名告知は100%行われており、先ほどの理由付けは現実の状況とは異なります。個人情報を登録者側が知りたい真の目的は、「誰がどういう病気になっているのか」ではなく、一人の患者さんが同じ発症事件で複数回登録されることを防ぐことであり、個人情報は登録時点で照合のために一時的に分かれればよい。連結可能匿名化すればその目的は達せられるはずであり、この目的を良く理解して、実現可能な方法を考えていただきたい。

(富永委員)

モデル地区でより正確に罹患率をカバーできるようにしていくなどして、循環器疾患登録の制度を高めていきたい。

(豊嶋委員)

数が増えても発症数が増えたのか、登録された数が増えただけなのかどうかははっきりしな

い状態のまま続けることには問題があります。

(田島委員)

がん登録の場合は患者会からも「がん登録の必要性はわかるから、しっかりやってもらいたい。ただし、その意義がわかるように説明してもらいたい」と言われた。モデル地区から県全体へという形で進めていけないのではないか。

(志賀委員)

細かいことですが、2つ。まず、「岡崎を中心とした東三河地域」とあるが、「西三河」ではないか。

個人情報について、前回もお願いしたのですが、平成20年度からの特定健診のシステムになったら、個人がある程度特定できる状態で健診をさせていただかないと、本当の意味での特定健診・保健指導として進められないのではないか。なんとかIDを決めていただいて、個人が特定できなくてもいいから、識別ができるようにその辺のところを考えていただきたい。

(富永委員)

とりあえず、循環器疾患はここまでといたしまして、何かありましたら後でお願いします。歯科保健対策部会から中垣委員報告をお願いします。

(中垣委員)

お手元の差替え資料をご覧ください。私たち歯科部会は1月25日に開催いたしましたので、ご存知のとおりフッ化物洗口も順調に、歯周病ネットワークも順調にしております。そこでの主な意見がありますので見ていただいて、健康日本21地方計画は地域の特徴を生かした展開が必要であるということで、「愛知は元気」と産業面でいわれてますが、「健康づくり」でも日本の元気に、他の見本になるように、愛知県の特徴のあるものにした方がいいという意見が出されました。

歯周病と肥満の関係について論文も出ておりますので、メタボリックシンドローム対策の中に歯科を、国の中には入っていませんが、愛知県ではぜひ入れてほしい。また、歯周病対策機能連携検討会議ということで、薬剤師会の先生や医師の方と一緒にやっておりますが、そこでの調査で、病院では医師や看護師、薬剤師の先生が歯科のことを指導しておられることがわかりましたので、それに対するサポートをやるべきではないかということでした。

フッ化物洗口は順調に進んでますが、乳幼児の歯科保健のアウトソーシングについては気をつけなくてはいけないということが出ておりました。「歯の健康づくり得点(20点満点)」は、今日お配りした手帳は飛島村でやっているのですが、健康日本21あいち計画でも16点以上という目標が出ておりますのでそれを展開していく、さらに特定健診などにも活用できるのではないか。

その論文に、常滑と飛島村のデータが出ておりますので、飛島村では歯周病予防という

ことでこのような形で展開しております。歯科では、このように「みえるデータ」が出てきておりますので、引き続き糖尿病などと一緒に取り組んでいきたいと思っております。以上です。

(富永委員)

ありがとうございました。質問は・・・よろしいですか。

それでは、糖尿病対策部会の報告が追加資料ということであります。佐藤部会長が御欠席ですので、事務局から報告をお願いします。

(川崎主査)

本日午前中に糖尿病対策部会を開催させていただきましたので報告します。各保健所ごとに「糖尿病地域連携ガイド」ができつつあり、このガイドは作成することに意義があるのではなく、ガイドを元にネットワークの充実させることが大事であり、そのためのツールとなるのではないかと御意見をいただきました。また、外食栄養成分表示店を平成 11 年度からおこなっておりますが、昨年度、今年度と指定数が伸び悩んでおり、そのことも含め「食事バランスガイド」の活用を含めた普及方法の検討が必要ではないかという御意見をいただきました。

市町村における糖尿病対策の取り組み状況について御議論いただいたところ、平成 17 年度基本健康診査結果における糖尿病事後指導等状況調査を踏まえると 40 歳以上の男性の約 3 割以上が BMI 25 以上であり、今後はこの年齢層をターゲットにした糖尿病対策・メタボリックシンドローム対策を推進するべきではないか。市町村計画が策定されていますが、その事業展開がきちんとなされているかどうか、事業が目標達成のための取り組みになっているかどうか検証・検討が必要ではないかという御意見をいただきました。

そのことを踏まえまして、今後の方向性として、平成 19 年度にむけて糖尿病対策の取り組みというものを市町村・保健所・医療保険者等関係機関に提言する必要があるのではないかとことから、資料の裏面にありますように、平成 19 年度は糖尿病対策部会から各関係機関で取り組んでいただきたいということで 3 つの提言をいたします。1 つ目は今年度策定いたしました「『糖尿病対策地域連携ガイド』の活用を」ということ、2 つ目は「40 歳以上の男性にメタボリックシンドロームの概念を」ということ、3 つ目に「計画目標実現のための取り組みをきちんとしていただきたい」ということ。特に糖尿病対策については、個人の意識と行動の変容を如何に理解させるかが課題であることから、個人が積極的に参加できるようなメニューや時間帯を考慮し事業を行う必要があるということで、事業の展開の際にこのようなことを考慮していただきたいと提言していくことになりました。

外食栄養成分表示店について、現在の指定状況や表示方法等についての意向調査を行うなど、検証にむけた取り組みを平成 19 年度にするということで本日の部会報告とします。

(富永委員)

ありがとうございました。本日午前中に開催された部会の報告でした。

佐藤委員は御欠席ですが、何かありますでしょうか。

(志賀委員)

前回もお話しましたが、「糖尿病対策地域連携ガイド」は、地域によっては、いい加減という言葉を使っては申し訳ないのですが、「本当かな」という意見が出そうなものもあると聞いているので、保健所で調べ直し、作り直しをしていただけたらよいのではないかという声を会員から聞いております。よろしく手配をいただけたらありがたいと思います。

これも前回少しお知らせいたしましたが、現在、県下の医師会の間ドックをやっているところを対象にメタボリックシンドローム、糖尿病のことについてアンケートや数値を集めるという作業をやって、今 4000 名を目標にして、約 3700 名の方から御返事をいただいております。佐藤先生と大澤先生にまとめていただいております。医師会の本会議を 3 月 13 日に開く予定ですので、ぜひまたお願いがございましたら御参加いただきたいと思います。3700 名のうち幸いなことに糖尿病治療中の方は 194 名しかおりませんで、糖尿病未治療が 3500 名、そういう方たちを一応捉まえております。腹囲を測ることは結構受診者の抵抗にあうので、また考えながら、次年度きちんと測らせてもらえるようにして、データの精度を高めていきたいと思っております。上手くできましたらこのデータをお示しいたしますので、お時間をいただけたらと思います。よろしくお願ひします。

(富永委員)

「糖尿病対策地域連携ガイド」ですが、一般的に連携というと総論的で誰がリーダーシップを取るのか曖昧ですね。県・市町村・医師会・職域などやはり色々な次元からの連携が必要だと思ひますが、広がりすぎてもまとまらなくなりますが、中心になるところを決めなくてはなかなか進まないと思ひます。

(志賀委員)

そうですね。そこら辺は佐藤先生たちと相談しながらやらせていただきます。

(富永委員)

他にありませんか。

それでは各部会からの報告が終わりましたので、全体について御意見をいただきたいと思ひます。

(田島委員)

生活習慣病の共通部分は多く、例えば、歯の数が少ないほど食道がんのリスクが上がり、糖尿病の場合もがんの危険度が上がりますので、一緒に取り組んでいかななくてはいけない。また、がん登録にしても「意義はわかるけれども、十分な情報を我々は得ていない」という一般国民の方々の意見があり、情報提供が不十分だと反省しております。一方では情報が過剰に伝わったり、予防・効果には限界があるのに過剰に期待されたりすることもあって、情

報提供そのものも気を付けていかななくてはならない。

(樋口委員)

薬剤師はこういう議論の流れの中で関わるのは非常に難しいものがございます。でも、いろんな意味でメタボリックシンドロームについてこのようにレベルの高い議論がなされていますが、一般県民は全然わかっていないというのが現実です。1月7日に愛知県薬剤師会主催でウィル愛知で公開講座を開きました。メタボリックシンドロームに関して講演を行ったのですが、その反応でも一般県民にとってすごく遠い存在であると感じました。我々薬剤師のいる、ファーストアクセスである薬局には、庶民がお医者さんに行くかどうかという判断を仰ぐ、世間話のついでにそういうことを話題にできる、相談できる機能があります。それを生かしていかないと事業を進めても県民になかなか浸透していかない。そういうところを我々薬剤師会としても県民に近い立場として、啓発・相談活動に重点をおいて会員を巻き込んで取り組んでおりますのでよろしく御協力をお願いしたい。

(富永委員)

本当に一般の県民はまだまだ御存じないですね。

他に何かありますか。

(伊藤委員)

ちょっとわからないところがありまして、この生活習慣病対策が基本的に目指すものは医療費の適正化でしょうか。それとも健康の改善でしょうか。というのは、がんと循環器は命に関わるもので、生活習慣病や糖尿病とは別なもののように思うので、一緒にされてしまうと理解できないのですが。

(富永委員)

大変鋭い御指摘だと思います。健康づくりの推進と医療費適正化は裏表の関係にありまして、完全には分けられないのですが、本来は健康づくり・生活習慣病予防があって、その推進をするうちに結果的に医療・介護費用の削減になる、私はそう理解しているのですが。

(増井課長)

おっしゃるとおり、健康づくりが主でありまして、医療費適正化は国が進めていることでありますが、愛知県としては「健康日本21あいち計画」でいろいろな方面の目標をつくって健康づくりを推進するということ、また昨年度「健康長寿あいち宣言」をいたしまして、健康になって長寿を全うするということであげておりますので、それが基本的な目的になるのではないかと思います。

(富永委員)

他に御意見・御質問はございませんか。

それでは議題 2 は以上にいたしまして、次の議題 3「平成 19 年度生活習慣病対策について」。まず事務局から説明をお願いいたします。

(池戸主幹)

それでは資料 3、4、5、それから参考資料 1 について説明させていただきます。

まず、資料 3「平成 19 年度の愛知県生活習慣病対策事業について」ということで、まだ議会への議案が提案されておられませんので、申し訳ありませんが金額が入っておりません。また来年度の第一回の協議会ではお示しできるかと思えます。

生活習慣病対策事業ということで、5 本の柱からなっております。今回がんの拠点病院の関係で一つ増えておりますけれども、これは強調の意味で、がん対策事業の一つということになります。新規事業を中心に説明させていただきます。生活習慣病対策推進費でございます。7 番に「健康日本 21 あいち計画改定事業費」ということで、資料 4 を御覧ください。資料 4「健康日本 21 あいち計画の改訂について」の「背景及び経緯」について、技監からの挨拶にもありましたけれども、22 年度までのあいち計画がございまして、昨年見直しをいたしました。ところが昨年 6 月に医療制度改革関連の法改正が行われまして、健康増進計画の見直しもありますけれども、医療費適正化計画も新たに作ってくださいという形になりました。医療費適正化計画の中でも特に糖尿病等有病者の予備群の減少率、健診・保健指導の実施率の目標やその達成に向けた施策について、ということで医療費適正化計画と健康増進計画の追加・見直しという形になります。参考資料 1 の 4 頁を御覧ください。ここに「都道府県における 3 計画と医療費適正化計画との関係」という形になっております。「国の基本方針」のすぐ下に「医療計画」「健康増進計画」「介護保険事業支援計画」がありまして、右側に「医療費適正化計画(平成 20 年～24 年)」となっております。健康増進計画の中を見ていただきますと、先ほど申し上げましたとおり、糖尿病・高血圧症・高脂血症の患者・予備群の減少に関する数値目標、健診及び保健指導の実施率等について記載を下さいという形になっております。医療計画については、脳卒中・がん・糖尿病等の疾病別の患者の年間総入院日数や医療機関の機能分化等を入れてください、となっております。それから、それぞれ整合性をとっていくという形になります。ですから、来年度医療計画の見直しも行います。健康増進計画も見直しを行います。介護保険事業支援計画につきましては 3 年に 1 期という形になっておりまして、現在 18 年から 20 年という形で計画がなされております。こちらについては変更しないという形になっております。医療費適正化計画を作成するにあたっては、医療計画、健康増進計画の見直しを行い、計画期間は都道府県によって決めてくださいという形になります。これは医療費適正化計画について載せてありますが、実はがん対策基本法も今年の 4 月から施行されまして、19 年度の前半に国ががん対策の基本計画を作成します。後半ではこの基本計画を元に県が推進計画を作っていくという形になりまして、その推進計画につきましても、医療計画・健康増進計画との調整を図るように言われております。がん対策も含めて 4 つの計画が整合性を持って作っていかなくてはならないという形になっております。

1 頁に戻っていただいて、若干医療制度改革の中の概要を説明いたしますが、「医療制度

改革大綱の基本的な考え方」ということで、「1(2)生活習慣病対策の推進体制の構築」で内臓脂肪症候群の概念を導入し、予防の重要性に対する理解の促進を図る国民運動を展開、併せて保険者の役割の明確化、被保険者・被扶養者に対する健診・保健指導を義務付けとなります。健康増進計画については先ほどお話いたしました。それで、国の方としては、生活習慣病予備群・有病者については、2007年を基点として2015年までに25%削減を行っていきたくております。今回このメタボリックシンドロームにしばっていくのですが、新たな法律を作るのではなく、老人保健法を改正してやっっていこうということで、6頁を御覧ください。「1 「老人保健法」の名称を「高齢者の医療の確保に関する法律」に変更」。「2 医療費適正化計画」につきましては先ほど説明いたしました。「3 医療保険者に40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者を対象とする「特定健康診査」「特定保健指導」の実施を義務化」。これについては、下の表を見ていただきますと、左に老人保健法、右にその改正後が載せてございます。現在健康保険等の被保険者は除きますが、国民健康保険等に入っている方、健康保険の被扶養者で40歳以上の方は老人保健法に基づく健康診査をそれぞれ受けてみえるかと思えます。そして市町村が実施義務となっております。それが法改正によりまして、医療保険者がそれぞれ行っていくという形になります。当然国民健康保険、政府管掌健康保険、健康保険組合等になっていきます。これは一応74歳以下となっておりますが、75歳以上につきましては5頁に「2(2)新たな高齢者医療制度(後期高齢者医療制度)の創設」ということで、75歳以上の後期高齢者については独立した医療制度を創設するとなっております。県全体の広域連合、各市町村が構成員となります広域連合を作りまして、その中でやっっていくこととなります。75歳以上の健康診査につきましては努力規定ですので、今後広域連合で検討されていくこととなります。6頁に戻りまして、現在老人保健法で行っております健康手帳の交付から訪問指導までありますが、健康診査の一部が「高齢者の医療の確保に関する法律」に移りますが、それ以外の残ったものにつきましては、健康増進法の中で実施されていくこととなります。がん検診や39歳以下の健康診査等につきましても健康増進法の中で行われていきます。40歳以上の健診をどうしてやっっていくかについては、7頁の一番上、「医療費適正化の考え方」ということで特定健康診査を義務付けし、一定の基準に該当する者を選別し、特定保健指導を実施することにより生活習慣病のリスク要因の減少さらに生活習慣病に起因する医療費の減少というところまでいければということとなります。一定の基準に該当する者の選定ということですが、8頁に「メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの流れ」が載せてあります。8頁以下の資料につきましては現在検討の段階で、修正が予定されておりますが、方向性としては変わりません。医療保険者に計画を作成していただきまして、健診を実施して、健診の結果によって判定をし、判定結果によって保健指導を「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の3つの区分に分けます。区分に基づいて、「情報提供」は生活習慣の改善等に関する情報提供は行いますが保健指導は行いません。「動機づけ支援」、「積極的支援」につきましては保健指導を重点的に行っていくという形になります。健診については、10頁、11頁によりまして階層化を図っていくということとなります。この基準につきましても変更が予定されておりますので、また新しい情報につきましては次のときに御説明する形になる

かと思えます。12 頁に新健診と各種健診の健診項目の比較が載せてございます。これも現在、国の方で労働安全衛生法の関係と新しい健診の項目が一緒であることが望ましいわけですが、調整中ということでございます。今日午前中に開催いたしました糖尿病部会の津下先生のお話でもまだ変更されるということですので、3 月まで待っていただきたいということでございます。こういう形で健診・保健指導が進んでいきます。

6 頁まで戻っていただきまして、「5 医療保険者は、特定健診・保健指導に関する記録を保存」ということで、電子媒体で保存することが決まっております。それから先ほど志賀先生から個人の健診データの関係のお話がありましたけれども、法律上は保険者の保険者間のデータの移動はできる形になっております。しかし、最近の国の会議の中でそれは原則ではなく例外とする。その前に何がつかというと、本人の同意がある場合は保険者間のデータの移動は可能、つまり個人情報関係があつて、本人の同意があれば保険者間、例えば健保から国保に移ったときに動かせる。その逆もあるわけですが、各健保同士のデータも本人の同意があれば動かせるということですので、本人に1年間に2回も健診を受けさせるのはどうかなという気はしておりますけれども、法の解釈としてはそういった形で運用したいと考えております。地域の、市町村国保のデータというのは市町村それぞれですべてわかるようになっていますが、政管健保の方達の情報がわからないということはありますけれども、支払いの時に国の方にすべてデータがいきます。国の方でその情報を匿名化して、都道府県・市町村へ流すという形になりますので、それぞれの市町村での結果がトータルしてわかる。ですから地域の健康に関する課題等につきましても地域で把握ができる、それぞれ個人の把握は無理ですが、情報の集計はできる形になると聞いております。それから「7、施行日は平成20年4月1日」となっております。

資料4に戻っていただきまして、こういった形で医療制度改革を進めていくということで、県として健康増進計画の見直しが今後必要になっていきます。「2 事業の概要」の中で「(1) 県民健康・栄養調査の実施」ということで今年の3月、今年度予算でやりたいということで計画をしております。調査を4000名を対象としてやっていきたいと考えております。(2) ですが、平成19年度予算で検討部会を立ち上げまして、見直しを行っていきたいと考えております。裏へいきまして、「3 部会の位置づけ」ということで協議会の下に部会を設けるということであります。「4 医療費適正化計画との整合性を図るため、「あいち計画」で追加される項目」は(1)～(10)まであります。実際はこれだけですみませんので、これに波及するものも当然出てきますので、実際に計画を見直していかなければならない項目はもっと増えていくという形になっております。「5 計画の推進予定」ということで、19年に項目の追加・策定を行っていきます。現在のあいち計画が22年を最終年度としておりますので、一応3年計画となります。しかしながら、現在国の方も各都道府県の都合にあわせまよとっておりますけれども、流れとしては5年、5年、5年というのが続いております。がん対策基本法の推進計画につきましても、5年ごとに見直しという形になっておりまして、今のところ次の年は3年という形で各説明を行っておりますけれども、最終的には医療計画との整合性を図っていかなくてはならないと考えております。

資料3に戻っていただきまして、「生活習慣病対策推進費」の「9 特定健康診査等指導

者養成事業費」ということで市町村国保等の保健師・管理栄養士等の研修を3回ほど予定しております。「10 生活習慣病保健指導医研修事業費」ということで県の医師会、県の歯科医師会に委託しまして、それぞれ今回の医療制度改革等の主に健診と保健指導の研修を行う予定であります。

「がん対策事業費」ですが、「4 がん医療促進事業費」ということで、資料5を御覧ください。「がん対策基本法の概要について」で第1章総則から第4章がん対策推進協議会まで構成されております。そしてその下に付帯決議があります。第2章に、国ががん対策推進基本計画を策定するので、都道府県は推進計画を策定しなさい。第3章で基本的施策が3つ掲げられております。「1 がん予防及び早期発見の推進」、「2 がん医療の均てん化の促進」、「3 がん研究の推進」となっております。「がん医療の均てん化の促進」の中で拠点病院と書いてございます。資料5の裏側にがん診療連携拠点病院ということで、今まで6つの病院が指定を受けております。昨年国のガイドラインが変わりまして、それに基づきまして、新たに申請を行いました。ガイドラインで今までは地域の拠点病院という名称でしたが、「都道府県の拠点病院」が1カ所、それから「地域の拠点病院」という形で階層化が図られましたので、「愛知県がんセンター中央病院」を都道府県の拠点病院として申請をし、新たに名古屋大学等申請しまして、昨年12月27日の国の検討会において承認されまして、1月31日付けで指定が行われました。県内の指定状況といたしましては、県の拠点病院が1カ所、地域の拠点病院が10ヶ所という形でございます。これについてまた来年度事業展開していくという形になります。戻っていただきまして、第4章がん対策推進協議会というのがございます。国ががん対策推進基本計画の策定のためにがん対策推進協議会を置きます。愛知県も推進計画を作るために検討会の開催を予定しております。資料3に戻っていただきまして、「がん対策事業費」の中で「がん対策医療推進事業費」ということで「がん対策推進計画策定事業費」がございます。「がん検診受診率向上運動事業費」として、がん検診の普及啓発のためのキャンペーンをやっていきたい。その下に「がん診療連携拠点病院機能強化事業費補助金」ということで、先ほど申しました11の病院に補助が出ますので、その中で県が負担しなければならない8病院に補助を新たに行っていくということでございます。今回この拠点病院で何をやっていただくかということ、また資料5の裏に戻っていただきませんが、図の中段にありますように、県のがんセンター中央病院の役割としましては、「県のがん診療連携協議会の開催」だとか「地域拠点病院医療従事者への研修」、「情報提供、症例相談、診療支援」等が行われていきます。地域の拠点病院につきましては、「地域のかかりつけ医への研修」だとか「情報提供、症例相談、診療支援」という形になります。これは事業をやっていただいて補助をしていくという形になります。

次に「歯科疾患対策事業費」でございますが、「7 8020 表彰者追跡調査事業費」でございますが、平成元年から表彰制度を県の歯科医師会で行っていただいております。今回は現在85歳になられる人（平成13年、14年に表彰を受けられた方）、それから平成元年、ちょうど100歳になられる方の訪問調査をやっていただいて、表彰を受けられたあとの調査を行っていただいて、症例を集めていただいて報告していきたいと思っております。「8 8020 あいちプロジェクト事業費」につきましては、知識普及がメインですが、一般の県民の歯へ

の健康意識を高めるということで、イベントを県の歯科医師会、できれば民間企業にも参入をいただきまして事業の展開を図っていきたくて考えております。

関連事業ということで、「健康長寿あいちの推進事業」ということで載せてございます。「1 メタボリックシンドローム対策事業」ということで、「(1) 運動指導者育成事業」につきましては今年度と同じような形で進めていきます。資料の訂正をお願いいたしますが「(2) 糖尿病・・・」となっておりますが「メタボリックシンドローム対策地域連携ガイド普及事業」というように訂正をお願いいたします。先ほど御意見をいただきましたが、より幅広い形での社会資源をいかしていきたいと思っておりますので、各関係団体の方たちの御協力をいただいて、ガイドを普及していきたいと考えております。「(3) アクティブウェルネスサポート事業」ということで、これも知識普及ということで民間企業の参加をいただいて実施をしていきたいと考えております。「2 あいちヘルシーネット推進事業」でございますが、これについてはこの事業は最初「健康カード」という形でしたが、カードを使うのがいいのか、携帯を使うのがいいのか、県民の方達がいかに健康づくりを継続してやっていけるのということで、県としてどんなツールが提供できるのか検討していきたいと考えております。

以上、長くなりましたが19年度の事業について説明させていただきました。

(富永委員)

どうもありがとうございました。膨大な資料で、初めて聞いた方にはなかなか理解しにくいと思います。本日の一番重要な議題ですけれども、これにつきまして御意見等ございましたら、どうぞ。

(中垣委員)

先ほど田島委員もおっしゃっていましたが、がんの方でも歯科を入れてほしいということなんですけど、それだけではなくて、生活習慣病対策を進めていくには食事や歯の関係を入れないと完成しないのではないかという視点で申し上げたい。例えば資料4の2頁目、先ほど糖尿病と歯周病に関するところで肥満も関係あるということで、歯科の対策を進めると肥満も減りますし、がんの予防となるということで、11番目ぐらいに歯科の項目を入れていただけたらいいのではないかと。これは歯科の部会の共通理解なんですけど、本人がやらなくても学問的とか色々根拠のあるところで、愛知県がやろうということになるのではないかと考えております。やはりメタボリックシンドロームをやっていくときに歯科を入れていかないと完成しないと思いますので、入れてほしいと思います。全国のどこを見ても歯科の成人病に対する対策はほとんど根拠がないので、愛知県ではきちんとシステム化しておりますので、入れていただきたいと思っております。

(豊嶋委員)

先ほどの御説明を伺っておりますと色々な事業があるのですが、行ったことを評価するためのシステムの開発とか予算の配分とかがあまり考えられていない。がんや循環器の登録事

業は重要ですが、その登録数を上げるための方策を考えるのも大切です。それで絶対良くなるとは言えないですが、何らかの方法を考える必要があります。先ほど志賀委員もおっしゃいましたが、健診の個人が定まらないということになると健診の成績でも継続的に見て良くなってるか悪くなっているかという評価が難しい。そのためのシステムを整えるためには、例えば法律とか条例で取り決めることが考えられます。目的を生活習慣病対策の効果の評価のためにということで、県の条例などで登録を実施するようなアプローチが私は必要ではないかと思います。昔結核などは非常に保健所がしっかりやられておられた、あれも結局法律があったからですね。循環器にせよ、がんにせよ、登録をしっかりとやろうと思ったらそういうところを考えなければならないと思います。以上です。

(田島委員)

豊嶋委員の御意見については、確かに法律や条例を整備していく、それからやはり保険制度がインセンティブのようなもので資料を回収していくということもあるんですけど、いずれにしてもですね、だんだんそういう方向にいくように登録に関しては追い風も吹いてくるのではないかと楽観的に捉えています。

私は(資料4の4)、2番目はメタボリックシンドローム予備群の推定数、6番目はメタボリックシンドローム該当者の推定数、前々から思っていたのですが、メタボリックシンドロームという定義は非常にチャミングですが、私たちから見て今ひとつわかりにくい。予備群を見つけて対応していくというのはわかるのですが、5番目から高脂血症の推定数、糖尿病有病者の推定数、高血圧症有病者の推定数とあって、これプラス、メタボリックシンドローム該当者の推定数があるのかどうか非常に疑問に思います。その辺はあいち計画の中でも検討していく必要があるのではないかと思います。

(富永委員)

メタボリックシンドロームの定義は皆さん御存知だと思いますが、そんなに曖昧ではないと思います。他には。

(徳留委員)

がん対策基本法が施行されると、がん登録も含めてかなり充実すると思うのですが、資料5の裏面で「連携拠点病院」が挙げられていますが、その中で「情報提供」があります。この中にがん登録の登録というような情報が含まれているのかどうか、あるいは指導といったそういう方向へもっていかれるのかどうか。それから循環器疾患に関する登録があまり進んでいないので、がん登録と同様に予算の裏づけをもって、そして拠点病院を作るような形で、循環器疾患の登録を充実すべきではないかと思うのですが、あいち計画ではそのあたりはどう進めていくのか教えていただければありがたい。

(池戸主幹)

情報提供については、各拠点病院で相談支援センターを設けます。各病院24時間というわ

けにはいきませんが、それぞれ自分のところの担当以外の患者さんの相談についても担当するという形になっていきます。その「情報提供」にはがん登録のそれぞれの情報は入っておりません。例えば「その病院の5年生存率はどうですか」といった質問への情報提供は可能かと思います。

それから、循環器も含めてですが、今回参考資料1の4頁の医療計画のところを御覧いただきますと「脳卒中、がん、糖尿病等ごとの医療機関の機能分化と連携」とございます。ですから、機能の分化につきましては医療計画の中でうたっていくという形になります。ただ、がんにつきましては、推進計画を作っていきますので、その中でも当然うたっていくという形になるかと思います。色んな計画は調整して、それぞれ健康福祉部の中での連携を図っていくという形になるかと思いますので、各検討会につきましても当然他の部屋の方々にも入っていただいてやっていく形になりますので、連携は図っていけると考えております。

（豊嶋委員）

細かいことですが、その計画には脳卒中が載っていますが、心筋梗塞などは入っていないのでしょうか。つまり循環器疾患という捉え方ではなくて、脳卒中だけでしょうか。

（富永委員）

心疾患等もちろん大切ですが、できるだけ早期に発見して特に寝たきり防止のために脳卒中が登録の方が重要だと思います。

他に何かありますか。

（堀田委員）

最初豊嶋委員が提案されました評価委員会を作るということに大賛成です。かなりの予算をつぎ込んでおりますから、それなりの結果を評価する委員会を作り、最終的な評価をするべきではないか。

それから先ほど県の方がおっしゃいましたが、厚労省もメタボリックシンドロームの診断基準に非常に混乱しておりまして、おそらく参考資料1の10頁の保健指導対象者の選定と階層化が変わってくるのではないかと思います。我々研究者は欧米と同じような診断基準にすべきだと思いますし、最近東大をはじめとして特に女子の腹囲がそぐわないという意見が出ておりますけれども。

（池戸主幹）

この診断基準につきましては、全国统一で行われます。と言いますのは、今回説明しなかったのですが、参考資料1の14頁に「医療保険者による後期高齢者支援金の加算・減算」がございます。これをやるためには全国统一の診断基準を設けないと評価ができないという形になっておりますので、10、11頁の階層化は国の基準に沿った形で載せてありますので、国が階層化の基準を変えれば、それにあわせて変えていく形になるかと思います。

(藤岡委員)

がん対策基本政策については、別の協議会なり会議を開いていく予定なのか、まだそこは決まっていないのかもしれませんが、もし違うところでやるとするならば、今までの国等の動きを見ておきますと、医療ですとか研究ですとかそちらの方が重点的に進んでいるような感じを受けてしょうがないんです。今回田島委員から「愛知県のがん対策」ということで参考資料をいただいておりますが、そのデータを見ますと、早期発見というところでもかなりばらつきがあることがはっきりしてます。予防・発見というところも十分に取り入れていただかないと、出発地点が中途半端な形で進みますと結局最後の治療を良くするというところまでつながらないと思いますので、ぜひそういうことを考慮していただきたいと要望させていただきます。

(大藪委員)

歯科のことについて、これは要望なんですけれども、先ほど中垣委員がお話になられました資料4の裏側、「4 医療費適正化計画との整合性を図るため、「あいち計画」で追加される項目」で(1)~(10)まで、これからまだ追加される可能性はあるということでしたが、要するに生活習慣病に関する有病者と予備群をまずきちんと把握、情報収集して分析するというのが追加されているのではないかと思います。結局生活習慣病の予備群を把握して、その部分に対応して、最終的には医療費を下げるという狙いがおそらくあると思いますが、その時、先ほどもお話に出てきましたけれど「糖尿病と歯周病」ですとか「肥満と歯周病」などに相関関係があるのは明らかだと思います。先ほど歯科保健対策部会で報告がありましたけれども、私もその委員にさせていただいておまして、病院歯科での調査がありました。その中で、教育入院をしている病院の中で歯周病に関するプログラムを組んでいるところがどのくらいあるかという数字が出ました。それを見ますと23.6%の教育入院をしている病院で歯周病のプログラムがあります。ですから、4つのうちの1つの病院では教育入院のプログラムの中に歯周病が組み込まれているんです。ただこれを多いとみるのか少ないとみるのかはまだ判断できないのですが、明らかに糖尿病の担当の先生方も歯周病は必要だと考えてみえるはずなんです。ただ、先ほどの資料の中にもありましたけれども、治療をしているのが医師・看護師が多いものですから、マニュアルが足らなくてやらないというところも多いはずなんです。ここの医療費適正化計画の中で、まず有病者・予備群のデータを取ることでしたら、肥満・糖尿病の有病者・予備群と歯周病との関係について調査をしていただけるといいベースになるのではないかと思います。これはちょっと話が横道に逸れてしまうのですが、歯科疾患をきちんと治療すると医療費全体が下がるというデータが実はあるんです。これは行政が得られたデータはまだないんですけれども、兵庫県と香川県で、県の歯科医師会と県の国保連合会が、歯周病ではないのですが8020の達成者と達成していない方の医療費の比較を、国保連合会の協力で県の歯科医師会がしたんです。それで両方の県で明らかに数値の差が出てきているんです。歯科疾患をきちんと治すと医療費全体が下がるというデータが出ていますから、これとは直接関係はないんですが、医療費適正化っていう意味では有用な手段になるのではないかと思います。そこら辺も少し考えていただけたら、お

願いできたらと思います。

( 富永委員 )

8020 達成者と達成していない人では、歯だけではなくて生活習慣全体に大きな差がありますので、一概には言えないかなと思います。

( 志賀委員 )

時間がありませんので、質問一つと強い要望を一つ。質問ですが、今の御説明でいくと、第一回の協議会だったと思いますが、地域・職域の連携推進会議ですか、あれはもうやらないのですか。

( 池戸主幹 )

来年度も開催を予定しております。

( 志賀委員 )

予定をしている。でも先ほどの国の考え方というお話の中でいけば、結局データの移動なんて考えないということであれば何をやるんだという話になりませんか。せめて愛知県はきちんと保険者間の移動というものもとらえて、県民のための健康推進策として考えていたかないと、先ほど伊藤委員からのお話にもありましたが、なんだかんだ言たって結局は医療費の適正化しか考えていない、国民はどうなってもいいという話に繋がってしまうのではないかという気がしますがいかがですか。

( 池戸主幹 )

保険者間のデータを動かすとなると、やはり健保組合・政管健保・国保の同意が必要だと思います。それについては、保険者協議会というのが国保連合会で設けられますので、そちらで検討していただきたいと県としてはお願いする形になるかと思います。

地域・職域につきましては、健保組合との協力も必要ですが、県全体の疾病等についてのデータは国の方から県にもデータが送られてきますので、匿名化されていますが、県全体の数字としてはわかりますので、そういった形で県全体の健康に関する課題を検討し、今後ポピュレーションアプローチをどう行っていくかといった検討を地域・職域の中での検討項目の一つになっていくのではないかと考えております。

( 志賀委員 )

国は、確か東大だったと思うんですけど、この制度を使ってどういう風に医療費の適正化をできるかということをもう二ヶ所でやっていますよね。それを国としておやりになるのはいいんですけど、結局統計データだけが県に戻ってきても、それを減らす努力は何もないという話になったら何のためなんでしょう。データだけもらっていればそれでいいということなんですか。保険者、特に健保組合っていうのはいかに安くできるかっていう考え、当然国

保でもそうですが、それでいいんですけど安くするためにはどうしたら安くできるかということを考えなくては意味がないじゃないですか。我々は医療費をたくさんくれていう話ではもう医師会はほとんどやっていないと思うんです。その辺の考え方があまりに、何のためにこういうことを変えるのかということが全くないなという今の説明の感じなんですね。なので、何とかその辺を「愛知県としてはこうなんだ」と「県民のためにこう考えて、こうやって、色々なところに迷惑をかけるかもしれないけど、県民のためにはこうなんだ」という納得できる方法を作るべきではないですか。

(富永委員)

それは要望ということでいいですか。

(志賀委員)

はい。要望です。

(八橋委員)

先ほど御説明がありました「健診・保健指導」の方でございますけれど、実は愛知県栄養士会の方で、この1月に県下の市町村の行政栄養士の設置状況の調査と市町村で栄養士を設置をしていないところには「設置してほしい」と陳情に参りました。平成20年度から始まりまず保健指導が重要なことでありますのでよろしくということで、私の方で18の市町村を回らせていただきました。それで、非常に内容はわかるんですが補助金がないですとか栄養士会の方からはこの業務をやるからよろしくということなんですけども、行政の方からは今のところそういう要望はあまりございませんと言われた市町村がございます。ぜひこの事業を進めるにあたることで、職域とかで市町村の行政栄養士を設置するような働きかけを行政からもしていただくようお願いしたい。ちなみに現在59の市町村がございまして28市町村に行政栄養士さんがいらっしやいまして、47.5%です。特に愛知県は、ちょっと悲しくて、47都道府県のうち下から14番目ぐらいの市町村の行政栄養士という少ないものですから、そこら辺のところもあわせてお願いしたいと思います。

先ほど説明がありました保健指導のステップ1の方を、栄養士会でも4月14日に研修を予定しておりますので、この研修にも市町村の方にもぜひ参加いただいて、私達栄養士としてもこの市場が広まっておりますのでしっかり勉強してやらせていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

・報告

(富永委員)

ありがとうございました。まだ色々御意見等あるかと思いますが、お時間もありませんので次の議題へいきます。「3 報告」が二つございまして、「(1)「健康日本21」中間評価について」は参考資料2、「(2)愛知県のがん対策について」は田島委員から参考資料3

について報告をしていただきます。

まずは「(1)「健康日本21」中間評価について」、私の方からポイントだけ報告させていただきます。参考資料2「「健康日本21」中間評価報告書案」、これは厚生労働省のもので愛知県のものではございません。1頁の概要は皆様に御覧いただいて、報告のポイントだけ。そもそも今回メタボリックシンドローム対策を中心に生活習慣病対策を行っていくことになったわけですが、その経緯は2頁にありますように「1.1 適正体重を維持している人の増加(肥満者等の割合)」で20~60歳代男性の肥満者の割合が減るところか増えている、また女性もあまり減っていないということ、もう一つは「2.2 日常生活における歩数の増加(日常生活における歩数)」も男女とも減少しています。肥満が増えていることと運動不足であるということで、メタボリックシンドロームに重点を絞った対策をとったわけでございます。それ他はあまり変更はありません。

3頁の「歯の健康」、これは本当に優等生ですすべての領域でうまくいっていますね。特に愛知県は非常に進んでおりますので、中垣委員のお力だと思いますが、他との差が歴然としておりまして他が追いつくのを待っているようなきらいもございますので、自信を持っていただきたい。

中間評価は平成17年度でして、18年度まで及んでおりますが、今度中間評価報告書が出ます。その改善を目的とした新規目標項目として、2頁「1.15 メタボリックシンドロームを認知している国民の割合の増加(メタボリックシンドロームを知っている人の増加)」、3頁の一番上「2.7 安全に歩行可能な高齢者の増加」これは介護予防の転倒防止ですね、具体的には開眼片足立ちを20秒以上できる人の増加です。問題は「4 たばこ」ですが、ここには「4.5 成人の喫煙率を減らす(喫煙している成人の割合)」とありますが、年末の部会で喫煙率の数値目標は中止になりまして、愛知県はきちんと設定していますが、国は諸般の都合でどうしてもできないということで、代わりに「やめたい人がやめることを支援する」ということで、数値としてあげていないけれど実質的に辞めたい人が全員やめた場合の案の1をやっていくというのが厚労省の案でございます。

あとは「7 糖尿病」でメタボリックシンドローム関係が追加されます。ですから追加されたのは、メタボリックシンドローム関係と安全な歩行という介護予防の観点でございます。何か御質問はございますか。

それでは田島委員、報告をお願いします。

(田島委員)

「愛知県のがん対策について」ということで、がん検診の精度管理が大きな問題になっており、これについてはずいぶん議論しました。検診の実態をきちんと把握する必要があるということで、県下の26検診機関に対する精度管理と機能評価のための調査を実施しました。表の読み方に注意していただきたいのですが、2頁には大事な要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応的中度を各部位のがんごとに17機関について最小値・最大値・平均値を示しています。この中には特殊な医療機関において検診をやっているものがありまして、それを除外すべきだったと思います。次の頁を見ていただければよくわかると思うのですが、A

～ Qまで 17 機関ありますが、例えば D や Q は要精検率が他の機関に比べてかなり高いということで、これは疾患予備群が多く検診を受けているためです。時間がありませんので、問題点だけ指摘させていただきます。まず、こういった調査をやることによって、各検診機関に何が必要かということが初めて認識でき、非常に意義があると思います。こういったことを調査したかということ、Q 1 ～ Q 9 までありまして、私たちが大事だと思っている一つは「Q 2 初回受診者、繰り返し受診者別に集計しているかどうか」ですね。初回受診者と繰り返し受診者では発見のリスクが違います。それに関連して「Q 6 要精検の判定に当たり、前回の検診結果を参照しているかどうか」、これも無駄な要精検判定につながらないし、要精検といわれた被検診者に精神的ストレスを与えないので必要なことです。Q 2 には「×」が非常に多いので、ほとんど分けていないというのが実態です。こういった調査をこれから何回か繰り返しながら、今までそういうことが意識されていなかったことに対して、一つは啓発しながら、一つは改善を求めながら、がん検診の精度がずいぶん改善されていくのではないかと思います。

次に、付録の抜粋ですが、黒石先生が今まで全国レベルで研究でやっておられたことを愛知県の市町村版に置き換えて、各臓器のがん検診のカバー率が死亡率の低下に貢献しているかどうかを評価してもらいました。ざっと見まして、住民検診ががんの死亡率の低下に寄与しているのではないかという傾向が出ているので安心しました。過去 10 年間の死亡率を前期 5 年と後期 5 年に分け、10 年間の平均検診受診カバー率と前後期間の死亡率の低下との関係を示しております。子宮頸がんは国際的に子宮頸がんの検診の効果が上がっていると言われており、愛知県でもきれいにできています。肺がんは男性では不明確ですが、女性では低下しています。乳がんも低下傾向が出ております。大腸がんは男性も女性も低下の方向で出ております。そういうことで、検診のカバー率は愛知県でも市町村別に見て、死亡率の低減に寄与しているのではないかと思います。最後の 14、15 頁は、いかに地域がん登録が重要であることを示したスライドで、最初の 3 枚は地域がん登録の精度により罹患率が変わるのでできるだけ精度を上げなくてはならない。次の 3 枚は、検診を受けた人たちではより早期のがんが見つかる率が高くて 5 年生存率が高くなることを示しております。県民に少しはインパクトを与えるかなと思うのですが、乳がんに関して、愛知県がんセンターで計算した数字です。病巣進展度で「非浸潤がん」に対して「転移がある」がんでは、治療費は上がって 5 年生存率は下がり療養期間が長くなるんですね。早ければその逆になる。そういった生のデータを県民に伝えて、できるだけがん検診を受けて早期発見につとめてもらう具体的な方法を考えながら、効率のいい住民検診を進めていくことが必要ではないか。そのためには検診の事業の機能管理も重要であるということを挙げております。以上です。

( 富永委員 )

ありがとうございました。がん検診の精度管理の調査をやっていただいたことは非常に良かったと思います。30 機関を対象にして 26 機関から回答していただいたということで、まだ回答していただいていないところもあるようですが精度管理をしていないと考えてよいのではないかと思います。将来はこういうデータを市町村にも配布して、がん検診をどこの機

関をお願いするかという入札の時に、価格だけではなく検診の質も考慮してやっていただきたいと思います。

時間が押しておりますけど、何かありましたらどうぞ。

(内藤委員)

市町村保健師は今 850 人弱になりました。がん対策も歯も糖尿病も脳卒中なども、各保健師本当に一生懸命頑張ってやっているといます。しかし私達は個人で動くわけにはもちろんまいません。医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会等色々なところと協力をしながらやっておりますので、保健師が各先生方のところをお願いに行ったりとか御無理を言ったりとか色々あるかもわかりませんが、ぜひ御協力をしていただきまして、また御指導をお願いしまして、そして住民のために働いております保健師をもっと活用していただければと思っておりますので、一言お願いいたします。

(富永委員)

ありがとうございました。特定保健指導では保健師さんが主役となりますので、ぜひ頑張っていただきたいと思います。

(酒井委員)

健康づくりリーダーなんですけれども、私達の活動はほとんど一般の方たちと運動を一緒にやりましょう、特に高齢者に対して今年度はあちこちから依頼が多かったんですけど、それが行政から依頼される地域とまったくされない地域とすごく差があります。しかも完全なボランティアのところと報酬が多少あるところとあって、そこら辺のところの差が同じ仲間として、どのようにどこに訴えたらいいのかとか運動指導が、ほとんど運動指導でやっているんですけど、運動指導のできていないリーダーもたくさんいるので、それを知っていくようにするための何かを私達も一生懸命やっているつもりなんですけど、なかなかそれがうまくいっていないというところもあります。一生懸命やってはいますので、できたらリーダーさん達をうまく使っていただけるように行政の側にも考えていただければありがたいと思っています。

(富永委員)

よろしいでしょうか。それでは、時間が超過してしまいまして申し訳ありません。これで本日は終わらせていただきます。本日はありがとうございました。

(池戸主幹)

富永会長、どうもありがとうございました。それでは、会議の終了に当たりまして、健康対策課の増井課長からお礼のごあいさつをさせていただきます。

(増井課長)

本日は長い時間にわたりましてありがとうございました。来年度は非常に重要な年になりますので、本日いただいた意見を元に今後の政策に役立てていきたいと思えます。本当にどうもありがとうございました。

(池戸主幹)

それではこれもちまして、平成 18 年度第二回愛知県生活習慣病対策協議会を終了させていただきます。本日は、長時間にわたりまして、ありがとうございました。