

## 平成28年度 神奈川県生活習慣病対策委員会 議事録

日 時 平成29年 3月30日 (木) 18時30分～20時00分

場 所 神奈川県歯科保健総合センター 501研修室

### 1 あいさつ

玉木保健福祉副局長

### 2 委員及び幹事自己紹介

### 3 議 題

(1) 平成28年度かながわ健康プラン 2 1 目標評価部会の開催概要について  
<事務局より資料 1～6 について説明>

(渡辺会長)

事務局からの説明の内容が多かったので、順番に行きたいと思います。まずは、スケジュールについてです。これについては、目標評価部会では、特に意見がありませんでしたが、どうでしょうか。

来年度、評価を行うということですが、これはもう決まっておりますので、目標評価部会では、そのスケジュールを確認したということになります。

今、事務局から説明がありましたように、項目 2 の健康格差の縮小を図るといふ指標については、これまで基準値がなかったもので、2 次医療圏単位での 65 歳からの平均自立期間ということで、事務局から提案がされまして、部会では、これでいいだろうという結論がでております。

(鈴木委員)

資料 3 の県内の健康格差の縮小を図るといふ項目の表の見方ですが、2 次医療圏単位で、平成 22 年度の数字が男性 0.87 年、女性 0.79 年であり、平成 25 年度の数字が男性 0.81 年、女性 0.76 年ということではないのでしょうか。

また、このデータというのは、県の健康長寿・健康格差調査等分析事業から出されたのでしょうか。

(事務局)

2 点ご質問いただきました。

1 点目の表の見方ですが、計画基準値は平成 22 年度であり、その数字が男性 0.87 年、女性 0.79 年ということです。また、それに対応する平成 25 年度の数字が男性 0.81 年、女性 0.76 年ということです。

また、その出典は、県の健康長寿・健康格差調査等分析事業から数値を持

ってきています。

(鈴木委員)

県の健康長寿・健康格差調査等分析事業というのは、数字がいつ分かるのでしょうか。調査結果が、いつ分かるのかというのを知りたい。健康寿命というのは、国民生活基礎調査から分かるものであり、公表までに時間がかかっているようです。県の方は素早く分かるのでしょうか。

(事務局)

毎年度末に、2年前のデータが入手できます。

(鈴木委員)

平成 25 年度以降のものも、今の段階で分かっているということでしょうか。

(渡辺委員長)

今のご質問は中間評価の時には、もう少し新しいデータがでるのかということかと思えます。

(事務局)

平成 26 年度のデータにつきましては、近いうちにお示しできます。

(鈴木委員)

国の健康格差の状況は、都道府県の健康寿命の差を比較しているが、今回、65 歳からの平均自立期間とした理由を教えてください。

(事務局)

国の方は、健康寿命ということで出しているのですが、国の方のデータは都道府県レベルのデータしかとれません。県の計画ということで、市町村の状況がとれるものということで、今回は選んでいます。

介護保険の要介護 2～5 の認定を受けている者については、市町村のほうからデータをいただいております、このデータは安定的にとれるということで選んでいます。

(渡辺委員長)

このやり方も国の指針の中の 3 つの測定の一つの方法であり、これが一番とりやすいデータであり、これを使ったらどうかということだと思います。

(水嶋副委員長)

市町村毎に、報告書として公表するかどうかは、目標評価部会で検討しているので、公表しないことについては、異論はないです。ただし、市町村毎にデータがあった方がいいのではないかと思います。その理由は、医療圏によっては、市町村の数や人口数が多く、例えば、横浜市であれば、18 区あって、3 つの医療圏となっております。区によって、平均寿命も健康寿命も違うというのが分かっています。

また、定義上、要介護 2 が非自立ということは厚生労働省の研究班がその

ように言っていますので、それに合わせるということでもいいのですが、市町村は平均自立期間を延伸するために健康づくりの事業とか、要支援を対象とした介護予防事業を展開していますので、その事業評価に使えるような意味づけとして、市町村毎にデータを出すことは、有意義だと思います。

(事務局)

まず、今回市町村毎でなく、2次医療圏単位とした理由ですが、市町村毎の数値ですと、市町村の方から意見があるかもしれないということにも配慮して、2次医療圏単位ということで提案をしています。

なお、市町村ごとのデータは、整理はしています。

(水嶋副委員長)

介護保険事業というのは、市町村事業です。自分たちが頑張ったかどうかをフィードバックするためには、市町村毎の数字を出して提供すべきだと思います。

2次医療圏毎ですと、頑張ったところと、頑張っていないところが希釈されて平均されることになります。同じように頑張っていないのか、頑張っているところが頑張っていないところに打ち消されているのかどうか、読み方が違うというのが、懸念のところですよ。

(事務局)

数字については、市町村毎に出しております。市町村にも提供させていただいております。ただ、今回の評価につきましては、県内において格差があるかどうかを判断するものですので、市町村毎でなく2次医療圏単位で評価しています。

委員が言われるように、個々の市町村の取り組みに関しては、それぞれ市町村にデータを提供しています。具体的な取り組みの参考にさせていただくために、情報提供していきます。

(渡辺委員長)

市町村には、市町村毎のデータを渡して、かつ、2次医療圏毎のデータを渡せば、自分の市町村がいいのかどうか、分かるということだと思います。

(事務局)

そのとおりです。2つのデータを渡すことで、自分の市町村の状況が分かると思います。

(渡辺委員長)

次に、資料5、6の中間評価のイメージについてですが、事務局の案に対して何かありますか。

私からの質問ですが、最終的には、どのような形で評価をするのでしょうか。

(事務局)

この評価につきましては、計画に 53 の評価の指標があります。個々の数値目標については、該当年達成予測値を達成している、未達成、基準値より悪化、直近値が把握できないという 4 区分で個別に評価を行います。

次に、分野別の評価ですが、資料にありますように、項目によって数が違います。分野ごとの趨勢を把握するということで、資料 5 の分野別の評価にありますように、A B C D ということで、それぞれの分野に盛り込まれている数値目標について、全ての数値目標が達成していれば A、半数以上の目標値が達成していれば B というような形で評価を行います。健康に関する参考指標等も加味し、総体的な評価を行います。

3 段階、つまりそれぞれの目標値に対する達成状況、分野毎の目標値の達成状況、それから総体的なその他の数値も活用した形での目標状況の達成状況を見るということを考えています。

資料 6 は、数値目標の達成状況、分野別の評価、それから総体的な評価について、それぞれの評価が見られるような形で、整理をさせていただいています。

(平野委員)

関係団体には医療機関も含まれると思いますが、市町村の健診と地域の医療機関とが連携して、経過を見ていくというのは、長崎県内の市町村を見ても思うところがあります。つまり、行政と地域の医療機関との連携が上手く行くと、重症化が抑制されるという印象があります。

関係団体の取組みに対する評価の自己評価でよくできたというのは、何か基準があるのでしょうか。

(事務局)

こちらの関係団体の取組みの自己評価の区分については 厳密な形での基準を設けてはいません。これについては、各団体の自己評価ですので、これに関しては主観が含まれていると思っています。

(鈴木委員)

資料 3 の項目 25 に健康格差対策を図っている市町村の増加とありますが、具体的にどういうことをやっていれば、図っていると回答していいとなっているのでしょうか。これは自己評価・判断に任せるということでもいいのか、それとも、ある程度の目安があるのでしょうか。

(事務局)

こちらにつきましては、平成 28 年度は、33 市町村中 33 市町村が実施していると回答しています。各市町村の方で、実施しているかどうかを判断していただき回答をいただいています。具体的な基準があるということではありません。

(渡辺委員長)

33市町村中33市町村ですので、これは100%達成できているという、こととですね。

(事務局)

そのとおりです。

(1) 平成28年度かながわ健康プラン2 1目標評価部会の開催概要について  
<事務局より資料7～9について説明>

(渡辺委員長)

ただいまの事務局からの説明につきまして、意見等がありますでしょうか。

(堤委員)

がん・循環器部会に関連して伺います。部会の中で、受診促進のための取り組みが必要という意見がありましたが、具体的なヒントとか、そのような話題は、部会の中でありましたか。

(事務局)

部会の中で出た話題としましては、横浜銀行と連携して、金利を上乗せすることにより受診促進につなげるという工夫が紹介されました。

(堤委員)

好事例の報告があったということですか。

(事務局)

はい、そのとおりです。

(堤委員)

参考資料2のリーフレットはどのような形で配布をされているのですか。

(事務局)

様々な形で配布していますが、例えばがん患者さんがおられる拠点病院で配布しています。また、神奈川県立病院機構では、生命保険会社と連携協定を結んでおり、生命保険会社を通じて、県民の方に配布しています。

(水嶋副委員長)

参考資料2のリーフレットの5つの習慣の中の基準値のうち、中高年男性の適正なBMIが21から27になっています。国立がんセンターの方でそういう数値を出しているのでしょうか。

特定健診などでは、25までとなっていると思いますが、見た方が混乱するのではないかと思ったのですが、どうでしょうか。

(成松委員)

このデータは、県立がんセンターの方で出しているものです。出典はいます

ぐこの場で出てこないのですが、国立がん研究センターが出している数字を持ってきています。

(渡辺委員長)

メタボリックの数字とは違うのですね。

(成松委員)

そのとおりです。

(水嶋副委員長)

がん・循環器部会ですが、特定健診の受診率の件では、被保険者と被扶養者に分けると、資料8にありますように、被扶養者の方が、被保険者よりも受診率が低くなっています。そのため、地元で受診が受けられるきっかけを作るとか、土日の買い物のついで受けられるというような工夫が必要ではないかと思っています。平成20年から特定健診がスタートしていますが、このギャップはずっと埋まっていません。

女性の健康づくり、健康維持の観点からも、被扶養者を女性と決め付けるわけではありませんが、上手な取組みをしているところ、他の都道府県でもいいのですが、好事例を探し出していただけたらと思います。

保健指導についても同様に、例えば協会けんぽの状況では、動機付けに関しては、非保険者と被扶養者にやや差があって、3か月から6か月の積極的支援では、両方とも低いイメージです。この保健指導についても、医療機関まで出向かないと実施できないという状況ですと、なかなか数字が上がらないと思います。土日の大型スーパーのスペースを利用するとか、受診券を当該市町村に所在地にある医療機関のみならず、広域で、相乗り型でやっていくというような、チャレンジングな検討が必要ではないかという意見が出ました。

(渡辺委員長)

働いている方は、会社で健診を受けて、産業医などから指導を受けられる方もいるのではないかと思います。会社で指導を受けると、特定保健指導に行かない方もおられるのではないのでしょうか。

(水嶋副委員長)

働いている方は、労働安全衛生法に基づく、事業主健診で採血の結果は出ていない状況でも、肥満があり、血圧が高くて、タバコを吸っていると動機付け支援以上の対象者になります。

ただ、結果が出るタイミングが後回しだと、めんどくさいとってしまうのでしょうか。本当は人間ドックと同じように、その日の帰り際に特定保健指導をやるということだと、上手くいくかなと思います。

(成松委員)

がん検診の評価に関してコメントさせてください。神奈川県では、地域がん

登録を非常に長くやっています。いわゆるがん検診を評価するエビデンスにがん登録をもっと使っていただければいいと思っております。

例えば、今回資料にあります陽性反応的中度とか、要精検率は、やはり有病率に左右されてしまいます。具体的に言うと、がんの有病率に大きく関係すると考えられるその地域の高齢化率に大きく影響されてしまいますので、感度・特異度という観点からも、がん登録を使った評価のデータを、是非使っていただければと思います。神奈川県はがん登録をやっている数少ない都道府県であり、国のガイドラインでも地域がん登録のデータを使って評価することが求められています。

それから、コール・リコールの話も出たのですが、勧奨することが実際に受診につながるのかということだけではなく、その後がんの発見につながり、さらに死亡率の低下につながるのかを評価することが、がん登録を使うことで、これは事業的には大掛かりになるのですが、他の県よりも比較的簡単にできるのではないかと思います。他の県でやろうとすると、たとえばコホート研究をやらなければいけないのですが、神奈川県では、がん登録を使うことができるので、そういった意味でも使い道があると思います。

3つ目は、特に胃がんのリスク検診がそうですが、新しい検診を使っている市町村があります。その市町村のその検診が、本当にその地域の死亡率を下げたかどうか、がん登録を使っていなかったら、最後まで分からない部分があるわけです。そういった観点で地域がん登録のデータを活用いただいて、神奈川県が他の都道府県より、さらに一歩進んだ取り組みをするように、是非使っていただければと思っています。

(渡辺委員長)

がん検診での陽性反応的中度が、子宮頸がんだけが過去、全国平均よりずっと悪いです。陽性反応的中度が悪いということは、偽陽性が多いということだと思いますが、精度管理が悪くて、異常でない人も異常としてしまう可能性が高いとも思いました。何故、こんなに神奈川県だけが悪いのか疑問に思ったのですが、何かありますか。

(事務局)

ご指摘のあった件については、分科会の委員にも伺ってみたのですが、今は何故なのか分かっていないという状況です。

(堤委員)

陽性反応的中度自体が、上がったたり下がったりすることにはすごく違和感があります。基本的には、有病率と検査の感度・特異度で決まってくる値のはずなんですけど、いわゆる精密検査を受けられていなくて、ゴールドスタンダードに合致しないため、この数字が動いているというふうにはとれないんですか。

なんで陽性反応的中度が動くのかは、分からないのですが、こういうものなんですか。

(事務局)

がん検診のデータだけで、なぜ陽性反応的中度が動くのかまでは、正直分からない状況です。

市町村で、一定の基準の基で、子宮がん検診であれば、2年に1度やっているという中で、有病率の高いところだけを、その年はやっているということはありません。そのあたりのところは、分科会の委員にもよく確認をしていきたいと思います。

(渡辺委員長)

大腸がんについて、精密検査が増えると医療機関が検査の対応ができるのかということがありましたけども、分科会に出席された委員から何かありますか。

(増沢副委員長)

一昨年の大腸がんの分科会で、どのくらいの施設で、内視鏡ができるのかということ、県から大腸がんの分科会で報告していただきました。

大腸がんの場合は、精検受診率が低いですから、これがもっと上がった時、あるいは高齢化により、もっと上がったときにどうするのかということで、また、調べましようということ今年度の分科会でも話しました。

この資料にある平成25年度の大腸がんの要精検率は8.52%ですが、要は便潜血反応が8.52%あるということで、これは数値としては高いです。

これが単純に高齢化でこうなっているのか、普通、便潜血ですから、保存が悪ければマイナスに出るはずが、プラスに出ている。これは何かということが分科会で出ました。これは、これから見ていかなければならないと思います。

(笹生委員)

大腸がん検診もそうですが、胃がん検診でも、ABC検診でやっているところと精検がなかなかできないことが、今問題となっています。

(水嶋副委員長)

資料7ですが、今年度から、かながわ循環器疾患救急レジストリー、これは急性心筋梗塞の疾病登録制度です。地域がん登録制度に似たような登録制度をつくりましようということで、これは県の予算もついて、県立循環器呼吸器病センターが事務局でやっているところです。首都圏の中でも、神奈川県は心筋梗塞等が多いと言われておりますので、把握率を上げていくことで、適切な循環器疾患対策が今後進むのではないかとということが話題になりました。



(渡辺委員長)

意見がないようですので、本日はこれで終わります。

県におかれましては、本日の意見を参考にして、施策に反映させていただければと思いますので、よろしく申し上げます。

(事務局)

いただいたご意見を踏まえて、健康プラン21の評価をし、また、がん・循環器対策について取組みをさらに進めてまいりますので、ご協力をお願いしたいと思います。