

平成 29 年度第 1 回  
東京都健康推進プラン 21（第二次）  
推進会議  
中間評価部会

平成 30 年 1 月 16 日  
東京都福祉保健局保健政策部

(午後6時00分 開会)

○中坪健康推進課長 それでは、時間になりましたので始めさせていただきます。

本日は、お忙しいところお集まりいただき、ありがとうございました。

ただいまから、第1回「東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議中間評価部会」を開催いたします。

議事に入りますまで進行を務めます、福祉保健局保健政策部健康推進課長の中坪でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、本部会の委員の方々を御紹介させていただきます。資料2の部会委員名簿より紹介させていただきます。

東京大学政策ビジョン研究センター、古井委員でございます。

東京大学大学院、近藤委員でございます。

国立がん研究センター、津金委員でございます。

東京慈恵会医科大学内科学講座、西村委員でございます。

慶応義塾大学医学部、岡村委員でございます。

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所、三島委員でございます。

新宿区、高橋委員でございます。

練馬区、丸山委員でございます。

町田市、田中委員でございます。

檜原村、野村委員でございます。

東京都南多摩保健所、小竹委員でございます。

次に、事務局の紹介をさせていただきます。

私、保健政策部健康推進課長の中坪でございます。よろしくお願いいたします。

保健政策部事業調整担当、中山でございます。

保健政策部健康推進課統括課長代理、寺杣でございます。

同じく課長代理、古川でございます。

同じく、浅田でございます。

なお、本会議は公開となっております。皆様の御発言は議事録としてまとめさせていただきます、ホームページ上に公開させていただきますので、あらかじめ御了承いただきますようよろしくお願いいたします。

続いて、資料の確認をさせていただきます。お手元のクリップ留め資料一式を御覧ください。

まず次第がございまして、その後に資料1が東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議設置要綱。

資料2が、プランの中間評価部会の委員名簿。

資料3が、親会の推進会議の名簿と、裏面が部会の名簿。

資料4が、プランの推進会議と各部会について。

資料5が、中間評価部会の進め方について。

資料6が、プランの中間評価について。

資料7が、健康寿命の状況について。

資料8のA3の資料が、プランの中間評価の分野別の整理表となっております。

以上の他に参考資料として、参考資料1が「65歳健康寿命の概要」。

参考資料2が、これも厚いものですが、現在パブリックコメント募集中の「東京都保健医療計画（第六次）計画」の案の抜粋でございます。

また、座席表と机上配布資料、こちらも多いですが、1から9の冊子類をお配りしております。

こちらの机上配布資料につきましては、会議終了後、そのまま置いてお帰りいただければと思います。

資料の不足等がございましたら、適宜、事務局までお申し出いただければと思います。

では、まず最初に部会の設置について御説明させていただきます。資料1の裏面を御覧ください。こちらの裏面です。

第7の2におきまして、部会では推進会議が定める事項について検討することとされております。これまで住民に最も身近な自治体であります区市町村からの健康づくりと、都の特性として企業数、就業者数ともに多いことから職域からの健康づくりを進めていくため、地域における健康づくり部会と職域における健康づくり部会の2つを設置し、具体的な検討をこれまで行ってまいりました。

机上配布資料の「東京都健康推進プラン21（第二次）（以下「本プラン」という）」の4ページを見ていただけますでしょうか。こちらの4番、左上に対象期間がございますけれども、平成25年3月に策定した本プランは対象期間が平成25年度から平成34年の10年間であり、5年を目途に中間評価を行うこととしております。

次に資料4の「東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議と各部会について」を御参照いただけますでしょうか。

今回、平成30年度の中間評価報告に向けまして、健康日本21（第二次）や、平成29年度改定予定の関連計画の検討を踏まえまして、各分野の進捗評価を行うとともに、今後の施策の検討を行っていくために部会を改編いたしまして、中間評価部会と施策検討部会を設置することとしました。平成29年11月17日に行われました親会であります東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議で両部会を設置することが了承されたところでございます。

2番の「スケジュール（案）」でございますけれども、本日、1月16日に中間評価部会第1回を開催し、指標の進捗確認、評価と方向性や今後の進め方を検討していき、2月から3月中に施策検討部会の第1回目と中間評価部会の第2回目、こちらでは評価のまとめや中間評価報告書骨子の項目（素案）の検討をしていきたいと考えております。

ちなみに、参考として、下に健康日本21（第二次）の中間評価スケジュールを記載し

ておりますけれども、国は一番下の専門委員会、こちらが5月、6月、9月まで開催されたところまでは進んでおりますけれども、その後、予定されていた厚生科学審議会や、1月か2月に開催予定だった専門委員会はまだ開催されていない状況でございます。

上の「スケジュール（案）」に戻りますけれども、平成30年度も中間評価部会を2回、施策検討部会を2回実施する予定としております。それぞれ1回終わったところで親会の推進会議に報告し、また2回目が終わったところで2回目の親会の推進会議に報告し、最終的に中間評価、報告をしていきたいと考えているところでございます。

なお、中間評価部会と施策検討部会の委員の名簿については資料3に添付しているところでございます。

また、資料1の要綱第8で、この中間評価部会を含めた部会長は推進会議の座長による指名とされておりまして、昨年11月に開催した推進会議において、古井委員が本部会の部会長として指名されているところでございます。

それでは、古井部会長からひと言、お願い申し上げます。よろしくお願いいたします。

○古井部会長 御指名いただきました古井でございます。よろしくお願いいたします。座らせていただきます。

今、事務局から御説明いただきましたように、東京都の推進会議、河原座長様から御指名いただきまして、本中間評価部会の部会長を拝命いたしました。どうぞよろしくお願いいたします。

先生方も御承知のように、社会環境の大きな変化のもとでヘルスプランの中間評価ということでございますが、それぞれの専門分野の先生方ですので専門的な視点からの評価、それから東京都の健康施策の反映に御助言をいただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○中坪健康推進課長 ありがとうございます。

では、これ以降は古井部会長に議事進行をよろしくお願いいたします。

○古井部会長 それでは早速でございますが、議事の（1）でございます。まず、初めに中間評価部会の進め方につきまして、事務局より御説明をお願いいたします。

○中坪健康推進課長 では、資料5と、本プランの冊子の52ページを御参照いただけますでしょうか。

本プランは52ページの一番上に書いてありますように、総合目標として健康寿命の延伸と健康格差の縮小を掲げ、3領域14分野について分野別目標と指標を設定しております。その分野別目標と指標については、冊子の139ページ、140ページにもまとめて記載してありますので、併せて御覧ください。

資料5に戻っていただければと思います。今回、各分野について指標の数値の推移及びこれまでの取組と、それを踏まえた課題と今後の方向性の案を資料8のシートにまとめております。各分野について、あるいは健康づくり全般として取組を中心に本日御意見、また今後に向けたアドバイスを頂戴したいと考えているところでございます。

本日の進め方といたしましては、1次予防として健康づくりの基本である生活習慣の改善、領域2に相当するところ、次に生活習慣病関連の領域1に相当するところ、最後にライフステージ、社会環境整備等の領域3の順で議論を進めていきたいと考えております。

また、資料につきましては、例えば休養とこころの健康づくり、飲酒であるとか、糖尿病・メタボリックシンドロームと循環器疾患のように関連する分野につきましてはまとめて資料を作成しているところもございます。

第2回目の3月の部会におきましては、いただいた意見などを踏まえて課題と今後の方向性を事務局で整理して中間報告書の骨子項目案を提示したいと考えているところでございます。以上でございます。

○古井部会長 ありがとうございます。

今の進め方につきまして何か御質問、あるいは御意見等ございますでしょうか。特にございませんでしょうか。

そうしましたら、また戻っていただいても構いませんので、続きまして議事の2に入りたいと思います。事務局より、東京都健康推進プラン21（第二次）の中間評価について御説明をお願いいたします。

○中坪健康推進課長 では、次の資料6を御覧ください。「東京都健康推進プラン21（第二次）の中間評価について」でございます。

まず、こちらは左に「国の状況」を示しております。国においては健康日本21（第二次）の中間評価として、都道府県別健康寿命の算定時期を考慮して、平成30年夏ごろを目途に取りまとめる予定と聞いております。国では「検討の内容」として（1）、（2）、（3）とございますように、まず1つ目としては「目標に対する実績値」ということで、そのデータの動きの分析と、直近の実績に対する評価（改善・不変・悪化等）というかたちで評価をする。

2番目は、国や自治体、企業や団体等の取組（成果）の評価をしていく。

3番目としては、今後取り組むべき課題として、こちらの3つを検討していくと聞いております。

あとは、目標を国も設定していますが、目標に関する整理」ということで、こちらは目標項目の大きな変更等は行わないと聞いています。これは、具体的に言えば、例えば飲酒であるとか、がんであるとか、そういう項目があるんですけども、その項目に新たに何かを追加するというような、そういう大きな変更は行わないと聞いております。

ただ、（1）、（2）にございますように、例えば準拠した計画などで改訂が行われた項目については整合性などを踏まえつつ検討をするということと、あとは目標値を達成している項目については上方修正などを行う方向と聞いております。

それを踏まえまして、「東京都の健康推進プラン21（第二次）中間評価の方向性」が右側に記載してございます。

「中間評価の時期」は国にあわせまして平成30年度に行いたいと考えており、今回は

それに向けたキックオフの議論をしていただきたいと思います。また、今年度は東京都保健医療計画でありますとか、東京都がん対策推進計画などの多くの計画の改訂時期でございますので、そちらとの整合性を図りながら評価に着手していきたいと考えております。

「検討の内容」でございますけれども、基本的には国に合わせて（１）、（２）、（３）を考えております。

まず、１つ目は「目標に対する実績値」でございます。

ただ、こちらについてはあくまでも中間評価ですので、右の表に記載がありますように、「改善」と書いてありますが、改善傾向、改善しているか、改善の方向かというところで（a）、ほとんど変わらないところは「不変（b）」、「悪化」傾向の場合は（c）という３段階で評価し、また、評価が難しいものはダッシュ（―）で「評価困難」とし、計４つでまず評価をしたいと考えております。

２番目としては、「都における取組の評価」として、そのような中でこれまで実施してきた施策について評価をしていただきたい。

３番目としては、ではそういう評価の中で今後どのように取り組んでいくべきか、課題について議論をしていただきたいと思いますと考えております。今日は、ぜひこの３番目を中心に御意見をいただければと思います。よろしく申し上げます。

今日の部会で示していただいた方向性や課題を踏まえた具体的な施策については、もう一つの部会であります施策検討部会で検討をしていければと考えております。

一番下の「分野別目標及び指標に関する方向性」ですけれども、こちらも東京都においては健康日本２１（第二次）の動向を踏まえますが、現在のところ基本的に大きな変更等は行わない予定でございます。

ただ、やはり（１）のように関連する計画において改訂が行われた内容については、整合性を図りながら検討を進めたいと考えています。

また、（２）のように、数値の把握が困難であったり、新たに数値の把握を行うべき項目が生じた場合については、追加や削除について検討していきたいと考えております。

以上でございます。よろしく申し上げます。

○古井部会長 ありがとうございます。

中間評価の方向性について事務局より御説明がありましたが、目標の数値だけというよりはむしろ取組や、（３）の今後の課題の解決の方向性といったところも御意見をという話ですね。わかりました。

何か先生方から御質問、御意見等ございますでしょうか。

近藤先生、お願いします。

○近藤委員 ありがとうございます。１点確認ですが、３番目の「今後取り組むべき課題（施策）について」を検討ということなんですが、これは施策検討部会とはどういう関係になるのでしょうか。

○中坪健康推進課長 本日は、施策の方向性を示していただければと思います。それで、施策検討部会はそれぞれの業種の方などがメンバーでおりますので、具体的に施策をするための連携等について話し合っていきたいと思っています。本日は方向性を示していければと思いますのでよろしくお願いします。

○古井部会長 ありがとうございます。

その他に何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。

そうしましたら、続きまして65歳健康寿命の推移及び各分野の進捗状況につきまして、事務局より御説明をお願いいたします。

○中坪健康推進課長 では、資料7を御覧いただければと思います。

本プランでは、「総合目標」として「健康寿命（健康上の理由で日常生活が制限されることなく生活できる期間）の延伸と健康格差の縮小（区市町村間における健康寿命の差の縮小）」ということで掲げてございます。

65歳健康寿命ですが参考資料1を御覧ください。東京都におきましては区市町村間の比較や、毎年値を算出して経年推移を把握できるよう、「東京保健所長会方式」による65歳健康寿命というものを採用しております。その説明資料が参考資料1でございます。

東京保健所長会方式におきましては、65歳健康寿命を、介護保険の認定者数データを用いて2パターン、1つは要支援1以上を障害とした場合と、もう一つは要介護2以上を障害とした場合の2パターンを算出しております。

その2パターンで示したものがA3の横の資料、2枚になっておりまして、真ん中の資料が要介護2以上の認定を受けるまでの平均自立期間で算出した場合、一番下の資料が要支援1以上の認定を受けるまでの平均自立期間で算出した場合になっております。

その推移が資料1枚目の下のグラフになっております。女性の要支援1以上はやや減少傾向にはなりますけれども、男女ともに全体的には右肩上がりの傾向になっているかと思っております。

参考といたしまして健康日本21（第二次）で算出している、都道府県間を比較する健康寿命につきましては国民生活基礎調査の「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」という問いに対して「ない」という回答を「日常生活に制限なし」として算出しておりますので、国で出している健康寿命と、本日こちらに出している65歳健康寿命では数字や調査の方法が異なりますので、御承知おき願いたいと思います。

2枚目の要介護2以上の65歳健康寿命で平成22年と平成27年の差を見ていきたいと思っています。左が男性で右が女性で、上が22年、下が27年になっております。男性の場合は東京都全体は22年が82.02歳から82.54歳に上昇しておりまして、標準偏差が0.76から0.75ということで、ほとんど変化はなく、健康格差は悪化してはいないのかなというところです。また、最小値と最大値の差も2.51から2.27と、縮まってはいるところでございます。

女性につきましては、やはり東京都全体は85.14歳から85.62歳に増加してお

りまして、標準偏差は変わらない。最小値と最大値の差は1.98から2.05ということでやや広がっているということで、女性は全体はよくなるはなっているけれども、差についてはなかなか変わらないか、ちょっと厳しい状況でございます。

こちらはいろいろ評価の方法等はあるかと思えますけれども、御意見をいただければと思いますのでよろしくお願いたします。

○古井部会長 ありがとうございます。

健康格差の縮小については、設定は当初はしていないですね。評価方法については、されていないということですね。

○中坪健康推進課長 はい。差で見るというところまではしているんですけども、評価方法については特に決めていなかったの、そちらについても何か御意見をいただければと思います。

○古井部会長 ありがとうございます。

そうしましたら、評価方法につきまして、あるいは現在の市区町村さんの取組等も含めて、御意見や御質問がございましたらお願いたします。何かございますでしょうか。

○近藤委員 東京大学の近藤です。

格差の評価というのはなかなか厄介ですけども、やはり1つの数字だけで見ると思いがけず悪くなったみたいなことにもなってしまいますので、複数の指標で見る必要があるのかなと思います。

そして、やはり大事な視点としては、最も悪いところの値がさらに下がらないということだと思えますね。底上げされるかどうかという点でいくと、グループごとに変化を見るということだと思えます。市区町村ごとに、例えば女性でいうと最も高い自治体の伸びが要介護2の場合は32ですね。0.32ポイント増えている。そういうような感じで絶対値がどういふふうに変化したかということも見てみると、少なくとも悪いところがさらに悪くなっていないかがわかります。トップの伸び率よりもボトムの伸びが早ければ、ちょっとずつまたキャッチアップしていくということになると思えますので、そのようにしてみるといいのかなと思います。

複合的な格差指標というのはいろいろありますので、それらも場合に応じて使っていくといいのかなと思っています。以上です。

○古井部会長 ありがとうございます。他にございますでしょうか。

では、お願いたします。

○津金委員 今まで東京都がん対策推進計画部会（以下「がん計画」という。）委員に着任していたので、こちらの部会に来て思ったんですけども、65歳健康寿命というのがこの部会における重要な指標であるということだと思えますけれども、がんのところの部分によく死亡者の内65歳以上は80%だとか、がん分野においても65歳という基準は関係しているんですか。要するに、がん計画のイントロダクションで、指標に「死亡者の約85%は65歳以上の高齢者」という書き方をしていたり、第一次改定時は65歳



以上が多いということをごん計画の冒頭示したんですけれども、この健康寿命で用いられる65歳と関係あるんですか。

○中坪健康推進課長 こちらは要介護度を指標として使っていて、その介護認定ができる年齢が65歳という点に由来します。がん計画の統計との関連とは特にないということでございます。

○津金委員 がんにおいては75歳未満の年齢調整死亡率をしばしば用います。それは75歳未満でがんというのは死因として大きな影響を占めていることと、75歳以上のがんが、必ずしも正確に診断されていないということ等から、年次推移等を評価する際には75歳未満になっているんです。

以降は雑談として聞いていただきたいんですけれども、65歳以上の介護が必要になる要因として、がんというのはすごく割合が小さく2%ぐらいしかなく、よって、65歳以上の健康寿命の延伸（寿命との差）にはがんは影響しにくいんです。そういう文化の違いを感じたので、感想として聞いていただければありがたいです。よろしくお願いします。

○古井部会長 ありがとうございます。非常に構造的によくわかりました。確かにそうですね。

他に御意見などございますか。

では、先生お願いします。

○西村委員 慈恵医大の西村でございます、

これを見ると1つだけ全体と傾向が違うところがあります。先ほども事務局からも説明がありましたけれども、要支援1以上の認定を受けるまでの平均自立期間を見た場合というところで、ここだけ、他は全部延びているほうが望ましいと考えてよろしいわけですね。ですから、男性、女性とも要介護2を受けるまではこの5年間で若干ですけれどもみんな延びているんですが、要支援1以上の認定を受けるまで、女性が短くなっていて、一番下の足立区も短くて、一番長いあきる野市も短くなっている。これは全体的な傾向からみますと、ここはどのように理解したらよろしいとお考えなのでしょうか。ぱっと見てわからないのでございますが。

○中坪健康推進課長 御意見ありがとうございます。こちらについてはいろいろ考え方はあるのですが、いわゆる要介護度、要支援度を使っているので、自治体によってその判断がいろいろあります。例えば、より多く要支援1と判定して、要介護にならないようにしている…というような要因なども加わると、例え要支援1であっても障害と認定してしまう場合があります。よって、要支援まで入れると、より過大に障害期間を長く評価してしまうという観点もあります。

そういう意味で、要介護2以上を基準とすれば、そうした要因が少ないのではないかと、いうところで、そのほうが、より実情を反映しているのではないかと分析はしているところでございます。

もし、近藤先生から御意見があったらお願いします。

○**近藤委員** 以前も事務局と議論したんですけれども、要支援1というのは、例えば地域での高齢者の方の地域包括ケアみたいなことで、頑張るとニーズのある方を引き出すような作用が出ますので、むしろ要支援に入ってくる人が多くなってきたりして、支援を頑張っている市町村の健康寿命が縮んでしまうということも可能性としてはあります。客観性という意味では要介護2で見るほうが妥当かなと考えています。

あとは追加で、津金先生から高齢者のデータでなぜ扱うのかというお話があったんですが、最近東京都でも子供の貧困問題が、本プランの策定が終わった後に大分、世の中でも取りざたされるようになってきました。社会のニーズからすると、子供の健康格差とか、そういった観点も都としてどのように考えているのか、本プランとしてどのように考えているのかというのは、後半戦に向けて話し合っていくべき話題なのだろうと思います。

基礎自治体で先進的にやっているところでいうと、足立区などは小学校での暮らしと健康の調査をやって、生活困窮家庭の子がやはり不健康であるというようなデータも公表していますので、こうした取組がどれぐらい今、広がっているのかとか、実際にどれぐらい格差があるのかということも調べて、都としてどうするのかということも話し合えるといいなと感じています。

○**古井部会長** ありがとうございます。御示唆のある御意見、ありがとうございます。

後半について事務局からコメントがもしあれば、よろしいですか。

○**中坪健康推進課長** いわゆる貧困の問題までは、これまではこの健康づくりというところでは考慮していなかったところですが、時代の変化もあってこういうところも議論はしていかなければいけないのかもしれないかもしれませんので、そこも含めて検討していきたいと思います。

○**古井部会長** ありがとうございます。

他に、市区町村さんから例えば何かこれに関して御意見や、逆に取組まれているようなこととかもしございましたら、何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。

では、どうぞ。

○**小竹委員** 確認で教えていただきたいんですけれども、初めて本プランというのをしげしげと見たのですが、総合目標というところで健康寿命の延伸と健康格差の縮小というのが一番大きな目標としてあって、その指標がこの健康寿命で、先ほどちらっと近藤先生からお話があったように、いろいろな複合的な要因でこのような結果は出ていると思うんですけれども、こうした要因を差し引いても、まずはこのデータで評価をするということですか。

○**中坪健康推進課長** ありがとうございます。そのとおり、健康寿命についてはもうこのデータで評価しようということで、そこまでは決まっております。

○**小竹委員** それで、その格差、最小値と最大値の差が余り増えていないとか、標準偏差が余り詰まっていないという評価を経て、格差は広がっていないという一旦の結論を出すということですか。

○中坪健康推進課長 その健康格差の縮小についての評価方法については決めていなかったもので、それについては改めて整理しなければいけないと今回、中間評価を迎える中で改めて認識しているところです。

○高橋委員 それをこれから決めるということですか。

○中坪健康推進課長 明確に決める必要もないのかとは思っているんですけども、意識はしておかなければいけないと思っております。

○丸山委員 練馬区です。

練馬区では健康づくり計画をつくっているんですが、それについてはどちらかという世代単位で赤ちゃんから高齢者まで、世代を分けた形でどういった健康づくりができるのかというような発想で取り組んでいまして、最終的にそれが積み重なった結論として、この健康寿命の話が出てくるのと思います。

実は、世代単位でいろいろと健康づくりの計画をつくって実施している中で、それぞれ何が健康かというのは観点が違うのかなと思います。例えば、私ども働く世代というと20代からちょうど50代、60歳前後でしょうか、健康づくりをどうしていくかというような話をした中で、やはり自分の健康に対してなかなか関心が持てない世代、その時間もない。そんな中で、どうやったら自分の健康に対して、まず健康か不健康であるか自体もなかなか認識してくれない。そんな中で、どんどん生活習慣病が蔓延していつている。

これはどうにかしなければいけないかというところで、何かそういう指標がないのかなとやっているところなんですけど、特定健診はなかなか全員が受けてくれない中で、自分の不健康度をどうやって認識してくるのかという指標が何かもしあったら考えていきたいなと思っているところです。

○古井部会長 ありがとうございます。

今おっしゃったことは非常にインプリケーションがあると思うんですけども、健康の要素というのはいろいろなものから構成されるということと、それから各世代でも、加齢によって微分（断面）というよりは積分値で蓄積されていくので、子供世代とか、世代ごとの健康課題を捉えることが大事だというのはそのとおりだと思います。

我々は研究でも本当に子供からどういうふう介入すればというのはやりたいんですけども、なかなかできていないところがあるので、さっき近藤先生もおっしゃったように、できれば世代ごとで捉える指標というのがいいのかなということと、ただ、この介護保険のデータを鑑みると、特定健診はちょっと調子が悪くても受けない人がいても介護は最後で捉えられるので、これまでの生活習慣の蓄積といった考え方があるのかなとは思いました。ありがとうございます。

岡村先生、お願いします。

○岡村委員 この評価指標のところに戻るんですけども、これは結局、健康寿命で見ているんですが、やはり一番気になるのが平均余命の順位と同じなのかという点です。余命と寿命の健康寿命の乖離があるところというのはどちらに問題があるか。

要するに、悪いのが生き死にのところでまず効いているのか、それとも介護のところで効いているのかというのが、同じ問題を抱えているのか、乖離しているところがあるのかで並べかえるとまた別のところが見えてくるかもしれませんし、対策の球の投げ方は変わってきます。

そこは計算をちょっとやったらすぐ見られるところだと思いますので、ぜひ御検討いただければと思います。

○古井部会長 ありがとうございます。

これは、事務局からいかがですか。

○中坪健康推進課長 今日はお示ししていないんですけれども、東京都では参考資料1に書いてありますように、一番上の①の「\*」の下から3番目のところで、65歳平均余命が65歳平均自立期間プラス65歳平均障害期間ということで、これがいわゆる余命という形で、そちらも計算しております。

こちらについては平成26年から公表しております、今回は資料として出していなかったんですけれども、そちらについてもそれぞれの自治体から評価をしたいという意見がありますので、積算はしているところでございます。

○岡村委員 健康寿命とその平均余命とを縦と横にとって4象限ぐらいに分けてみて、どのクラスターに入っているかを見ると、問題点が（健康寿命と平均余命の）どちらに近いのかというのが見えてくるかと思っておりますので、御検討されたらと思います。

○古井部会長 ありがとうございます。非常に貴重な御意見なので、ぜひお願いしたいと思っております。

他にございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは次の議題になりますけれども、各分野の検討に入りたいと思っております。こちらは領域ごとに検討を進めていきたいと思っておりますので、まず領域の2のところ、「栄養・食生活」から「歯・口腔」までについて、事務局から御説明をお願いいたします。

○中坪健康推進課長 では、資料8-①を御覧いただけますでしょうか。2-1の「栄養・食生活」、こちらについては分野別目標としては「適切な量と質の食事をとる人を増やす」という目標を掲げております。

シート全体の説明をしますけれども、左上に「指標の推移」ということで、表とグラフと同じ内容を示していて、それぞれ複数の項目がある場合はベースラインと中間評価、当初掲げた指標の方向性とそれに対する評価a、b、c、ダッシュ(―)で示しております。

その全体の評価が左下、「指標数値に関する分析と評価」ということで、全体の評価がこの場合はbですけれども、記載がありまして、右上にこれまでの「都の取組」と「区市町村に対する支援」が記載しておりまして、その下に「現状と課題/今後の方向性」を記載しております。

2枚目以降には、同時に設定しております参考指標について記載しております。シートについては以上のような流れになります。

まず、「栄養・食生活」については、野菜の摂取量、食塩の摂取量、果物の摂取量と脂肪エネルギー比率が適正な範囲内という、この4つを具体で掲げておまして、①番、②番、野菜と食塩についてはグラフで見ていただくとわかるように男性、女性とも右肩上がりなので改善傾向とし、aと評価しております。

ただ、野菜については50%という目標には達してはおりません。

③番目、④番目の果物の摂取量、脂肪エネルギー比率が適正な範囲内というところについて、果物はほとんど変わらないということでb、脂肪エネルギー比率は少々右肩下がりということで減少傾向とし、残念ながら評価cとしております。

脂肪エネルギー比率につきましては、右下に記載しております。当初は脂肪エネルギー比率の適正範囲というのは20%から25%だったのですが、こちらが2015年の日本人の食事摂取基準で20%以上30%未満に変わりましたので、「※」印ではそれで評価したのも併せて示しております。ただ、傾向として男性は減少傾向、女性は微増ということで、余り変わっていないか、少々悪くなっている状況でございます。

ですので、全体の評価は、野菜、食塩は改善しているけれども、果物、脂肪エネルギーは悪くなっているということで、bという評価にしております。

先に2枚目の参考指標を見ていただきたいんですけども、1番目は朝食の欠食の割合、こちらについては男性はより悪化していて、女性はほとんど変わらないというような状況でございます。

2番目の肥満の人の割合については、男女ともに改善傾向にあります。

ただ、2番の(2)のグラフを見てわかるように、20歳代の女性のやせの割合は悪化しておりますので、いわゆる肥満は改善しているものの、女性のやせというところについてはよりいろいろな問題もあり、増加している状況でございます。

最後に3番の栄養成分表示を参考にしてしている人の割合ですが、男性についてはやや増加傾向ですが、女性は減少傾向ですので、ここについてはより取り組む必要があるのかなと考えています。

下の参考データについては、「健康維持に必要な野菜の摂取量はどれくらいか知っているか」というところで、350グラムと回答しているのは24年も29年もほとんど50%前後ということで変わっておりません。右の野菜摂取に対する意識については、「足りないと思う」という層は6割弱ということで、多くの方は足りないと思っはいるけれども、行動変容にはつなげていない状況でございます。

戻っていただいて、「これまでの取組」ですが、都の取組としては食環境の整備、都民向け普及啓発などで、野菜メニュー店ですとか、野菜を摂取するというところについて、さまざまな取組を進めているところでございます。

また、区市町村に対する支援も包括補助事業で実施しているところでございます。

指標の推移で示したように、課題に記載してありますけれども、健康的な食生活を実践する人の増加はまだまだ不十分、野菜及び果物摂取量も増加しなければいけません。食塩

の摂取量も改善傾向ですけれども、まだまだ目標の8グラムには足りない。あとは、脂肪エネルギー比率が適正な人もまだまだ増やさなければいけないと考えていますので、環境整備や普及啓発など、こちらに記載しております今後の方向性について御意見をいただければと思います。

次に、8-②の「身体活動・運動」にいかせていただきます。こちらにつきましては、目標としては「日常生活における身体活動量（歩数）を増やす」という目標を掲げております。

指標といたしましては2つ、まず歩数を1日当たり8,000歩以上の人の割合を増やす。2番目としては、歩かない人、歩数下位25%に属する人の平均歩数をできるだけ増やすの2つを掲げておりますけれども、これはいわゆる20～64歳の働いている世代と、65歳～74歳の高齢世代で顕著に方向性が分かれております。20～64歳については8,000歩以上の人の割合が右肩で下がっているということからわかりますように、残念ながら減少傾向に対して、65～74歳については増加傾向で、下位25%に属する人に至っては20～64歳の男性は1,000歩程度下がっていて、女性も400歩程度下がっている。

高齢者につきましてはほとんど変わらない状況です。年齢が20～64歳については悪化傾向、65歳～74歳は変わらずということで、bという評価をしているところでございます。

2枚目の参考指標を見ていただきたいんですけれども、こちらは運動習慣者の割合につきましては男女ともにほとんど変わらない状況でございます。

ただ、下の参考データですが、まず意識というところで円グラフの「1日に必要な歩数の認知度」については、1万歩以上あるいは8,000歩以上というところは合わせて60%を超えておりますので、多くの方が8,000歩以上歩くのが望ましいということは御存じということですが、その右側の、「1日に必要な歩数分の身体活動をしていると思うか」について「足りないと思う」が69.2%でかなり多い。

あとは「プラステン」、これは国で進めておりますけれども、その認知度については「知らなかった」が9割を超えているということでもなかなか普及が進んでいない。

ただ、その「プラステン」実践のためにあるとよい情報、下の棒グラフですけれども、「日常生活の行動が効果的な身体活動となる工夫」であるとか、「歩行などの身体活動による具体的な効果」というものが1番目、2番目にあります。

円グラフの一番右の「日常生活で歩数は足りているかと思うか」というところについては「ほとんど足りていない」とか「あまり足りていない」ということで半数以上ということで、なかなか実践には至っていないというような状況でございます。

1枚目に戻っていただいて、「都の取組」としてはそのような状況でありますので、環境整備ということでポータルサイト「TOKYO WALKING MAP」の開設とともに、市区町村に対してウォーキングマップ作成の補助ということで、こちらは10分の1

0、100%補助を実施しております。こうした取組を通じて、ウォーキングマップを作成する自治体の増加を図るほか、ウォーキングマップのコンテンツについて拡大しているところがございます。

あとは、負担感のない身体活動をしてほしいという思いもありまして、階段では一段ごとに0.1キロカロリーずつ消費しますので階段を歩くことで身体活動を増やしていただくために、都営地下鉄の階段に消費エネルギー量の表示の広告などを実施しているところがございます。

あとは、普及啓発は記載の内容を実施しているところですが、より歩いていただきたい方に対する一層の普及啓発というところは課題なのかなと考えております。

次にいかせていただきます。8の③、こちらは「休養」「飲酒」「こころの健康」をまとめた整理表になります。「休養」については「睡眠に充足感を感じている人の割合を増やす」、「飲酒」については「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合を減らす」、「こころの健康」については「うつ傾向や不安の強い人の割合を減らす」という分野別目標で評価されております。こちらについては指標の評価はc、b、bと記載がありますように、なかなかうまくいっていない状況でございます。

まず「休養」ですが、もともと睡眠時間が十分あるいはほぼ足りている人が6割程度であったり、眠れないことが全くない、あるいは減多にないという人が5割程度だったところ、もともと余りよくないところですが、両者とも微減で、下がっている状況でございます。

また、「飲酒」については生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている人の割合はほとんど変わらない状況。

「こころの健康づくり」ではK6、これは本プランの125ページにその問診の内容については記載がありますので、もし余り御存じない方は冊子の125ページを見ていただければと思いますけれども、こちらは24点満点で10点以上になりますと、精神的苦痛を感じていると評価することになっています。国民生活基礎調査で定期的に調査していますが、こちらでも10%程度からほとんど変わらない状況でございます。ですので、これらについては、もともとよくない状況ですが、この5年間ではほとんど変わらない状況ということでございます。

あとは、2枚目の参考指標というところを見ていただきますと、1番目の余暇が充実している人の割合については増えています。2番目の過労働時間60時間以上の雇用者の割合、こちらでも減少傾向ではある。

ただ、3番目の「適切な1回当たりの飲酒量の認知度」、こちらについては残念ながらもともと女性の認知度は低いんですけども、ますます下がっているということで悪くなっている。

では、「適切な飲酒量にするために工夫している人の割合」については、男性はほとんど変わらず、女性は下がっている。

5番目からは「こころの健康」になりますけれども、「気軽に話ができる人の割合」、こちらはもともと男女とも9割程度はありますが、ほとんど変わらない。

6番目は、もし専門家への相談が必要だと感じたときに「適切な相談窓口を見つけることができた人の割合」です。こちらは60%程度ということは40%程度の人がなかなか見つからないということなので、そこについてはまだまだ普及啓発していかなければいけない課題があるかと考えています。

最後の7番目は自殺率です。こちらは減少傾向ですけれども、まだ諸外国に比べると高い状況ですので、まだまだ改善する余地はあると考えております。

あとは、一番下の参考データですけれども、「理想の就寝時間に寝られない理由」について、24年と29年の記載がございます。勤務しているとか、帰りが遅いとか、介護・育児といった要因が並んでいて、解決が難しいところですが、参考にしていただければと思います。

戻っていただいて「これまでの取組」ですが、「都の取組」は普及啓発が中心でして、当課のホームページの「とうきょう健康ステーション」を通じた情報提供であるとか、リーフレット、パンフレット、抜粋で右にイメージが書いてありますが、こういう漫画を活用した普及啓発などを進めております。あとは、職域に対する働きかけなど普及啓発を中心としているところです。

課題は右下の最後に記載しております。今後の方向性としては、引き続き普及啓発をしていかなければいけないのと、職域に対する働きかけというのが必要かと思えます。こうした方向性に対して、ぜひ御意見をいただければと思います。

最後に8-④、「歯・口腔の健康」でございます。目標としては「歯・口の状態についてほぼ満足している者の割合を増やす」です。「指標の推移」としては記載のようにほとんど変わらない状況、横ばいというところがございます。

あとは、めくっていただいて参考指標、「8020」達成者の割合、こちらについてはかなり上昇して50%を超えている状況でございます。

あとは、「かかりつけ歯科医を持つ者の割合」についても3歳、12歳と、3歳は微増、12歳は微減ということで、ほとんど変わらない状況です。

あとは、「8020」の認知度は60%弱でほとんど変わらないというところと、「かかりつけ歯科医で定期健診又は予防処置を受けている者の割合」は、40歳での評価ですが、やや上昇傾向でございます。

あとは、参考として「糖尿病が歯周病のリスクであることを知っている者の割合」、こちらも微増ですけれども上昇傾向であります。

1枚目に戻っていただいて、これまで普及啓発や基盤整備など、こちらに記載している内容を実施してきているところがございます。

それで、歯科につきましては東京都歯科保健推進計画「いい歯東京」が関連計画としてございます。今年度改訂を行っており、今パブリックコメントを募集中でございます。改



訂を通じて議論が深まっておりますので、基本的にはその議論の内容を本プランに踏襲して整合性を図っていきたいと考えております。

「分野別目標」について、実はこちらの指標は現行の東京都歯科保健推進計画で掲げられていた目標なんですけれども、「歯・口の状態についてはほぼ満足している人の割合」という項目が、いわゆるアンケート調査で、なかなか施策に反映し難いということもあって、新しい東京都歯科保健推進計画では、こちらの目標を変える方向と聞いておりますので、そちらと併せて変更を考えているところでございます。

ちょっと長くなりましたけれども、以上になります。よろしく申し上げます。

○古井部会長 ありがとうございます。

それでは、一つ一つ切って御意見をいただければと思います。まず、資料8-①のところから、「栄養・食生活」のところでお意見等がございましたらお願いいたします。ございますでしょうか。

御説明では、野菜の摂取量のところが比較的上がってきたというところで、ただ、バランスとかいろいろなことを考えると課題はまだまだあるというお話だったと思いますが、何かございますでしょうか。

では、お願いします。

○田中委員 町田市でございます。

パーセンテージで一応示されているんですけれども、具体的にその摂取量である数字、何グラムという部分の数字というのはどこかに出てきているんですか。

○中坪健康推進課長 そちらはございまして、本日は出していないんですけれども、平均でいうと東京においては27年で279.3グラムになります。それで、23年は281.5グラムと、ほぼ変わらない状況でございます。

○古井部会長 ありがとうございます。

その他にございますでしょうか。右下の課題、それから今後の方向性の中に、食生活はなかなか個人単位では難しいので多分、環境というか、団体戦かと思いますが、いろいろな店舗との連携などもやられているかもしれませんが、何かそういった環境整備を含めて御意見がございましたらと思います。

では、お願いします。

○岡村委員 これまでの取組のところで、野菜摂取量の増加を中心的にやっているというのは見ていてわかるんですけれども、これを見ると食塩の摂取量も8グラム以下の人というのが増えているという評価に一応なっているのですが、これはどういう行動の成果として出たのか。そもそもこの調査法で食塩摂取量を見るのは、もともとかなり無理があると思うんですけれども、この結果は偶然の揺らぎなのか、何かの対策の成果なのか、それとも単に例えば摂取エネルギーが減れば食塩摂取量も減りますから、こうした結果が出ているだけなのか。

何が言いたいかというと、割と減塩というのは環境整備に乗せやすいものなんですね。

減塩メニューを取り入れるとか、こういう味つけだと減塩につながるとか、例えば食塩の使い方とか。私のような西日本の人間から見ると、普段食事をしていてもまだ味つけが塩辛いような気がするんですけども、食塩摂取量に関してはどのような取組をされているのか、今回の結果についての解釈をどうされているのか、ちょっと教えていただきたいんですけども。

○中坪健康推進課長 東京都としていわゆる食塩摂取量を減らす取組というのはしていないんですけども、市区町村においては、例えば乳幼児健診で栄養指導をするときに減塩についても指導を行っています。そういう総合的な効果も1つあるのかなとは思いますが。

あとは、やはり食生活そのものが変わってきて、日本全体では食塩摂取量は減少傾向なので、その流れに東京都も乗っているのかなということで、そういう意味で必ずしも施策に対する結果ではないことは十分承知はしております。

○三島委員 野菜も大事だと思うんですけども、健康寿命の延伸ということになると、最近、高齢者の低たんぱくの問題とか言われています。年代ごとに食事内容は異なるので、栄養バランスも目標と働きかけの仕方が変わるのかなという印象を持ちました。

○古井部会長 ありがとうございます。

何かコメントございますか。

○中坪健康推進課長 世代ごと、ライフステージごとの施策というのは領域3のところでも議論をしていただきたいと思いますと思うんですけども、確におっしゃるように先ほど練馬区でも世代ごとに対策しているということがありまして、その視点は大事だと思いますので参考にさせていただきます。

○古井部会長 ありがとうございます。確かに左側の②の食塩摂取量を見ると、もともと女性のほうが食塩摂取量が8グラム以下の人の割合が高いのですが、先ほど岡村先生からも御指摘があったように、食事のボリュームと塩分摂取量は当然関係あると思いますので、この辺も要因としてはあるのかなと思います。ありがとうございました。

右下で、市区町村さんから食の環境整備のところで飲食店との連携とか、何かコメントはございますか。

では、お願いします。

○丸山委員 練馬区で、今年度から野菜摂取量がとても豊富にできるお店を食育応援店ということで登録してもらって、ホームページで区からアピールをするというような活動をしています。

練馬区は野菜がいっぱいとれる土地ということでアピールをしているんですが、練馬区産野菜が豊富に摂れるお店に応募してもらって、区でメニューの中身を確認した上で、ホームページ等で公開しています。現在50店舗ほど掲載しているところです。

○古井部会長 ありがとうございました。他にございますか。

では、お願いします。

○高橋委員 新宿区ですけども、新宿区では味の素さんからお話がありまして、POP

に区の宣伝といたしますか、区が進めている健康づくりのキャッチフレーズなどを載せていただく取組を始めたところです。

他にも惣菜店といたしますか、スーパーですとか、そういう惣菜を販売する小売店と行政とがタイアップして、住民への普及啓発に何か役立てていけるような取組をこれから進めていきたいと考えております。

ただ、どうしても自治体レベル、区市町村レベルでやりますと、取組が限られてしまいますので、東京都が広いチェーン店などに働きかけをしていただき、都全域で展開するというのは非常に効果的かと思っておりますので、ぜひ進めていただきたいと思っております。よろしくをお願いします。

○古井部会長 ありがとうございます。これは、東京都が旗を振っているほうがやりやすいという理解でいいんですね。

○高橋委員 そうですね。やはり広く声をかけていただくとありがたいと思います。

○古井部会長 ありがとうございます。貴重な御意見ありがとうございます。他にございますでしょうか。

○西村委員 果物のところは先ほど三島先生からも御意見がありましたが、脂肪エネルギーにだけ今は着目しています。私は糖尿病が専門なんですけれども、今は非常に炭水化物をとらないという食事がブームになり過ぎております。そうすると、結局脂肪かたんぱく質か、どちらかの摂取が増えてしまうので、長期的には3つの栄養素の割合をきちんと評価していくという考えも必要かと思いました。以上です。

○古井部会長 貴重な御意見ありがとうございます。他にございますか。

では、お願いします。

○津金委員 野菜はいろいろやられているけれども、果物に関する取組というのがすごく曖昧なような気がします。糖尿病予防のためには果物の摂取が望ましくないというイメージがまだ浸透してしまっているのかなという印象で、実際に取組を見ても、青果店といっても基本的には野菜ですよ。そこら辺の考え方を教えてください。

○中坪健康推進課長 御意見ありがとうございます。果物についてはすごく難しく、とらなさ過ぎも問題なんですけれども、とり過ぎはいわゆる糖分のとり過ぎだったり、過剰にとることは問題でして、今後摂取量100グラム未満の割合を減らすという目標にしているという経緯があります。

そういう意味で、ここについてはピンポイントで施策を打つのは難しいところがあるかとは思いますが、考えていきたいとは思っています。何か具体で御意見がある委員の先生がいたらお願いしたいとは思っています。

○津金委員 果物に対するイメージが、糖尿病というイメージで悪くなっているんじゃないか。そこをもうちょっと是正していったほうがいいんじゃないか。やはり果物もカリウムとか、いろいろな意味で重要で、不足するというのはよくないと思うんですけれども、がんに関してもやはり果物に関しては幾つかがんを予防しますので。

○古井部会長 難しいと思うんですけども、割合偏らないように食事の摂取量もそうですね。よろしくお願ひします。ありがとうございます。他によろしいでしょうか。

では、お願ひします。

○近藤委員 最初に資料を見たときに、これは高齢化の影響というのは考慮しているのかなとすごく考えたんです。年齢調整したほうがいいのではないかと漠然と思っているんですが、一回確認してみるといいのかなとは思っています。

それで、国民健康栄養調査だとサンプル数がそんなにないので、東京都に限ってしまうと世代別で評価するのは難しいんじゃないかと思うんです。実際、サンプルサイズというのは幾らくらいなのでしょう。今わかりますか。

○中坪健康推進課長 サンプル数は、平成19年～21年の3年で1,492人で、24年～26年で1,263人ですので、それくらいの規模になります。

○岡村委員 一応、安全基準で3年分はまとめてやっているということですね。1年分だと数百人で、3年分まとめているから一応1,000人あるという理解でいいですね。

○中坪健康推進課長 そうです。ですから、1年あたりはその3分の1ですので、300～400人くらいです。

○近藤委員 でも、野菜が増えて身体活動が減っているというのは何か高齢化の影響を彷彿とさせるので、その辺は一回確認したほうがいいのかと思いました。

○津金委員 実際に国民健康栄養調査で年齢階級別に見ると、野菜の摂取量は60歳以上はすごく多いんです。それで、60歳未満のところはすごく少ない。例えば、野菜、果物を併せて400グラムという形で僕らは見ているんですけども、ほとんど60歳以上とか、70歳以上とか、その年齢は四百何十グラムとか、すごくとっているんです。

ところが、20代、30代とかは300グラムちょっとくらいしかとっていない。これは、もしかしたら高齢者が増えて野菜摂取量が増えたかもしれないです。

○中坪健康推進課長 サンプル数が少ないので、なかなか難しいかと思ひますけれども、御意見ありがとうございます。

○古井部会長 ありがとうございます。構造的に俯瞰して見るという政策も大事だと思います。他によろしいでしょうか。

では、続きまして②の「身体活動・運動」のところを御覧いただければと思ひます。こちらは今、先生方からも御意見があつて、年齢階級を意識して評価を出していただいています。御意見等はございますでしょうか。

先ほど事務局からもありましたが、運動はすごく施策がやられているという反面で、恐らく一生懸命やる人がどんどんまたブラッシュアップして、余りやらない人がたまってしまっているというのも構造的にはあると思ひますが、このあたりを含めていかがでしょうか。

○田中委員 「プラステン」の認知度が低い、知らなかったという割合が非常に多いということで、「プラステン」運動というのを今、推奨されている取組をやられているとこ

ろもあると思うんですけれども、身体活動量という、特に女性、主婦の方などは、日ごろの家事・育児の労働というのも身体活動量に入ってくるので、そういうところも視野に入れて本来は出したほうがいいのかなどという考えもあります。歩数だけでいいのかというところはあります。

○古井部会長 ありがとうございます。2枚目の真ん中、一番下の「「プラステン」実践のためにあるとよい情報」の中のトップが今のお話と絡むかもしれませんが、日常生活の行動がそのまま行動的な活動になるというメッセージ性もあるのでしょうか。ありがとうございます。

○中坪健康推進課長 ありがとうございます。歩数以外の身体活動については今回、評価はしていないんですけれども、東京都では負担感のない身体活動・運動をするという方向で行って来ました。そういうところで家事も含めたとにかく身体活動をしていただくことが増加するという方向で進んでいけばいいかなと考えております。

○古井部会長 ありがとうございます。他にございますでしょうか。

○西村委員 1点よろしいでしょうか。これは、2-2と2-3の「休養」等をあわせてみると、すごく行動が変わってきているなと思うんです。

2-3の参考指標の2枚目で余暇が充実している人の割合、2-3の2枚目の左下を見ますと、男性、女性の両者においても、ブラック企業の存在が周知されるようになった影響があるのか、かなり余暇が充実しているというグラフが参考指標で出ておりますね。それなのにその前のページのちょうど左下に注目しますと、休む時間も減って、かつ歩数が特に20~64歳で減っているということは私の勝手な考えかもしれないんですけれども、スマホ等を見て家でずっと過ごすという、いわゆるひきこもりが進んでいるという姿がトータルで見ると見えてくるのでございますが、それが正しいのか。

本ポイントをきちんと評価できるようにしていただいて、外に発信できるような施策をとっていただかないといけないのではと思いました。私の思い過ぎだとよろしいのでございます。

○中坪健康推進課長 御意見、ありがとうございます。

この後、次世代の健康の子供のところでもちょっと分析はしているんですけれども、そちらではいわゆる1日の携帯とかスマートフォンの使用時間が長い児童、生徒ほど運動に関する総合評価は下位層が多いというような分析も出ていますので、その分析はある意味、正しいかと思えます。

ただ、そこをどうやって施策に結びつけるかというのがすごく今の社会の流れからすると難しく、健康部門だけではなくて本当に社会全体で何かをしていかなければいけないのかなと思いますので、分析まではできているかと思えますけれども、その後の、ではどうするというところがまだ知恵がない状況でございます。

○丸山委員 練馬区でもスマートフォンはかなり普及しているということで、特に20歳~65歳の方は今ほとんど携帯からスマホに変わっているということで、区でスマートフ

オンアプリをつくりました。それは、ウォーキングを中心にいろいろな区の情報プッシュで飛んでいったり、それからウォーキングコースも区内の実際のコースをつくったり、あとはバーチャルコースといって東海道五十三次を歩いているとか、箱根駅伝を歩いているとか、そのような遊びの要素も含めたウォーキングアプリを独自に開発しまして、この11月から配信しています。

今、5,000人近くの方が登録してまして、年齢層もやはり40代、50代は結構多かったです。これからこのアプリをいろいろ活用しながら運動の向上を目指していただければと思っています。

それで、運動も一番のトップは歩数が出るんですけども、その歩数もグループで競い合ったりとか、それから全体で年齢別のランキングが出たり、いろいろな工夫をしながらやれるような形になっています。

それと、庁舎内のほとんど20課を横串でいろいろ組みまして、区のいろいろなイベントだったり、それから場所を地図に落としていろいろな施設の御案内とか、そういうようなことも今は検討しているところです。

○古井部会長 ありがとうございます。今、5,000人とおっしゃったんですけども、どうやって5,000人をどんな層を連れてこられたのでしょうか。

○丸山委員 アプリなので、アップルと、それからグーグルのそれぞれのサイトにこれを登録しました。それでないと使えないので、そういう意味では区民だけではないんですけども、ほとんど区民の方が利用なさっていて、区民以外の方も当然それはできるんですが、いろいろな区の情報をもとに飛ばしていますので、いろいろ活用できるのかなと思います。練馬区に来てもらって実際に歩いてもらうということも可能なのかなと思っています。

○古井部会長 ありがとうございます。他にございますでしょうか。

では、お願いします。

○岡村委員 アプリをつくってポイントをつけるような神戸の事業にかかわっていましたが、今は横浜で30万人くらい市で登録していると思うんですけども、そういうものを行っているところはもちろんあるのですが、どちらかという市区町村がどう工夫するかという話なので、逆に都としてはどこでどういうものを行っているか。どこの市区町村がどこでどういう事業を行っているかがそこでわかるような情報をして、それを市区町村に流していただくと、競争をしてそれぞれ皆さんいろいろなものを考えていただけるんじゃないかと思いました。

それから、その手のものというのはやはり登録する人はいい人がどんどんよくなって、本当に来てほしい人は入らないというような問題点はどこでもあって、本当は登録しない人とか来ない人の実態を知りたいんですけども、来ない人の調査なんかできないので、できたら参加する人がどんな特性かというのを例えば参加時に調べるようにしておけば、参加者はこんな人だというのがわかると、もともと運動習慣の人であるのか。例えば、学

生時代に運動した人なのか、生活習慣病の弱点を抱えている人なのかということがわかって、逆にそうではない人は入らないということが逆に見える。

来ない人の調査というのは難しいので、来た人がどんな特性かというのをしっかり見ておくと、逆に来ない人の類推もできるのかというのが、健診の未受診のときもそういう調査をしたことがあるんですけども、同じことになるのかなと思いました。

○古井部会長 ありがとうございます。どうやったらどの辺が来るか、どうやったらどこが失敗するかというのを構造的にぜひ集めていただければと思います。ありがとうございます。

○中坪健康推進課長 8-②の「区市町村の取組」の上から2番目の「健康づくりに対して関心が低い層に向けた健康づくり支援事業」、こちらは今年度は10分の10で補助を行っており、来年度以降は2分の1の補助を予定しております。今おっしゃられたいわゆるポイント制度などインセンティブを付与する健康づくりの取組に対する補助事業でございます。練馬区さんもお利用いただいております。

やはり今おっしゃられたように関心の低い層にどう取り組むかというところについては、この包括補助も含めてまた引き続き検討はしていきたいと思っております。

○古井部会長 今の岡村先生のお話はすごく重要で、施策のライブラリー化というか、どんな施策をどういう層にやったらというのはぜひ蓄積をされて情報共有されるといいと思います。ありがとうございました。

それでは、ちょっと時間もありますので、続きまして「休養」「飲酒」「こころの健康」のところのコメントをいただきたいと思います。④のところをお願いいたします。御意見等をお願いします。

○三島委員 ここが私の専門のところなので、まずこの評価のところですけども、睡眠時間が短くなるというのは、日本は睡眠不足がひどいので、大体全国的にこういう傾向だと思いますが、やはりこういうのはほとんど原因は長時間労働と、特に東京だと通勤時間ということになっています。

ですから、働き方改革だとか、それから経営層へのアプローチというのはとても大事で、そういう意味では職域に対する働きかけというのはいい取組かと思うんですけども、プレゼンティーズムに対する認識をもうちょっと上げていただいて、欠勤になってから初めて慌てるなどということがないように、そういう啓発をもうちょっと強く進めたほうがいいのかなと思いました。

それから、眠れない云々というような2番目の指標、これはどちらかというと睡眠不足ではなくて不眠ということになると思うんですけども、こちらはやはりメンタルヘルスの問題ととても関係があって、睡眠不足はどちらかというと生活習慣の問題ですけども、不眠とか、そういうことになると、これはどちらかというと疾患寄りのお話で、内閣府などで不眠をてこに鬱病の早期発見の取組などもやっていますので、内閣府のパパは寝ている運動とか、そういうのも何年か前からやっていますから、そちらの取組なども参考にさ

れたらいいかと思いました。

それから、「飲酒」は変わらないとなっているんですけども、私は女性の飲酒率がやはり高まっていますし、女性の場合は短期間でアルコール依存症等になりますし、また鬱とか不眠の罹患頻度も男性よりも高いので、そういう意味では女性についてはちょっと悪化傾向なのかなと思います。その上で、寝酒、晩酌等についてやはり警鐘を少し鳴らすような方向がいいんじゃないかと個人的には思いました。

あとは、取組の中で印象に残ったのは健康のためのヒントとか、これは存じ上げなかったんですけども、こういう読みやすい啓発資料というのはとてもいいと思うので、これはインターネットでもダウンロードできるのか、ちょっとわからないのですが、こういうものに少しテラーメイドの対応ができるような資料を睡眠、「休養」については入れていただいたほうがいいのかなと思います。

テラーメイドというのは、要するにどうしても睡眠については目標値が例えば8時間とか、そういうふうに決めてかかっていますが、でも60代になれば8時間寝られる人なんてほとんどいないので、年代ごとに夜勤の問題も含めて少なくとも年齢階層ごとにどういう生活、ライフスタイルを送るべきかというのは分けて啓発をしたほうがいいのかなと思います。

そういう意味では、睡眠指針を厚労省でつくっていますが、あそこには先ほどのスマホなどのブルーライト問題なども含めて書いてありますし、また高齢者の不眠対策みたいなものは学会とかでつくっているパッケージの資料があるんですね。そういうものも必要でしたら提供しますので、少しフォーカスを当てる層を絞り込んで資料づくりをしてもいいのかなと思いました。以上です。

○古井部会長 ありがとうございます。非常に御示唆に富んでおりまして、ありがとうございます。

先生、プレゼンティーズムのお話は、多分経営者にももっと普及するということですか。

○三島委員 特に大企業は、この間、経団連と話してきたんですけども、余力のあるところできているのですが、恐らくほとんどが中小企業で、そういうところだと余力がないので、なかなか働いている人に目配りするというのができていないのかなと思います。

でも、やはりそこら辺をちょっと底上げしないと、なかなか効果が出てこないかと思えます。

○古井部会長 さっきのパンフレットなども、ある程度パターン化していくと良いですね。

○三島委員 恐らく、されているんだと思いますけれども。

○中坪健康推進課長 PDFにしてホームページにはアップしております。

○古井部会長 もしかすると、職種とか、交代制があるないとかでまた内容とかを分けられるとよかったりするのでしょうか。

○三島委員 そうですね。実際には先生は御専門だと思いますけれども、不眠とか鬱というのはアブセンティーズムよりもプレゼンティーズムの資本ロスがずっと大きいというこ



とがアメリカでも日本でも出ています。

でも、なかなかそれは数値で出しても、経営者では目先の勤務を続けてもらうとことに傾いているので、そこら辺は何か少しキラーワードでばんともうちよつと伝わるような表現をしてもいいのかなとは思いますが。

ただ、なかなかそれを経営者の人たちに見える化をしてフィードバックすることまで難しい分野ですので、時間はかかるかなと思いますけれども、日本は特にプレゼンティーズムはやはり睡眠問題について大きいですので、そこら辺の資材づくりのときのテキストだとか、そういうのは御協力できることはしたいと思います。

○古井部会長 ありがとうございます。

他にございますでしょうか。よろしいでしょうか。

では、お願いします。

○古川健康推進課課長代理 先ほど、これまで職域と地域から健康づくりをやってきたという御紹介をしましたが、職域につきましては古井先生に部会の座長になっていただいて、大枠的なところなのですが、やはり健康づくりの重要性というのはわかっているけれども、なかなか経営の中で健康づくりの重要性を見出していくかというのは難しいところがあるため、日々の疲れとか体調不良でパフォーマンスが低下しているかもしれないので、健康づくりに取り組むことでこういう経営的な効果がありますよというリーフレットを作って配布してまいりました。全般的な話にとどまっていたかなという反省点もありますので、今の三島先生の御示唆を受けて、部会はこちらの中間評価と施策検討に移ってはいらっしゃるけれども、職域に対する働きかけというのは継続してやっていきたいと思っていますので、参考にさせていただきたいと思います。ありがとうございます。

○古井部会長 ありがとうございます。岡村先生も中小企業所管の協会けんぽの理事に就任されているので、ぜひ御協力いただければと思います。ありがとうございます。

他によろしいでしょうか。

そうしましたら、次に「歯・口腔の健康」につきまして御意見ございますでしょうか。こちらが4番になります。資料8-④ですね。こちらは順調にというか、認知は上がっていますという話があったと思いますが、何か御意見ございますでしょうか。

○近藤委員 歯は結構格差が大きいところでして、子供で歯の状態がかなり悪い場合、家庭生活に苦勞を抱えているということが見つかることが多いです。それで、指標が今80歳で、これは8020だから仕方ないんですけども、学校とか、子供とか、もうちょっと若い世代でとれる指標はないかという感想を持ちました。

今、学校でもやはり歯の健康とか、昔からですけども、やはり関心は強いところですし、そういったところをモニターできるものも必要かと思えます。

○中坪健康推進課長 御意見ありがとうございます。こちらは関連計画に記載があります東京都歯科保健推進計画「いい歯東京」の新しいところでは、ライフステージごとに目標を定めていて、乳幼児期5歳までと学齢期、6歳～17歳、成人期の20歳～64歳、

それで高齢期65歳以上ということで、それぞれ指標を掲げていますので、そちらの指標を参考にしながら、加えられるものがあつたらと考えていきたいと思っております。

○古井部会長 ありがとうございます。それでは、よろしいでしょうか。

では、続きまして領域1の検討に入りたいと思います。これまでの領域2とも関連しますので、また関連の発言も構わないと思います。それでは、事務局より御説明をお願いいたします。

○中坪健康推進課長 では、資料8-⑤を御覧いただけますでしょうか。

「がん」については、目標として「がんの75歳未満年齢調整死亡率を下げる」という目標を掲げておりました、「指標の推移」を見ていただくようにベースラインは93.9から年々下がってきておりました、目標値75.1のところまでは達していないのですけれども、17%減というところになっております。

ただ、今回評価としては目標は達成していないのですけれども、方向性ということで改善傾向ということにさせていただいております。

めくっていただいて参考指標、こちらはがんについてはいわゆる1次予防は先ほどの生活習慣で議論しましたので、いわゆる2次予防のところについてのみ記載しております。まずはがん検診の受診率、こちらが50%という目標に対して年々増加傾向ですけれども、5がん、胃がんから乳がんについては残念ながら全て達成しておらず、40%程度という状況です。

あとは精密検査受診率、こちらについては今回新たに国のがん対策推進計画で90%という精検受診率を掲げる方向になっておりました、それに対してやはり全体の5がんについて増加傾向ですけれども、やはり90%に達しているがん種はない状況でございます。

あとは3番目の精密検査の結果の未把握率、こちらは精検受診率と合わせて、まず精検受診率を把握するためにはそれぞれのがん検診の実施主体である市区町村が結果を把握しなければいけないのですけれども、まずこちらが3割に至るようなものもあるというところが問題と考えておりますので、こちらについてはまずは10%以上あつた時点で精検受診率の90%は達成できませんので、こちらを下げていく方向で考えていくということでございます。

戻っていただきまして、「これまでの取組」ですが、がん予防・検診受診率向上事業ということでさまざまなピンクリボンでありますとか、大腸がんでありますとか、女性の健康週間にあわせた啓発を都として実施おります。また、がん検診については職域で受診する方も多いので、職域のがん検診の支援事業などを実施しているところでございます。

あとは、検診実施体制の整備ということで、検診実施主体は区市町村ですので、それに対する技術的と財政的な支援を実施していて、担当者連絡会なども定期的を開催しているところでございます。

「現状と課題」というところにつきましては、今の分析のところ、まず検診の受診率の50%と精検受診率の90%、あとは職域における取組に向けて方向性を示して書かせ

ていただきました。

がんにつきましては、津金先生が予防・早期発見・教育検討部会の部会長であるがん対策推進協議会で議論を深めておきまして、現在パブリックコメントを募集しているところです。そちらで議論したものを併せて記載しているところでございます。

分野別目標については「減らす」という方向性は引き続き同じですけれども、やはり東京都のがん対策推進計画の改訂の議論におきまして、75歳未満年齢調整死亡率67.9未満という方向で検討中ですので、そちらで進めていきたいと考えているところでございます。

次に8-⑥の「糖尿病・メタボリックシンドローム」と「循環器疾患」を御覧いただければと思います。こちらについては、「糖尿病・メタボリックシンドローム」については「糖尿病による合併症を発症する人の割合を減らす」、「循環器疾患」については「脳血管疾患及び虚血性心疾患の年齢調整死亡率を下げる」という目標を掲げておきまして、糖尿病につきましてはいわゆる3次予防に相当すると思っておりますけれども、新規の透析導入率と失明の発症率を指標で掲げております。それぞれ糖尿病腎症における新規透析導入率については、経年で見ると23年に一旦上がっているのですけれども、その後は減少傾向であります。あとは、糖尿病網膜症による失明の発症率については平成24年に一度上昇した後、減少しているのですけれども、その後、横ばいが続いている状況でございます。

あとは、③、④の脳血管疾患による年齢調整死亡率、虚血性心疾患による年齢調整死亡率はともに減少傾向でございますので、評価としてはaとさせていただきます。

めくっていただいて、健診の実施率を「参考指標の推移」で記載しております。特定健診の実施率については、東京都全体は60%前後で微増ですけれども横ばいで、国保のところについては40%前後で、やはりちょっと微増の状況でございます。特定保健指導については15%前後で、東京都全体は上昇傾向ですけれども、なかなか上がらない状況で横ばいが続いております。

2番目のメタボリックシンドロームの該当者と予備群の割合については、こちらもほとんど横ばいで、東京都全体はメタボリックシンドロームそのものと予備群も微減ですけれども、ほとんど変わらないというところかと思っております。国保のところについては、該当者の割合については東京全体よりやはりちょっと多い状況で、予備群の割合についてはほとんど変わらないのですけれども、やや少ない状況で横ばいという状況でございます。

あとは、3番目の適正体重を維持している人の割合、こちらについては男性はちょっと増えていて、女性は減っているのですけれども、ほとんど変わらないのかなと思っております。

それで、糖尿病有病者・予備群は国民健康・栄養調査の割合については、男性はかなり下がっておりまして、女性は微減という状況でございます。

最後に、脳血管疾患と虚血性心疾患の受療率については、脳血管疾患についてはやや微減、虚血性心疾患はちょっと入院は下がって外来は上がっているということで余り変わっていない状況かと思っております。

1枚目に戻っていただいて「これまでの取組」ということで、こちらについては医療については保健医療計画で議論をして記載等がございますけれども、こちらはあくまでも予防のところに特化したことを記載しております。

「都民に向けた糖尿病予防のための普及啓発」ということで、11月のブルーライトアップでありますとか、各種広告やリーフレットの作成などをこれまで実施しておりました。

あわせてこれもいろいろなところと重なりますけれども、「職域等に向けた普及啓発」ということでいろいろありますが、一番下の「・」にありますように職域健康促進サポート事業による事業者に対する普及啓発なども今年度から始めているところでございます。

「今後の方向性」としては、このような高齢化が進んで糖尿病も患者数の数で言えばますます増えていきますので、まず糖尿病にならない、さらになってしまったとしても重症化予防、そこら辺について引き続き実施をしていきたいと考えておりますけれども、プラスアルファの何か御意見があったらぜひいただきたいと思っております。

最後が、8-⑦になります。こちらは「COPD」と「喫煙」ということで、「COPD」は「COPDについて知っている人の割合を増やす」、「喫煙」については「成人の喫煙率を下げる」ということで、こちらの指標は両方bと書いてありますけれども、グラフでも見ていただくとおりほとんど変わらない状況でございます。

COPDは28年の上に80.0というところに点がありますけれども、こちらは目標としては80%に増やすということ掲げておりますが、現状としては20%台で横ばいという状況でございます。このままでは目標値にはなかなか届かないと予想されますし、喫煙率についても改善傾向なのですけれども、ここ数年は下げ幅も小さくなっていますので、目標の数値には最終年度までには到達しないと予想しております。

あわせて、また2枚目をめくっていただいて参考指標ですけれども、COPDは全国の認知度についてはGOLD日本委員会の調査で実施しておりますが、こちらでもやはり最初はなかなかいろいろCM等を実施して認知度がちょっと上がっていったのですけれども、その後は横ばいということで、10%弱で推移している状況でございます。

あとは、1の②の気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患の治癒率はほとんど変わらない状況です。

それから、③の「人口10万人当たり慢性閉塞性肺疾患による年齢調整死亡率」、こちらは減少傾向にはございますけれども、微減という状況かと思えます。

あとは、2番の「喫煙」の受動喫煙の機会を有する人の割合、こちらは平成28年はがん予防検診等実態調査はありませんので、25年の国民健康栄養調査と28年で比較すると飲食店が46.8%から42.2%、同じく職場は33.1%から30.9%ということで微減傾向にあるのかなとは思えます。

最後に参考データということでCOPDの認知度、これはまた別の生活文化局の調査ですけれども、こちらでもやはり20%程度の認知度、24年も28年度もほとんど同じ程度で微増の状況です。

あとは、「喫煙習慣見直しに対する意欲」で「やめたい」という方は3分の1程度でして、これらも24年と28年でほとんど変わらない程度という状況でございます。

また1枚目に戻っていただいて「これまでの取組」ということで、「COPD対策」はこちらのような普及啓発で、「喫煙及び受動喫煙防止対策」としては昨年の9月8日に東京都受動喫煙防止条例（仮称）の基本的な考え方を公表しましたし、東京都子どもを受動喫煙から守る条例については今年の4月1日に施行の方向となっております。

また、「未成年者の喫煙防止対策」でポスターコンクールなどを実施しておりますし、各種普及啓発は実施しております。

あとは、喫煙対策としては「禁煙希望者への支援」ということで、ニコチン依存症の治療保険適用医療機関の情報をホームページなどで提供しているところでございます。

「今後の方向性」としては、COPDに関する正しい知識の普及であるとか、喫煙率の減少に向けた啓発や環境整備の推進、受動喫煙防止対策の推進ということを考えております。こちらについても先ほどのがんと同様に、がん対策推進計画でさまざまな議論をした上での方向性と考えておりますので、そちらに準拠してこちらに記載しております。

説明は、以上でございます。よろしく願いいたします。

○古井部会長 ありがとうございます。

それでは関連もありますので、「がん」のところと「COPD」「喫煙」のところの御意見をまずいただければと思いますが、いかがでしょうか。

もしよろしければ、津金先生から少しコメントを最初にいただいてもよろしいでしょうか。

○津金委員 がんは、昨年の選挙が終わった後のがん対策推進基本計画の第三次というのが閣議決定されて、その中に1次予防、2次予防というのが特に強く打ち出されているということがあり、そういうことも踏まえながら東京都のがん対策推進基本計画も机上の配布資料の9-2のところにも原案が出ているかと思えます。それを見ていただくと、例えば31ページに生活習慣及び生活環境に関する取組ということで、まず1つ目は喫煙、受動喫煙に関する取組、それから2番目として33ページには食生活や身体活動などに関する取組というようなことで、37ページの感染症に起因するがんの予防というのはがんに特化しているかと思えますけれども、基本的には喫煙、受動喫煙、それから食生活、身体活動とかはほかのNCDの対策と全く一緒なので、ここで一生懸命がん対策、がんの1次予防というものを推進すると、結果としてほかのNCDなどの予防にもつながる。一緒になって取り組むということが有効であろうということが改めてここで示されています。

それから、40ページに指標が書いてあるのですけれども、喫煙、受動喫煙、相変わらず成人の喫煙率はやめたい人がやめた場合の喫煙率ということで示されていますが、大事なことは受動喫煙の機会、受動喫煙をなくすというすばらしい目標値を設定していて、それが条例と連動しながらかなくすということが、今のところは目標に掲げられました。

それで、受動喫煙も最初は「望まない受動喫煙を避ける」というような書き方が提案さ

れていたのですけれども、“望まない受動喫煙”などというのは絶対に格差が出るから、そんなものは施策として入れるべきでない、これは環境汚染というか、大気汚染というか、公害対策と一緒になので、望むに望まないにかかわらず規制すべきものなので、そんな文言は入れないようにという強い意見などを反映してくれたのではないかと考えています。

喫煙率ももっと積極的に、やめたい人がやめるだけではだめじゃないかというような意見もありましたけれども、こちらは嗜好というか、そういうところの問題があって、自分の問題というところもあるので、一応これはこれでこういうふうになっています。

それから、下の目標は先ほどほかの生活習慣と基本的には同じものが入られているということです。それで、感染に関するものだけはちょっと違うということです。

それから、2次予防に関しましては、まず検診受診率を上げるのもいいのですけれども、余計な検診をやらないということが、特にがん対策推進基本計画においてもきちんと書かれています。実は、恐ろしいことに市町村の九十何%が余計な検診をやっているんですね。それが住民サービスだと思い込んでやっているのですけれども、それは決して利益ばかりではなくて、住民に対する不利益を与えてしまうということもきちんと自覚しながら、科学的根拠に基づいた検診を推進しましょうということが、特に国の基本計画にも掲げられています。それに呼応するような記述になっています。そこまでこちらは書いていなかったでしたか。

科学的根拠に基づくがん検診の実施ということと、それから質の向上ですね。要するに、受けても精密検査を受けなかったら意味がないので、国も90%になっていますが、東京都のものをしてみるとやはり把握している自治体は20~30%しかない。これはやはり問題なので、余計な検診をやらずにちゃんと科学的根拠のある検診の受診率を徹底的に上げて、それから精度管理をきちんとするということが大きな今度の東京都がん対策推進基本計画の1次予防、2次予防に関する今のところの素案に書いていることであります。以上です。

○古井部会長 非常にわかりやすく御説明いただきましてありがとうございます。基本的にその方向にこれは基づかれていますので、特に問題はないと思いますが、この分野について何か御質問、御意見はございますか。

受動喫煙の条例は、コメントは特にいいでしょうか。皆さんもう周知されているということで、やっているぞということでもよろしいでしょうか。

○中山事業調整担当課長 ありがとうございます。受動喫煙は、資料には9月8日に基本的な考え方を公表してというところで記載させていただいております。

この後の状況ですけれども、この9月の8日に基本的な考え方を公表させていただきまして、その後1カ月パブリックコメントを実施してございます。そのパブリックコメントには約5,000名の方から1万5,000から6,000件の御意見をいただきました。御意見の内容は既に公表させていただいておりますが、賛成、反対、さまざまな御意見がございました。

そういった状況や、また東京都ではパブリックコメントとは別にそもそも都民の方に受動喫煙に関するアンケートですとか、飲食店等に対して実態調査を行っていますので、そういった様々な調査ですとか、パブリックコメントの結果、または国の検討状況等もございます。

その辺を踏まえながら東京都受動喫煙防止条例、仮称でございますけれども、これを30年の第一定例会、まだ告示されていないのですが、例年ですと2月の中旬から開会され、3月末ぐらいまで開会されている定例会に条例案を提出することを、目指してございます。

その条例案の施行時期といたしましては、オリンピック・パラリンピック2020年というものがございますが、その前年、2019年9月にラグビーワールドカップが開催される前までの施行を今、基本的な考え方で記載させていただきましたが、それも念頭に今度の30年の一定に条例案を提出することを目指して検討しているところでございます。

○古井部会長 ありがとうございます。他に御意見等ございますでしょうか。

では、戻っていただいても構いませんので、もう一つ、「糖尿病・メタボリックシンドローム」「循環器疾患」のところの御意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

では、お願いします。

○西村委員 西村です。コメントさせていただきたいと思います。

目標が「糖尿病による合併症を発症する人の割合を減らす」ということで、この①の糖尿病腎症による新規透析導入率は東京は減少しています。この資料を見てさすが東京と思いました。全国はようやく透析導入の伸びが収まってフラットになったところですが、東京は減っているということは、やはり糖尿病対策と腎症予防に対しても医師会等さまざまなところから保険者も含めて予防推進活動をやっている、それがかなり東京ではうまくワークしていることになると思います。

それで、失明に関しては横ばいになってしまっているのは高齢化の影響と、もしかしたら黄斑変性と網膜症と両方絡まっているためかと思います。本ポイントについては、先ほどからディスカッションがありますように年齢も含めた解釈が必要かと感じております。

次のページにいきまして、やはりこれもさすがに東京だなと思います。特定健診は6割も受診している。ということは4割受けていない。

昨今、東京でも、外来にクレアチニンが上昇したと来院して透析になってしまう方、目の前が真っ赤になったと来院され眼底出血が判明するという方がおります。この残りの4割のところから来る方がほとんどなんですね。今、この1枚目の①、②を完全になくすには、これは非常に難しい取組だと思うのですけれども、その4割の方にいかに受診していただくかということを経後の目標として挙げていただきたいと思います。

それからもう一つ、今メタボ健診がかなり定着してまいりましたが、2枚目の2の(1)のところを見ていただきますと、東京都全体はやはり少ないですね。少ないということは、とにかく東京はやはり通勤がありますので、痩せているので腹囲がひっかからないと次の特定指導にいかない方が結構いるんですね。ですから、最初に腹囲ありきではなくて、

腹囲が大きくななくても脂質、そして血圧、糖代謝の異常がある方に対しても手を差し伸べると、その2つに関して今後取り組んでいただけるようなことをさらにやっていただければ、この1枚目の①、②が、そして③、④も減っていくのではないかと考えております。以上でございます。

○古井部会長 ありがとうございます。非常に賛同する御意見で、ありがとうございます。

他にございますでしょうか。

では、お願いします。

○岡村委員 循環器系のところはもちろんこれでいいのですが、2枚目の資料に脳血管疾患と虚血性心疾患の受療率というのがありますね。これは、何に基づいて出されたのでしょうか。

○中坪健康推進課長 患者調査に基づいています。

○岡村委員 患者調査で、この虚血性心疾患の受療率と脳血管疾患の受療率とあるのですが、この虚血性心疾患のデータというのは心筋梗塞だけ拾っているとか、疾患単位をかなり狭めていませんか。こんな数になりますか。

例えば年齢調整死亡率ですと、多分東京都だとほぼイーブンぐらいになるのではないかと。田舎だと脳卒中がうんと多くなるのですけれども、都市部だと大体接近してくる感じになるのですが、かといって患者調査で狭心症を拾ったら大変なことになるので、これは何かで絞られていますか。

○中坪健康推進課長 後日、確認させていただきます。

○岡村委員 今、答えを聞いているわけではなくて、今は心筋梗塞だけ拾う疫学調査というのは循環器ではあり得なくて、先にステントが入ってしまうので普通の意味ではそこまですでに拾うんですね。

ですから、何を拾うかによってここは物すごく受療率が変わってきてしまうので、そこはまた確認ください。死亡率と乖離しているのです、ぱっと見たら、みんなえっと思うのでそこだけ確認ください。以上です。

○古井部会長 ありがとうございます。では、これは確認でお願いします。

○中坪健康推進課長 確認して情報提供させていただきます。

○古井部会長 お願いします。

他にございますでしょうか。もし、自治体の皆様からも御意見等ございましたらお願いします。

○丸山委員 先ほどのがん検診の話で、自治体で余分な検診をいっぱいやっているというお話がありました。余分な検診というのをそれなりの自治体と、医師会と、また住民からの要望等でやってきた経緯があるので、これをやめるというのは非常に厳しい。自治体の中でこれをやめるというのは、ほぼ無理なのかなと思います。どこかから大きな圧力がない限りは、医師会も黙っていないし、住民も黙っていないということなので、もしそうい



う大きな動きがあるとすれば、当然東京都さんで東京都医師会としっかりとタッグを組んで各地域医師会におろしてくれないと、我々としては厳しいということです。

お金の部分でも、相当お金を注ぎ込んでがん検診をやっています。東京都の場合には全然補助がないので、かなり大きな予算を組んでやっている中で、これを何か変えるというのは相当大きなプレッシャーがないと無理なのかなと思いますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

○津金委員 がん対策推進基本計画の第三期のところにも、検診というのはいいことばかりじゃなくて不利益があるんだということをきちんと国民に周知していくというようなことがあえて掲げられていますので、我々もそこら辺は強く、今までなかなか発言が難しかったのですけれども、いろんなところでそういう検診がやられている事例がありますので、我々ががんセンターとしても検診に関しては利益ばかりじゃなくてやはり不利益のこともきちんと国民に理解するように、第3期がん対策基本計画もできましたので、強くメッセージを発していくようにしたいと考えています。

○古井部会長 ありがとうございます。

先ほど西村先生がおっしゃった特定健診に関しても、本当に勇気を持っているような先生が今、声を上げていただいて、本当に重要な御意見だったと思います。自治体はすぐには動けないところもあると思うのですけれども、関係者みんなで努力をしていけるといいなと思います。本当にありがとうございます。

○津金委員 関連して、やはりすごくいろんな意味でしがらみがあるので、さっきの受動喫煙の話も東京都がやはり先頭を切らないと、東京として国際社会で恥ずかしくないような対策、施策をしかないと、国に多分頼っていたら、国はすごくしがらみというか、そういうのがあってなかなかうまくいかないと思うのですけれども、そこは本当に受動喫煙もうまくいってこのまま東京都が先に走るといいなと思っているので、ぜひ東京都は頑張ってもらいたいと思っています。

○高橋委員 がん検診なのですけれども、新宿区は子宮体がん検診もやっていたし、対象年齢を拡大して胃がん検診をやっていたり、前立腺がんもずっとやっていたのですが、29年度から指針どおりにあわせることができました。

ただ、一つ、前立腺がんはどうしても難しく、ここもカットしなければいけないのかもしれないのですけれども、任意型検診に位置づけるというやり方を思いつきまして、他は全部個別の受診券を送っているのですが、前立腺だけは希望者にするという形に変えました。受診率が下がっても、それはそれでということで、がん検診の考え方自体を議員さんにも区民にもわかっていただきたいと思い、かなり頑張って、医師会の先生方も最終的にはわかっていただきましたのでよかったかなと思っています。参考まで。

○古井部会長 ありがとうございます。非常に貴重な御意見をありがとうございました。

それでは、続きまして領域3、最後になりますが、ライフステージを通じた健康づくり、それから次世代、この辺について御説明をお願いいたします。

○中坪健康推進課長 後程循環器疾患と糖尿病・メタボリックシンドローム、いわゆる1次予防のところの方向性の意見もあわせて後で追加でいただければと思いますので、よろしくをお願いします。

3-2の「次世代の健康」になります。こちらについては分野別の目標が、「運動を習慣的にしている子供の割合を増やす」となっております。こちらの指標についてはbとなっていて、グラフもほとんど横ばいなのが見えるように24年と28年でほとんど変わっていない状況であります。男子は小5でやや減少で、高3はやや増加傾向だったり、女子は全体的に増加傾向と分析はしていますが、ほとんど横ばいかなという結論でございます。

それで、めくっていただいて参考指標は「児童・生徒の1日の平均歩数」で、こちらは23年のときは調査があったんですけども、それ以降、調査はないので23年度の調査だけがございまして。小5、中2、高2ということで、男女ともだんだん減っている状況でございます。

あとは「肥満傾向にある児童・生徒の割合」、これはもともとそんなに高いわけではないんですけども、それぞれの年代で減少傾向でございます。

1枚目に戻っていただいて「これまでの取組」ということで、こちらは教育分野については今、教育庁が学習指導要領に基づいて実施しているというところで、「こころと体の健康づくりの推進に向けた学校体育」であるとか「学校保健活動の推進」という形でここに記載のような取組をしている。

あとは、「福祉保健分野」におきましてはそれ以外の「幅広い年代に向けた普及啓発」ということで、各種イベント等における身体活動や食事などの望ましい生活習慣に関する普及啓発を実施しているところでございます。

「現状と課題」で、「現状」の「○」の一番下のところに、先ほどのスマートフォンの使用時間が長い児童・生徒ほど総合評価は下位層が多いというようなこともありますけれども、やはり子供の運動についても横ばいというところもありますので、そちらについては教育の部門と連携して引き続き体力向上の推進を図っていければと思っております。

また、「福祉保健分野」においてはさまざまなイベント等で職域も含めて普及啓発を継続していきたいと考えているところでございます。

資料8-⑨を御覧いただければと思います。こちらは「高齢者の健康」と「社会環境整備」ということで、「高齢者の健康」については「社会生活を営むために必要な機能を維持する」、「社会環境整備」については「地域のつながりを醸成する」となっております。こちらの指標については、両方とも「地域で活動している団体の数」ということで調査をしております。それで、「※」印にありますように健康、子育て支援、高齢、障害、生涯学習との各部署で把握できる団体数をそれぞれ独自に市区町村に調査して実施したものでございます。こちらについては、団体の数については増加傾向なんですけれども、高齢者人口が急増しているために1,000人当たりの団体数は割合でいうと減少傾向というところ

であります。

あとは、こちらは調査の方法等の問題もあるかと思いますが、それぞれ今申し上げたようにこの5分野について市区町村に東京都から調査を行っているところで、特に生涯学習の団体の数であったり年間活動回数などというのはとても多いわけですが、なかなか調査し切れないということで、実は無回答という自治体が多いという状況があります。こちらの数値は回答していただいたところで集計して出してはいるのですが、本当に実態を100%反映し切れていない状況もございますので、そういう意味で評価のところは横棒という形で評価不能とさせていただきます。

めくっていただいて「参考指標の推移」ということで、まず「高齢者の健康」についてはロコモティブシンドロームの認知度ということで、こちらについても当初、広告を非常にさせていただいて50%に迫るところまでは上ったんですけども、その後はちょっと横ばいという状況です。こちらは全国ですけども、そういう状況でございます。

1の(2)の高齢者の社会参加はやや減少傾向、横ばいなのかなと思います。

1の(3)の要介護認定者の割合については増加傾向で、シルバー人材センターの会員数はいろいろな要因があるかと思いますが、男性、女性ともに減少、女性はほぼ横ばいかと思いますが、男性は減少傾向でございます。

下の段にあっていただいて、高齢者は近所づきあいの程度、こちらでも減少傾向でございます。

その隣で2の(1)、こちらからは「社会環境整備」ということで地域のつながりの指標の参考指標ですけども、主観的健康感、こちらはほとんど男女ともに変わらないで80%前後でございます。

2の(2)の地域などの子育て活動への参加経験、こちらは父親は微減、母親は5%程度減少している状況です。

最後に地域のつながり等に関する都民の意識ですけども、こちらは比較ができておりませんので、男性、女性の平成25年度の現状をお示ししているところでございます。

戻っていただきまして「これまでの取組」ですが、こちらについてはパンフレット、「地元があなたを待っている」としまして、定年退職後に地域で交流活動をしたほうが良いというリーフレットを作成しました。好評で多くの利用者に見ていただいている状況でございます。

それで、今回の議論はあくまでも健康づくりということで、参考のところは介護予防関係の記載がございましたけれども、もちろん介護予防に対する施策というのも東京都で実施しているところでございます。

「現状と課題」のところに記載しましたけれども、「課題」としては高齢になっても健康で自立した生活を送ることができるように、それぞれと連携して望ましい生活習慣を周知していく必要があるということと、やはりつながりということでソーシャルキャピタルの重要性について周知を図る必要があると考えております。

それで、「今後の方向性」はこのように書きましたけれども、御意見をぜひいただければと考えております。以上でございます。

○古井部会長 ありがとうございます。

それでは、「次世代の健康」について、まず御意見をいただければと思います。御意見ございますでしょうか。

○田中委員 領域と分野の3-2のところなのですけれども、町田市教育委員会でひとつ取組としてやっているのは、東京都さんの取組の他にオリジナルの取組として体力向上パワーアップデイということで、年に1回なのですけれども、市内の小学校の体育館で子供たちだけではなくて保護者の方、あるいは市内の体育指導教員ですとか、さまざまな関係者が集まって普段体を動かさない人も含めて体を動かしたり、あるいはパネルディスカッションで体育指導の方を呼んで、アスリートの方も呼んで、いろんな意見交換をしたりというイベントをやっております。

こういう取組をしながら、地域住民の方にも啓発をしていくということで、2年前から始めている取組なのですけれども、こういった裾野を広げるような取組を今、始めているところでございます。

○古井部会長 ありがとうございます。子供から御両親とか地域にも動線をつくるということで、これはどんな位置づけのイベントですか。

○田中委員 イベントとして、教育委員会の一つの取組として今やっているところです。

○古井部会長 ありがとうございます。

他にございますでしょうか。

基本的な理解としては、教育委員会というか、教育サイドと連携を図られて進めていくということですかね。

では、また戻っていただいても構いませんので、もう一つの「高齢者の健康」「社会環境整備」のところ御意見をいただければと思います。いかがでしょうか。特に御説明でもあった社会環境というか、ソーシャルキャピタルの整備のところというのも重要なことだと思ったのですが、多分東京都がやるべきこと、市区町村がやるべきことというのもまたあるのかなと思います。いかがでしょうか。

近藤先生、ございますか。

○近藤委員 特にございません。

○古井部会長 一つちょっと思ったのは、フレイルが今いろいろ話題にはなっていますが、岡村先生も国の委員でいらっしゃるのですが、国でも基本的にはロコモの中で対策を行っていくという理解でいいですか。

○中坪健康推進課長 フレイルについては保健医療計画や高齢者の計画で新たにコメントの一部として追加しているのですけれども、ロコモとあわせて実施していくというような形で今後記載を考えていきたいと思っております。

○古井部会長 わかりました。ありがとうございます。

済みません。私の不手際もあったのですが、先ほどメタボのところでは少し生活習慣の予防のところの御意見をいただいたほうがよかったですか。

○中坪健康推進課長 具体的な方向性の御意見を頂きたく考えております。

○岡村委員 これは指標のところはいいのですが、参考指標のところは特定健診とメタボリックシンドロームの関係になっている。それで、これは例えば糖尿病とかを見たときはそれでもある程度いいのですが、脳血管疾患と虚血性心疾患で見たときにいわゆるメタボの対策だけだと、メタボの人というのは要するに実際に発症した人の女性だと10%、男性だと4割ぐらいいかないので、これだけやると残りは全部手つかずで残るんですね。

ですから、基本的には今後どうするかにもよるのですが、それがあつたので国では血圧とLDLのところは目標に入っているところが実はあつたのですが、太つているというのはほぼ関係なく、たばこと糖尿病と血圧とLDLではほぼ発症説明、要するに予防可能な部分では説明できてしまうんですね。

太つている、太つていないはほぼ関係ないということになるので、実際に予防をどうか考えるかだと、いっぱい増えるのもあつたのですが、血圧のところをどうかするか、短期的に成果を目指すのだったら平均値よりも180以上の人を全部病院に送るとするのが一番早くて成果が出ます。

そういうような感じのことになるので、それで長くやるのだったら全体の平均値をどうかするかという話に多分なつてくるので、今後考えるときにはそこも考えておかないと、メタボ対策だけだと循環器疾患は減らないということだけはここで言っておきたいと思つます。

○古井部会長 ありがとうございます。これは構造的に全部を取りかえるというわけにはいかないとあつたのですが、今のことは非常に重要な御意見だと思つますので御検討いただければと思つます。ありがとうございます。

それでは、ちょっと飛び飛びで申しわけないですし、時間も本当に過ぎていて恐縮なのですが、全体的に言い足りなかつたことを含めて御意見、御質問はございますでしょうか。

○近藤委員 一つ確認なのですが、認知症はまた別なのですか。高齢者の健康に入るのか。

○中坪健康推進課長 認知症は保健医療計画で5疾病5事業のうちの一つ、本日参考資料のところに入つているというのと、あとは高齢の計画に入つていますので、認知症はこちらでは議論の対象外とさせていただきます。

○近藤委員 わかりました。

あとは全体的なことなのですが、これは全体のたてつけとして社会環境整備というのは健康格差対策のための戦略という形なんですよ。

ただ、これで見ると、ほぼ高齢者の地域包括ケアみたいな話になつていて、これで全世代の健康格差が減る形にはなつていないと思つます。それで、社会環境整備というのは当然全世代で全ての課題に対して考えていくということが、特に健康格差対策の観点では大事だと思つているのですが、例えば糖尿病の重症化というところで、どういう環

境をどういうふうに変えたらいいのだろうかとか、その辺の戦略がまだ見えないなと思います。

例えば糖尿病の話でいうと、都がやってきたことというのはほぼ普及啓発で一貫しているんですね。これだと、健康日本21の第一次のところからの発展が余りないと思っ  
まして、普及啓発もポピュレーションアプローチなのですけれども、それは格差の観点で  
いうと逆進的で、意識が高い人を先に救ってしまうということになりますので、社会的に  
弱い立場で健康に関心がない人に声を届けるにはどうしたらいいのだろうかというよう  
なもうちょっとターゲットを絞った社会環境整備によるポピュレーションアプローチも必要  
と思います。あとはユニバーサルに全員に対応するのですけれども、社会的に不利な立場  
とか、健康づくりに関心を持っていない人によりウェートをかけるような戦略、この2つをど  
ういうふうにやっていくのかというのも後半に向けては考えていけるといいと思います。

実際の活動は市区町村レベルなのだろうなとは思いますが、では、それを都が  
どういうふうに支援するのかとか、そういう市区町村間のやる気とか、競争とか、そうい  
ったものをうまく引き出す。まさにこれは自治体とか団体に向けた行動科学戦略だと思  
うんです。この間ノーベル賞を取ったナッジとか、そういった考えもちょっとずつ取り入れ  
ながら、国ではできない、都だからできるというちょっととんがったというか、前のめり  
なこともチャレンジしていけるといいんじゃないかなと感じました。

○古井部会長 ありがとうございます。

今、近藤先生からお話があったのは、例えば受診をしない人とか、非常に弱い立場の人、  
それからよく自治体さんでやられているのは大体さっきおっしゃったお子さんでちょっと  
問題がある行動の背景には家庭環境などがあり得るということとか、それから障害者とか  
生活保護の方も健診にはつなげやすいとか、政策とか、部署間の横串を差すということも  
重要と思います。これは自治体単位だと思うのですけれども、どういうふうに盛り込むか  
という課題はありますが、その視点をまた御検討いただければと思います。

○近藤委員 具体例をいうと、生活保護受給者への健康支援事業が行われています。どう  
やっていったらいいのかとか悩んでいるところが多いんですね。そういうことを、保健所  
なり都なりというところがどうサポートしていけるのかというようなことも考えていける  
といいなと思っています。

○西村委員 つけ足しなのですけれども、そういう意味では社会的弱者という点からは、  
ひとり親の親御さんや子供もフォーカスしていただければと思います。

○古井部会長 ありがとうございます。全体的によろしいでしょうか。ちょっと不手際  
がございまして申しわけございません。

時間もオーバーしましたので、それでは本日の会議はこれをもって閉会とさせていただきます。  
事務局から、補足などお願いします。

○中坪健康推進課長 活発な御意見、ありがとうございます。本日の議論をまとめて、  
先ほども申しましたけれども、年度内に第2回を開催したいと考えておりますのでよろし

くお願いします。

その2回目ですが、机上に日程の調整表があるかと思います。こちらと、本日の意見でまだ足りなかったとか、後で思い出したのでこういう意見が言いたいということがございましたら、来週23日の火曜日までにメールかファクシミリで送付をお願いいたしたいと思います。こちらのシートについては、意見シート、日程調整表、ともに後日メールで送らせていただきますので、そちらもメールもしくはファクシミリで送付いただければと思います。

あとは、事務局からの事務連絡としては、もしお車でいらっしゃった方については事務局にお声かけいただければと思いますので、よろしくお願いします。

机上配布資料につきましては、そのまま残していただきたいと思います。

それから、本日の資料は非常に多いですので、郵送を希望される方は机上に残していただければ後日郵送させていただきますのでよろしくお願いします。

以上になります。本日は、まことにありがとうございました。

(午後8時15分 閉会)