

平成30年度第2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8月22日
東京都福祉保健局保健政策部

(午後1時30分 開会)

○**中坪健康推進課長** 時間になりましたので、ただいまから平成30年度第2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。

本日お集まりいただきました委員の皆様方におかれましては、お忙しい中御出席いただきまして、誠にありがとうございます。前回に引き続き、よろしくお願いいたします。

私は、東京都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。議事に入るまで進行を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

まずは、本日御欠席の委員、また、代理出席いただいている委員の方について御紹介させていただきます。また、お手元に座席表がございますけれども、急遽欠席になった方もおりますので、一部本日の出席のところと齟齬がありますことを御承知いただければと思います。

では、資料2-1の中間評価部会委員名簿をご覧ください。

国立精神・神経医療研究センターの三島委員におかれましては、本日御欠席となっております。

また、町田市保健所健康推進課長の田中委員でございますが、同じく、本日は御欠席との連絡を頂いております。

次に代理委員の紹介でございます。

新宿区健康部長兼保健所長の高橋委員でございますが、本日は豊島区池袋保健所の佐藤所長が代理出席しております。

○**佐藤氏** 佐藤でございます。よろしくお願いいたします。

○**中坪健康推進課長** 東京都南多摩保健所長の小林委員でございますが、本日は多摩小平保健所の山下所長が代理出席しております。

○**山下氏** 山下でございます。よろしくお願いいたします。

○**中坪健康推進課長** 続きまして、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の資料一式をご覧ください。

まず、次第がございまして、その後に資料1から資料6までをお配りしております。

また、座席表と机上配付資料1から5の冊子類をお配りしております。

机上配付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ください。

なお、本会議は、資料1のプラン推進会議設置要綱の第12により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、ホームページ上に公開させていただきますので、あらかじめ御了承ください。

それでは、ここからは古井部会長に進行をお願いしたいと思います。古井部会長、よろしくお願いいたします。

○**古井部会長** お忙しい中、今日もお集まりいただきまして、ありがとうございます。

これより検討会を始めたいと思うのですが、本日は非常に内容が多岐にわたっていますので、議事の進行に御協力いただきたいということと、併せて、できれば具体的に御意見・御感想も含めて頂きたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、早速ですけれども、議事（１）の中間評価の方向性とスケジュールについて、事務局から説明をお願いいたします。

○中坪健康推進課長 では、資料３をご覧ください。

「東京都健康推進プラン２１（第二次）中間評価の方向性とスケジュール」で、こちらにつきましては前回お示した物の時点更新版になっております。

「課題」「取組の方向性（案）」については、前回と同様ですので省略させていただき、スケジュールを確認したいと思います。

本日が中間評価部会の８月２２日のところになります。これまで５月１４日に第１回を中間評価部会を実施いたしました。また、施策検討部会につきましては、６月２９日に第１回を実施しているところでございます。

この後、本日素案を提示いたしまして、その素案につきましては１０月９日に親会である推進会議に提示をし、併せて施策検討部会の内容についても御報告をしたいと考えております。

その後、１２月上旬ごろにこの中間評価部会の第３回目を実施し、１月にパブリックコメントを実施したいと考えております。パブリックコメント前の１２月上旬の第３回のところでは、最後の確認をお願いしたいと思っております。

施策検討部会につきましては、第２回目はそのパブリックコメント中の１月中旬には来年度の施策の方向性もある程度固まってきているかと思っておりますので、そこについての助言を頂くとともに、今年度の状況について報告していければと考えております。

２月の下旬に推進会議で最終案を提示し、今年度末までには中間評価報告書を公表したいと考えているところでございます。

スケジュール案は以上でございます。

○古井部会長 ありがとうございます。

それでは、皆様方から何か御意見あるいは御質問はございますでしょうか。中間報告の方向性とスケジュールについて御説明がありました。

特によろしいでしょうか。

では、また後ほど、何かありましたら挙げていただければと思います。

それでは、続きまして、議事（２）『東京都健康推進プラン２１（第二次）』中間評価報告書素案（たたき台）について、事務局より説明を頂きたいと思います。

ちょっと分量が多いので、まず第１章の「東京都健康推進プラン２１（第二次）の中間評価にあたって」から第３章の「都民の健康をめぐる状況」までを一旦御説明いただいて、御意見を頂きたいと思います。それでは、よろしく願いいたします。

○中坪健康推進課長 では、資料４に基づきまして説明させていただきます。

まずめくっていただいて、第1章から第6章まで目次がございますが、第6章は資料編になりますので、本日は添付を省略させていただいております。

この中で、特に中間評価に大きく関係するところは第2章「東京都健康推進プラン21（第二次）の中間評価」。また、第4章「中間評価の結果と今後の取組方針」でございますので、そこを中心に今日御説明していきたいと考えております。

では、1ページ、第1章を御覧ください。

めくっていただき、3ページからが内容で、まず第1章「東京都健康推進プラン21（第二次）の中間評価にあたって」でございます。

こちらにつきましては、9行目、10行目に「平成30年度は、プラン21（第二次）について、取組の中間評価と必要な見直しを行い、今後の健康づくりの推進体制の充実強化を図っていきます」と記載のあるとおり、中間評価を行う旨をこちらの前文で宣言しているところでございます。

その後は「I プラン21（第二次）の概要」ということで「1 理念と目的」「2 位置付け」「3 対象期間」「4 基本的な考え方」「5 目標」というような流れで記載しております。こちらの流れにつきましては、現行のプランと同様の流れで記載しております。

「5 目標」について、(1)が「総合目標」、(2)が「領域と分野」になっておりまして、(1)「総合目標」は更に①健康寿命の延伸、②健康格差の縮小になっております。こちらも現行のとおりでございます。

(2)の「領域と分野」では14分野がございまして、めくっていただいて7ページが分かりやすいかなと思います。

こちらはタイトルとしては「東京都健康推進プラン21（第二次）概念図」でございます。一番上に総合目標の「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」の記載がございます。それを支える3領域14分野がございまして、ここは現行と内容が同じなのですけれども書きぶりをちょっと変えております。

領域1、2、3について、それぞれ項目はございますが、領域1はいわゆるがんや糖尿病・メタボリックシンドローム、循環器疾患、COPDということで、最終的な疾患名が記載されていますが、健康づくりという観点から言いますと領域2の生活習慣の改善が具体的な施策です。さらに社会環境整備とかライフステージを通じた健康づくりなどというところの領域3がそれらを支えるというようなイメージですので、そのイメージがわかるような形で記載の方法をちょっと変えております。中身としては変わっておりません。

このような内容が1章でございます。

参考に、8ページにはそれぞれの分野別目標の一覧がございます。

めくっていただいて、9ページからが第2章になります。

11ページに、まず「I 中間評価の目的」がございまして、策定時に設定した分野別目標及び指標について、現時点での達成状況や関連する取組の状況を評価するとともに、目標達成のための課題を明らかにして今後の施策に反映することを目的としております。

「Ⅱ 中間評価の考え方」でございますが、そのような目的のもと、10行目以降に記載のとおり、評価結果を踏まえまして、社会状況の変化等も見据えながら、重点的に解決すべき課題を検討し、取組の方向性を示しております。

「Ⅲ 中間評価の方法」につきましては、第1回目この部会で、まず1つ提示したのですけれども、やはり客観的な方法を示した方がいいとか、そのような議論がありましたので、事務局としてもいろいろと検討した中で示させていただいております。

11ページに記載がございますけれども、表になっているもので見ていただいた方がわかりやすいかと思っておりますので、12ページを御覧ください。

まず、総合目標で、健康寿命の延伸と健康格差の縮小でございますけれども、こちらについてはA、B、Cという形で評価する。これはどのように評価するかというと、例えばAのところを見ますと「ベースライン値から現状値までの数値を比較するとともに、指標を評価する上で必要な分析を行い、それらの結果を総合的に勘案して、指標が改善傾向にあると判断されるもの」。

Bは、「指標が概ね不変だと判断されるもの」。

Cは「指標が悪化傾向にあると判断されるもの」というような形で設定させていただきました。

具体的にはこの後、第4章でお示ししますので、そちらで確認していただければと思いますけれども、このような中間評価の方法を考えております。

これが総合目標なので総合的に判断という形になっておりますけれども、各領域、分野別目標につきましては、下のaからc、あとは「-」という評価不能の4段階での判断基準にさせていただいております。

こちらは、例えばaだと「ベースライン値から現状値までの数値変化の割合（増減率）が、指標の方向性に対して+5%超」。

bは、「±5%以内」。

cは、「-5%超」。

評価不能というのは、比較ができないので評価困難。この4つを示させていただいております。

なぜ5%にしたかというところは、一つは医療法に基づく東京都保健医療計画という東京都の計画がございますが、そちらでの指標の判断の一つの目安として5%基準というものを適用しているところがございますので、そちらも参考にしながら、客観的な判断ということで示させていただいております。

こちら第4章の方で具体的に見ていただければと思いますけれども、今回、この方針でいければと考えておりますので、議論をいただければと思います。

次に第3章「都民の健康をめぐる状況」で、こちらにつきましては、机上配付1の資料の、もとの25年3月に策定したところの時点更新になっておりますので、個々の説明は省略しますが、そちらの内容の更新になっております。

ただ、各分野に関連の深いグラフについて、この後の第4章の中間評価のところ併せて示した方がよいものについては、そちらに移動して掲載させていただいております。

また、24ページ、25ページ、26ページには、医療と介護という項目を新たに設けさせていただきました。これにつきましては領域3の高齢者の健康に関して、これまでこのような医療と介護についての記載はございませんでしたけれども、今後の施策としてフレイル対策などを意識して、やはりその基礎的なデータについては掲載したほうが良いと考えましたので、こちらは新たに追加で掲載しているところでございます。

第3章につきましては32ページまでですので、第2章の中間評価の方法を中心に議論いただければと思います。よろしく願いいたします。

○古井部会長 どうもありがとうございました。

それでは、1章ごとに御意見を伺いたいと思いますが、最初の1ページ目からの第1章、プランの中間評価に当たってのところです。

3ページ目の最初のところで中間評価を行う旨という記載があって、基本的には前回の考え方と同じではありますが、7ページ目のところに概念図として領域2が領域1を支えて、領域3というのが1、2を支えるような構造の概念図を付けていただいています。

何か先生方の方で気付いた点あるいはコメントなどはございますでしょうか。

第1章は特段ございませんでしょうか。整理をいただいたという理解かと思います。

それでは、続きまして第2章のところですが、12ページ目のところに表がありますが、少し客観的な評価にしようという意図、総合評価のところはなかなか難しくて総合的にということだと思いますが、分野別のところを東京都保健医療計画と同じような考え方で±5%という基準で分けてみよう、評価の軸を作ったということかだと思います。

御意見等はございますでしょうか。

お願いします。

○山下氏 意見というよりは質問なのですが、5%で有意な動きかどうか見るといえるときに、例えば、ベースラインで対象者の90%ぐらいができていて、それが94%になったとします。できていなかった10%の方が6%に減ったという意味では、かなり動きがあったと言えます。でも、できている人の伸びとしては90%が94%ではちょっと小さいかなということにもなります。施設整備みたいな絶対数で語るときはこの基準は特に問題はないのですが、この5%基準が適切ではない場合もあるのではという議論は、今回の検討の中では無かったかどうかということだけ、一応確認です。

○中坪健康推進課長 御意見ありがとうございました。

御指摘のように、例えばベースラインが物凄く数字が低いものは、ちょっとの動きで5%は簡単にクリアする。その逆に、例えば90%ぐらいのものはなかなか、それこそ5%をかなり超えないと本当に5%にならないというところで、その御意見はありました。

ただ、今回、そもそも25年3月のところで、評価の方法を単純に増やす、減らすだけであったので、極論を言えば増えていけばいい、減っていけばいいという考え方も一つあ

るといような形で、第1回目はそういう判断を踏まえてA、B、Cを示させていただいたのですけれども、その中で全体を通じて客観的な評価方法があった方がいいという議論があったので、おっしゃるようなばらつきはあるのですけれども、統一的なところで何かというところで、今回、5%にさせていただいたということです。

なので、その議論をもしするのだったら、本来は計画を策定するときに数値目標を設定して、それをクリアすればA、クリアしなかったらCというように形にするというのが、そういうばらつきをすべてクリアして評価する形なのかなと思っています。

そのような考え方については、次の第三次のときに、今回の中間評価で出た、評価するということの大切さも踏まえて反映していきたいと考えておりますので、今回は5%で統一的な基準というわかりやすさということも踏まえていければと考えているところでございます。

○山下氏 一定の限界は承知の上で、わかりやすさという意味では、この5%の方がいいという考え方でしょうか。

○中坪健康推進課長 それなりの観点も都民の皆様にお示しするという考えから、考慮した上での今回の提示にさせていただいているところでございます。

○山下氏 考え方としてはわかりました。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。

その他にございますでしょうか。

お願いいたします。

○近藤委員 今の点に関連してですけれども、恐らく個別の具体的な数値目標を作るといのは結構大変な作業になると思いますので、恐らく中間評価の中で出てきた議論の中に、例えば、ある指標はベースがすごく小さい値なので5%の変化だと過大評価になってしまうのではないかとか、そういった議論も起きた分についてしっかりまとめておくと、最終評価とか、その次の第三次計画のときに、具体的な数値目標を立てる準備的なものになるのではないかと思いますので、それをやっていただきたいなと思いました。

○古井部会長 よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

その他にございますでしょうか。

技術的なところはいろいろあるかと思うのですけれども、まず、今、近藤先生がおっしゃったように、プラン時に無いものを作っていくというのもありますので、まず趣旨がこれで良いのかというのと、少し技術的に確認とか問題がないかというところをぜひ御意見いただければと思いますが、ございますでしょうか。

津金先生、いかがでしょうか。大丈夫ですか。

岡村先生、いかがでしょうか。

○岡村委員 大丈夫だと思います。

○古井部会長 では、趣旨は大枠で、これで整理できていると思ひまして、また第4章以

降のところに具体的に出てまいりますので、またミクロ的に御指摘いただいてもいいかと思えます。ありがとうございます。

それでは、第2章のところは以上でございますが、第3章のところです。

先ほど御紹介がありましたように、各分野に関連の深いグラフに関しては4章に回していると。24ページから26ページの「医療と介護」というところを高齢者の健康に対応する形で追加をしているというお話でございました。このあたりについて何かございませうでしょうか。

特段、よろしいでしょうか。

では、後で、また全体で気がつかれましたらお願いしたいと思います。

それでは、続きまして、第4章に移りたいと思いますが「中間評価の結果と今後の取組方針」の領域1の部分までについて、まず御説明をお願いいたします。

○中坪健康推進課長 では、第4章、33ページから始まるところの、めくっていただいて35ページ以降を説明させていただきます。

35ページから、まず<総合目標>の部分で、こちらの【望ましい姿】というところは、<総合目標>以降、各論でもございますけれども、基本的にここの記載は現行のプランと同じ表現が記載してございますので、基本的に今後、ここの説明は省略させていただきます。

【指標の達成状況及び評価】でございますが、こちらで言いますと「なお」以下をご覧ください。総合目標においては、指標として、65歳健康寿命（東京保健所長会方式）を用いております。こちらにつきましては、要支援1以上の認定を受けるまでの期間を用いた結果と、要介護2以上の認定を受けるまでの期間を用いた結果の2種類を算出しております。

こちらの資料で言いますと、ちょっと戻っていただいて22ページ、23ページ、こちらに区市町村別の資料がございますけれども、22ページが男性で上のグラフが要支援1、下のグラフが要介護2。23ページが女性で、上のグラフが要支援1、下のグラフが要介護2でございます。

東京都は、グラフ中の白い棒でして、例えば、男性は、要支援1だと81.04歳になるのに対して、要介護2以上だと82.62歳になるという形で、2つの要介護度を利用しているので、当然のことながらそれぞれ値が異なるというような状況が発生しております。

このような状況の中で、2種類それぞれで評価をすると、評価の方向性が変わるということがございますので、どうしたらいいかということを経務局で改めて確認したところ、この要介護2以上の認定を受けるまでの期間を用いた結果を主たる指標として定めると、35ページの下に記載している元論文に記載がございました。要支援1については従たる指標として定めるという形になります。ですので、今回、評価をどちらにするかということにつきましては、主たる指標である要介護2以上の指標を使って議論をしていきたいと考えております。

めくっていただいて36ページ、こちらは個別の【指標の達成状況及び評価】でございます。

こちらの書き方なのですけれども、白三角で上を向いているもの、下を向いているもの。黒三角で上を向いているもの、下を向いているものということで、イメージでわかるように、白は、指標の方向性に対して正の方向で、増加だったら上向き、減少だったら下向き。黒は、指標の方向性に対して負の方向で、増加だったら上向き、減少だったら下向きというような形で記載をしております。

後につきましては個別のところで見いただければと思いますので、37ページ、早速ですが総合目標は、まず「健康寿命の延伸」について説明をしていきたいと思っております。

あと、図表を挿入してございますが、まだ整理ができておりませんので<図●>のような形に記載してございますので、御了承いただければと思います。

まず「健康寿命の延伸」でございますけれども、この指標の達成状況及び評価につきましては、要介護度2の指標を使いまして、男性では0.60歳、女性では0.55歳増加しております。

あと、こちらが指標なのですけれども、めくっていただきまして38ページ、39ページ、参考として、いわゆる健康寿命の伸びというものが、65歳平均余命の伸びよりも上回っていれば、より健康寿命という意味では望ましい方向に行っているだろうと考えますが、これにつきましては男性については、平均自立期間が0.60歳の伸びに対して、65歳平均余命の伸びが0.59ということで、0.01ですが上回っている。女性につきましては0.55と0.45ですので、0.10上回っておりまして、この観点からも65歳平均余命の増加分を65歳健康寿命の伸びが上回っているとなります。

あと、参考ですけれども、39ページ右下の図は、国の計算方法の健康寿命の推移を、東京都と国で比較したところでございますけれども、平成22年と28年の伸び率が、男性、女性ともに国の伸び率を東京都の伸び率が上回っている状況でございます。

このようなところから総合的に勘案しまして、指標は改善傾向と言えることから、評価はAと判定させていただいております。

以上が健康寿命の延伸でございます。

次が40ページの「健康格差の縮小」で、こちらは日常生活に制限のない期間の平均の区市町村格差の縮小という形で掲げられております。

表ですけれども、区市町村別65歳健康寿命の最小値と最大値の差を比較しますと、男性は0.04歳縮小し、女性では0.07歳拡大しております。なので、方向としては男女で逆の方向を向いているというところでございます。

それを示したのが下の図になりますが、ばらつきについて更に見てみますと41ページの図になります。

ばらつきを示す標準偏差を見ますと、男性は平成22年も28年も0.76で同じ。女

性を見ますと、22年の0.65より28年の0.64のほうが、0.01ですけれども標準偏差が小さくなっているというところで、ばらつきは小さくなっている、すなわち格差は縮小の方向にいつているというところになります。

あと、なかなか理解が難しいかもしれませんが、こちらのグラフで言いますと、男性、女性ともに下の線が平成22年、上の線が28年になります。65歳健康寿命全体が上に上がっていて底上げされているというところは理解できるかと思えますけれども、これがよりなだらかであれば格差がないというところになるので、この一番上に $y = 0.5629x + 82.773$ と記載があるところの、このxの傾き、0.5629に相当するところの傾きが大きいほど格差が大きい。逆に傾きが小さいほど格差が小さいという形になります。

こちらは男性、女性ともに平成22年に比べて28年、グラフで言うと上に相当するところの方が、その傾きが小さくなっておりますので、これらのところから言うと傾き全体は縮小傾向であり、格差自体が縮小傾向にあるのかなと考えております。

ただ、一番最初のところの最小値と最大値の差というところは、男女で別の方向を向いておりますので、ここは評価はなかなか難しいなとは思いますが、健康格差の縮小についてはB、すなわち不変の方向であるという形で判定をさせていただいております。

以上が総合目標になります。

次から各論になりまして、領域1について、まず御説明させていただきます。

42ページ、まず「1-1 がん」で、こちらについては「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す。

これまでの主な取組としては、機会を捉えてがん検診の受診促進に係る啓発を展開したり、技術的指針などを策定して区市町村に対する技術的支援を実施しました。

また、一番下の項目ですけれども、精度管理や個別勧奨・再勧奨などに関する区市町村の取組に対して、財政的支援を実施してきたところでございます。

そのような中、43ページでございますけれども、指標として掲げている「人口10万人当たりのがんによる75歳未満年齢調整死亡率」は20%減という数値目標も掲げておりますが、そこには至ってはおりません。ただ、先ほどの5%基準からいいますと、それを大きく上回る減少率でございますので、評価はaとさせていただいているところでございます。

下の表は参考として、この10年ちよつとの推移を記載しております。

44ページは参考資料で、都民のがん検診の受診率、精密検査受診率、精密検査未把握率を記載してございますので、参考にさせていただければと思います。

45ページはがん検診受診率と精密検査受診率の推移で、上の受診率のグラフは上昇傾向なのですが、目標の50%には達していない。精密検査受診率につきましても、やや右肩上がりですけれども、目標の90%には達していないというような状況でございます。

46ページからは精密検査未把握率の推移ということで、ここがそもそも10%以下にならないと精密検査受診率は90%には達しないところですが、こちらは今後、下げていく必要があると考えております。

【現状と課題】ですけれども、これまで実施してきたような普及啓発を通じて、正しい知識の普及啓発が必要なのですけれども、目標値の受診率50%に向けてはさらなる取組が必要。あと、精検受診率も目標値90%に向けた取組が必要と考えております。

あと、がん検診は職域でも実施されておりますが、なかなかそこで把握する方法はございませんので、職域におけるがん検診の実態を把握して、その取組を支援する必要があると考えております。

そういう課題などを受けて、取組の方向性としては、1つ目はまずがんの発症予防、一次予防に相当するところでございます。

2つ目は、がん検診の受診率向上。

3つ目は、がん検診の精度の向上でございます。

これらの項目につきましては、関連計画との整合性というところで、この3月に改定されました「東京都がん対策推進計画（第二次改定）」との整合性を図ってまいりたいと思います。

最終評価に向けた目標の指標の見直しでございますけれども、こちらは第1回目でお示しをしましたが、このがん対策推進計画で指標の方向性が数値目標で加速化するという形で掲げていましたので、そちらの数値を使いたいと思っております。

具体で言いますと、机上配付資料3の28ページをご覧ください。

こちらは「東京都がん対策推進計画（第二次改定）」でございますけれども、こちらは28ページに記載した、現時点での推計の75歳未満年齢調整死亡率の推計が右肩下がりのグラフで書いてございます。

現状でいくと、この点々のおりでいくというところですが、これを下回る、対策を加速化するという意味で、今回、69.1は平成33年、2021年に相当するところのデータが最終年で把握できますので、そこよりも少なくするという形で、東京都がん対策推進計画と整合性をとった形で目標設定に変更させていただいております。

48ページ「1-2 糖尿病・メタボリックシンドローム」でございます。

こちらについては、これまでの主な取組としては、世界糖尿病デーでのライトアップなどによる機運の醸成とか講演会、シンポジウムなどによる普及啓発、また「東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の策定とか医療連携、あと、メタボリックシンドローム対策も含めて特定健診、特定保健指導を実施する区市町村などに対する支援などを行っております。

そのような状況を踏まえて評価でございますけれども、こちらは新規の透析導入率と失明発症率で評価をしておりますけれども、こちらは5%を上回る減少率でございますので、評価はaにさせていただいております。

その下には参考として、ここ数年の推移をグラフで記載しております。

50ページは参考資料でございますので、お目通しいただければと思います。

52ページに進みまして【現状と課題】でございます。

糖尿病は自覚症状が乏しいということもありまして、未治療者や治療中断者が半数を占めているということが一つ問題となっております。そのような中で定期的な健診受診勧奨や、要治療者に対する受診勧奨、重症化リスクのある者への個別指導の推進というものが必要と考えております。

また、特定健診・特定保健指導の実施率のさらなる向上も必要と考えております。

それを受けました方向性といたしましては、1つ目は糖尿病予防の普及啓発、こちらは一次予防、二次予防、三次予防、それぞれについて重要だと考えております。

あと、2つ目は「糖尿病の重症化予防」で、こちらはこの3月に策定されました「東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム」がございますので、やはり重症化予防というところについても、引き続きしっかりとやっていく必要があると考えております。

3つ目が、特定健康診査・特定保健指導の受診啓発で、こちらやはりメタボリックシンドローム対策という点では重要と考えておりますので、保険者協議会などとも連携して行っていきたいと考えております。

54ページが「1-3 循環器疾患」で、こちらは「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ります。

これまでの主な取組といたしましては、職域向けのパンフレットや講演会とか脳卒中の発症予防法、また、速やかな救急通報等についての普及啓発などを行ってきたところでございます。

評価としては、脳血管疾患及び虚血性心疾患による年齢調整死亡率がそれぞれが大きく減少しておりますので、aという評価をそれぞれしているところでございます。

その中の推移については55ページにそれぞれ掲載しております。

56ページは参考指標で受療率を記載しております。

【現状と課題】でございますけれども、循環器疾患による年齢調整死亡率は医療というところがかかなり影響しているかと思っておりますけれども、年々低下しております。しかし、引き続き発症予防のための生活習慣の改善などについて都民の意識醸成が必要と考えておりますので、基本的には方向性としてはこの後の生活習慣の改善というところから、間接的にはこちらの循環器疾患の対策に結びつくかなと思っておりますけれども、1つ目は循環器疾患の発症予防、2つ目は特定健康診査・特定保健指導等の受診啓発というところを引き続き行っていきたいと考えております。

では、領域1の最後の58ページ「1-4 COPD」でございます。

こちらについては、COPDについて知っている人の割合を増やすという目標を掲げております。

これまでの主な取組といたしましては、パンフレットを作成したり普及啓発動画の作成

をするなどで啓発をするとともに、医療従事者向けの講習会を実施しております。

また、肺年齢測定もすることで、身近に体験していただき、より理解を深めるというような形の取組をしてきたところでございます。

また、根本的な対応といたしましては、禁煙希望者への支援というところを実施してきております。

そのような中、評価でございますけれども、COPDの認知度については、男女ともに増加をしておりますので、評価はaとさせていただきます。ただ、国と同じ、目標としては高い80%という目標値を掲げておりますので、その80%という目標値に達するのはかなり困難と推測されるところでございます。

参考指標はお目通しいただければと思います。

60ページ、【現状と課題】は、COPDにつきましては、禁煙等による発症予防や服薬による重症化予防が可能ですので、普及啓発によるさらなるCOPD認知度の向上というものが必要と考えております。それを踏まえた方向性としてはCOPDの認知度の向上、また、根本的なところで喫煙率低下に向けた取組の推進を行っていただければと考えております。

まずは以上でございます。よろしくお願いいたします。

○古井部会長 ありがとうございます。

それでは、今の部分についての御意見・御質問を頂きたいのですが、最初に35ページ目、36ページ目の整理。これは要介護2以上を使ったという点と、細かい話ですけれども、テクニカルに白黒と矢印の上下ということでお示しをした点と、37ページ目からが総合目標のところ。後半の42ページ目からが分野別目標のまずは領域1というところでございます。

先生方、何か御質問・御意見はございますでしょうか。どこからでも構いませんのでよろしくお願いいたします。

お願いします。

○近藤委員 健康格差の縮小のところについてなのですけれども、すごく多面的に評価していて素晴らしいと思います。

一方で、恐らくこれは報告書を読んだ方は、小さい自治体とかで偶然高い値や低い値が出た場合に、最低と最大の差という値を見たときに、それはちょっとフェアではないのではないかという意見もあると思います。41ページの正規プロットをして回帰をするという方法が、それを一つ解決する方法であって、これも厚労省の方も推薦している評価の仕方だと理解しています。ただ、この傾きの数字の意味とかがちょっとわかりづらいのではないかという問題もあるかと思えます。

一つ、これは提案というか検討してみたものをお示ししたいということで参考資料を用意したのですが、まず3枚ぺらの「東京都市区町村別健康寿命 格差相対指数計算結果」というものをお渡ししました。

これは都の方からデータを頂きまして、50、島しょ部や町村は1つのデータとしてま

とめてあるものを使いまして、正規プロットに似たようなものなのですが、要はランク別に健康寿命を低い方から高い方に並べて、そこの回帰をとって見て、横軸の最大値を1にすると、この回帰直線の傾きがそのまま最低と最大の健康寿命の差の推定値になるということです。

1枚めくっていただくと、例えば男性で言うと、御覧のように上と下がかなり極端な値になっているというのがあるのですが、そこを回帰することでちょっとマイルドにする。見てみると1.77という係数があり、これは何かというと、1.77歳、上と下で、極端なところの誤差は除いたとして差がありますという解釈ができますと思います。

これで見ると、平成22年と28年を横に並べましたが、1.77から1.79と若干広がっているなという感じ。下を見ると、要介護2で切ったときの値は1.95から1.92歳と縮まっているなどと解釈できますので、一般的にはわかりやすい指標なのかなと思います。

そんな形で、もう1枚めくると女性の方がありますけれども、女性の場合は要支援1で切った場合、要介護2で切った場合、どちらも値が縮小しているというような状況が見てとれました。

最初の表紙に注意点を書きましたけれども、これは今回、41ページに示していただいた正規プロットの方も同じなのですが、メモの5に「回帰直線は上下の極端なデータに全体の傾きが引っ張られてしまう」と書きました。本当は正規分布をしているものではないと回帰直線というのは意味がないということもありますので、その点、注意が必要だと思います。

今回紹介したのは、格差勾配指数、Slope Index of Inequalityというもので、これは国際的に広く使われている指標なのですが、これはどういうことに使うかということ、横軸にとるのはランキングなのですから、例えば市町村別の平均所得とか、そういう社会的な状況、失業率といったものであるとかの順番に並べて回帰をしていく。そうすると、例えば失業率とか所得で見た場合に、最も所得が低い不利な自治体と最も豊かな自治体との間で何歳寿命が異なるかという健康寿命の社会経済格差を見る指標になります。

よく経済学で使うのは、集中度指数といって、そういったものに更に人口で重みを使って格差の評価をしています。それをより解釈しやすくしたのがSlope Index of Inequalityで、そのまま最も不利なところと有利なところとの、この場合は健康寿命の差の絶対値として解釈できますので、一般にも説明しやすいものになるのではないかと思います。

市町村の社会経済状況を評価して、それでランク付けした格差を出すというのは欧米などでも十分やられているのですが、まだ日本では社会的な重要性の議論があるところだと思いますので、そこは継続的に議論するとしても、こういうような偶然による差が薄まるようなもの、そして理解しやすいようなものを使っていくというのも一つの手ではないかと思います。

もう一個、その辺を解説した総説を、僭越ながら私が昔まとめた物をお配りしました。

これを参考にさせていただきたいと思います。

この追加配布資料の、49ページに「健康格差の指標の種類と特徴、指標としての問題の有無」というところで、いろいろ経済学でよく使われる格差指標の中でどんなものを使うと解釈の容易さや精度の問題等々がいいか悪いかなどということもまとめてみました。

私たちの検討によると、やはり格差勾配指数というのが、総合的に見ると公衆衛生の分野では使いやすいのではないかとというような検討結果になりました。

以上です。

○古井部会長 近藤委員から、御提案も含めて頂きました。

何か御質問や御意見はございますでしょうか。

お願いします。

○山下氏 非常にわかりやすい御説明、ありがとうございます。

人口の重み付けについてですが、例えば、人口の多いところと少ないところとで極端に差があるときには、人口の多いところにかなり引っ張られてしまう可能性があります。でも、重みづけしないと、人口の少ないところに振り回されてしまって全体の分析がおかしくなるかもしれない。そのあたりはどのように捉えたらいいのでしょうか。

○近藤委員 ですので、どちらがいいというのも一概に言えなくて、やはり東京都の状況というものを推計したければ、人口の情報も入れた解析をしていった方がいいのではないかと思います。

○山下氏 全体のばらつきを評価する上でということでしょうか。

○近藤委員 そういうことです。東京都都民の中でどれぐらい格差があるかないか。

ただ、それは各自治体の市区町村の特性等によるものである、だから、市区町村間のばらつき、格差が重要であるとするのであれば、むしろ人口のことは考えない方がいいということも言えるわけです。

あと、計算のしやすさから言うと、人口は考えない方が圧倒的に簡単で、今回も私がお配りした物はExcelで作った資料になります。

○山下氏 ありがとうございます。

○古井部会長 お願いします。

○岡村委員 41ページですけれども、この場合、格差の対策を考えるとときに大事なのは、人口の少ないところは別にして、順序列で並べたときに、例えばランクの入れ替わりというのがあるかどうかというのが気になっていて、要するに、これは年が平成22年と28年があつて、例えば4グループぐらいに分けたときに、その層の中で入れ替えが起こっているのか起こっていないのかということです。これはいろいろ問題があるからこれに入れてください、出してくださいという意味ではないのですが、結構、序列がフィックスしているものと短期間で変えるというか格差を縮めるのは結構難しいという話になってきますし、ある程度入れ替えが起こってくるのであれば、対策の一環としてはまだ動かせるのではないかと一つの目安になるかと思うのですけれども、その辺の検討はされていま

すでしょうか。

○中坪健康推進課長 詳細に検討はしていませんのでけれども、今、例えばデータで示せるのは22、23ページというものが平成28年の最新のものとございます。

あと、お手元にあるプラン21の机上配付資料で言うと、18、19ページに、この設定当時の計画の記載があるので、例えばそちらで見比べて入れ替わりがあるかというところを見ていただければと思いますけれども、例えば最下位の自治体や上位の自治体というのはそんなに大きな変化はないかとは思いますが。

○岡村委員 1位、2位の差は誤差なのですけれども、本当に4グループぐらいに分けて、例えば下の4分の1のグループから上の4分の1に入ったり動いたりするのがあるのかどうかとか、何となくその辺、そういうことはできないかなと思っただけで、要は、格差を示すことは簡単なのですけれども、是正するのは難しいので、自然状態でどのぐらい動いているかみたいなどころを見ておくと思っただけなのです。

○中坪健康推進課長 漠然とした各年の傾向ですけれども、この中で変な動きをしている自治体があったりすると、多分おっしゃるとおりだと思うのですけれども、ぱっと見る限りでは、傾向としては極端な、上位グループだったものが下位グループになるとかその逆とかは、一部女性ではございますが、そういう観点でも検討はしてまいりたいと思います。

○岡村委員 難しい感じはあると思うのです。ありがとうございました。

○近藤委員 今の岡村先生の点、非常に大事なところだと思ひまして、基本的にガラッと変わることはまずなくて、当然その地域で、格差は構造的な問題がありますので、すぐには変わらないのですが、恐らくこういうデータを出したときに求められるのは、「ではどうするの」という施策の部分だと思うのです。

今回、40、41ページのところにはきっとそこまでは書かれていないのですけれども、ずっと格差は固定して低い自治体が見えてしまったときに、それに対して都として何をするかというあたりを中間評価の方なのか施策検討の方なのかわからないのですが、ある程度メッセージとして出しておくということが説明責任上求められるし、戦略としては正しいのではないかと考えております。

例えば、ずっと固定して健康寿命が短い地域に財政的なてこ入れをすとか、予算を傾斜配分するのとか、そういったところの検討を施策検討部会等で行うというようなことも必要になってくると思います。

○古井部会長 ありがとうございました。

ちょうどこの第4章の35、36ページ目のところに、今、先生方から御指摘のあった分野別目標のところも解決の方向性を最後に書かれるようになっていて、35ページ目の上段の総合目標のところは【望ましい姿】ということで、客観的に見ようという趣旨で入っていないのですけれども、今、近藤先生からも御指摘があったように、後期とかあるいは次期のプラン作成に当たっての課題というかメッセージとして、何かそこに入れるかどうかということですね。

何かコメントは、事務局の方としてお考えはありますでしょうか。

○中坪健康推進課長 コメントありがとうございます。

おっしゃるとおり、健康格差の縮小というところにダイレクトにそういう施策という考え方も一つございますけれども、今回のプランにおきましては、先ほど7ページの概念図でも示したように、3領域14分野に対する施策を展開する。その総合的な結果としての健康寿命の延伸と健康格差の縮小という形にしておりますので、現時点では、今回は中間評価を踏まえた中でも、個別の施策のところはあくまで3領域14分野で実施して、その中で必要な、例えば領域3であるとか、そういうところについて健康格差で、いわゆる下位のところに何か必要があれば対応するような形で、このプランの中では行きたいと考えております。

○古井部会長 ありがとうございます。

健康格差の縮小のところは、40ページ目の【望ましい姿】のところで多少全体的にとこの話が書かれていて、ここを少し補足するかどうかぐらいで、基本的にはこの概念図の構造で整理をするという理解ですね。

ありがとうございました。

それでは、お時間もあれなのですが、がんを含めてメタボ、糖尿病とありますが、個別にいかがでしょうか。

津金先生、何かがんのところ特にいかがでしょうか。

○津金委員 特にがんはもういいです。これで大体よいと思います。

○古井部会長 ありがとうございました。

お願いします。

○山下氏 がんの計画ですと、結構がん検診に詳しい方が読まれるかと思うのですが、健康づくりの計画では、読まれる方は必ずしもがん対策に詳しくなく、精密検査の受診率と未受診率に未把握率を加えて100%だということを理解している方は少ないでしょう。そのあたりの注釈は必要かなと思いました。

○中坪健康推進課長 御指摘ありがとうございます。

おっしゃるとおりだと思いますので、そちらは注釈等で対応していきたいと思います。

○古井部会長 どうぞ。

○岡村委員 これはこれからの取組になるのですけれども、54ページのところで、例えばこれは、これまでの主な取組で循環器疾患と糖尿病との関連性という話を書いています。最近、いろいろ重症化予防の研究班会議などを見ていて思うのですけれども、糖尿病と言うと、専門職でも、特に保健事業の関係者が、例えば血糖値とHbA1cしか見ていなくて、結局、脳血管疾患とか虚血性心疾患を減らそうと思うと、同時に存在している血圧とLDLをコントロールしないと実際の病気の発症率などはびくともしないので、そのところが理解されていません。普及の仕方もあるって、糖尿病だと言うと糖尿病の指標だけに本当に注意が行ってしまっていて、細小血管障害だったらそれでいいのですが、いわゆる循環器疾患、

大血管障害という糖尿病の先生が言う疾患には、併存する危険因子をコントロールしないと全然減らないので、包括的な対策が必要です。そういう啓発は多分されていると思うのですけれども、これだけ書いていると、他のところは大丈夫かなと若干思ってしまう。そこは多分、血圧とLDLの管理が必須というのが、西村先生がおられるので私が言うのもあれなのですけれども、これは医学的に常識中の常識だと思いますので、そのところは細小血管障害と混同しないようにお願いします。

○古井部会長 西村先生、何かございますか。

○西村委員 この指標の中にメタボ検診にて対象となる項目もいくつか入っており、それで血圧はカバーできるのですけれども、先生がおっしゃるようにどうしてもメタボ検診にて対象とならないLDLが抜けてしまうので、LDLだけは、もし可能でしたら今後入れることを検討していただければと思います。

○岡村委員 割と誤解があって、メタボの脂質異常症の基準のLDLが入っていないのは、もともと別格で管理しなければいけないというのがLDLの前提であって、LDLを下げて発症する人がメタボだというのが、もともとの病気の成り立ちなのです。ところが、それを知らない人が多くて、逆に驚くような局面がよくあるので、アメリカのメタボリックシンドロームの概念はそういう流れで来ていますから、それを踏まえた上でやらないと大きな血管障害は減りませんので、そこは非常に大事な点になるかと思います。

今度の特定健診の標準化プログラムという平成30年度のもの健診の序文のところには私を書かせていただきましたけれども、意外とそこが飛んでいるところがありますので、西村先生が言われたとおりなので御注意いただければと思います。

○中坪健康推進課長 今後の受診啓発の中でも、今頂いた御意見も踏まえて対応していければと思っております。ありがとうございます。

○古井部会長 貴重な御意見、ありがとうございます。

気になる部分を含めまして、他にございますでしょうか。

お願いします。

○津金委員 素朴な疑問で、先ほどの健康寿命の格差のところがあって、それが何が原因で生じているのかとか、そこら辺の部分。実際、このステップでは環境整備をして生活習慣を改善していくといろいろな病気が予防できて健康寿命が上がってくるのだという話になるのだけれども、やはり低いところは、例えば喫煙率が高いとか、そういうようなところはある程度わかっているのでしょうか。実際、格差を解消するには、要するにちゃんと生活習慣の改善とかそういうことをやれば格差が解消されるのだというようなことの、例えは難しいと思うのですけれども、そういうような分析とかは東京都としてはされているのですか。要するに、ある意味では固定しているわけですよね。そうするとある程度、もしかしたらこの部分が特に重要なのではないかと、そういうことがわかってくるのかなとは思いました。

○中坪健康推進課長 御意見ありがとうございます。

申し訳ないですけども、東京都として分析はしていない状況で、いろいろな文献を見ると、やはり健康寿命を気にする要因というのはいろいろあるというところで、それは決して健康だけではなくて、福祉であったり文化であったり所得であったり経済だったり、いろいろあるので、おっしゃるとおり、こちらは健康推進プランなので健康のところについては記載しているのですけれども、それ以外のところとも多様にあるというのは、調べた文献の中ではあるかなと思います。

○津金委員 実際、介護認定をするかしないかとか、社会的なファクターとかが結構大きかったりすると、なかなかこういう健康格差は縮まりにくいですね。ちょっと言いにくいことを言っているところもあります。

○古井部会長 今、津金先生がおっしゃろうとしているのですけれども、そういう部分と、例えば、特定健診とかがん検診の受診率みたいな、変えられるものもやはり格差がかなりあるという理解ですね。

○中坪健康推進課長 ただ、リンクしているかどうかまでは、なかなか分析は難しいかなと思います。

○岡村委員 単純なやり方なのですけれども、例えば受診率とか、あとは検査のデータみたいなもの、要するに、やる気になったら介入がすぐできる、そのとおりにできるかどうかは知りませんが介入できるものと、あと、時間のかかりそうなもの、例えば、所得とか何とか社会的なものがあるので、階層を分けて、難しいことをしなくても、とりあえず即効性のありそうなものの差はこうで、そうではないものの差はこうでと分けてやると、時間の順序列が見えるのかもしれないです。これらを十把一からげにやると、遠大に、かなり長くかかりそうなものと受診率を上げるという今の施策とを単純に直結させてしまうと、ファクターの順序列がわからなくなる気はするので、その順序を付けた関連くらいだったら見られるのかなと、今、聞いて思いました。

○近藤委員 津金先生からも鋭いお言葉を。

これはまさに健康格差のWHOをはじめ議論をされているところで、やはり根本的に解決するには健康セクターには扱い切れない貧困とか教育の面があるのです。ただ、健康というのは結構他の分野の方々もすごく大事にしているところで、その切り口で一緒に連携してやっていくことができ、例えば、足立区とか大阪などでもやっていますけれども、小学校、中学校あるいは区立保育園のところと連携して、健康と生活困窮と一緒に解決しようなどという取組をしています。そういったことを後押ししたり下支えしていく役割が、やはり東京都にもあるのではないかと。そこを横展開する支援とかがあります。

そういう不利なところに資源投入するというのは、ターゲットを絞った戦略なのですけれども、もう一つは、どこの地域も全体に恩恵が得られるようなユニバーサルなやり方があります。これは、例えば、東京都がやった受動喫煙防止条例というのはいい事例だと思って、全ての都下の市区町村が守るべきルールを作ることで、そこで受動喫煙が減り、なかなか個別対応では受動喫煙が防止できなかった力のない自治体も、それによって底上げ

されるということで格差が減っていくということも可能になります。そういったところを都としてどう後押しするかというメッセージが出せると非常に素晴らしいなと思います。

○古井部会長 コメントはありますか。

○中坪健康推進課長 ありがとうございます。

大きな枠の中でやらなければいけないというところは認識はしているところでございますので、今後の参考にさせていただきます。

○古井部会長 今の議論はすごく大事だと思うのですが、中間評価だけではできないかもしれませんが、次期の計画をつくる前段のときには、ぜひ今みたいな考え方を整理して、第三次のときはぜひ入れていただきたいというのは強く要望したいと思います。いい議論を本当にありがとうございます。

ほかに何かございますでしょうか。気になる点はありますか。

お願いします。

○津金委員 社会的なものはいろいろな意味で難しいとは思いますが、やはり日本人の死亡原因として大きいタバコと血圧というもので、ある程度説明できるか、そのところは最低限大きいところをまず押さえておいて、そこは生活習慣の改善である程度縮められる格差の部分だということが、ある程度わかるかなとは思っています。

○古井部会長 ありがとうございます。

それでは、また最後、戻っていただいても構いませんので、次に領域2のところの御説明をお願いします。

○中坪健康推進課長 では、資料4の62ページ、まず領域「2-1 栄養・食生活」になります。

こちらについては、これまでの主な取組としては「野菜メニュー店」とか「野菜たっぷり！簡単レシピ」のような野菜を摂取するための取組を進めてまいりました。

また、食育関連団体との連携で地域に密着した食育活動の推進とか「東京都幼児向け食事バランスガイド」の推進、また、いわゆる子供食堂ですけれども、そういうようなところへの民間団体の活動の支援などについても、これまで行ってきたところでございます。

評価でございますけれども、この分野については、野菜の摂取量、食塩の摂取量、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4つの項目を掲げております。

野菜、食塩につきましては5%基準を達成しているのですがaという評価でございますが、果物についてはbで、脂肪エネルギー比率につきましては悪化傾向なので、残念ながらcというような評価となっているところでございます。

64ページ以降は参考指標なのでお目通しいただければと思います。

65ページ、【現状と課題】でございますけれども、野菜については1日当たり350gという目標に対して、あと1皿分の70gが不足している状況。また、食塩については1日2gの減塩が必要な状況でございます。

脂肪エネルギー比率が適正な範囲内である人の割合は、男女ともに悪化している状況で

ございます。

一番下の項目ですけれども、実際に健康的な食生活を実践している人の増加は不十分でありまして、大きな意識変容とか行動変容につながっているとは言えない状況でございますので、さらなる環境整備が必要な状況でございます。

そのような中で66ページ、【取組の方向性】としては、健康的な食生活を引き続き推進していきたいと考えております。

また、67ページ「食環境の整備」についても行っていきたいと思っております。

「関連計画との整合性」としては「東京都食育推進計画」との整合性を図っていききたいと思っております。

67ページ中段の表につきましては、最終評価に向けた目標・指標の見直しというところで「脂肪エネルギー比率が適正な範囲内（20%以上25%未満）にある人の割合（30～69歳）」に当たるところにつきましては、日本人の食事摂取基準（2015年版）で、その適正範囲が変更されましたので、それに合わせて指標を「20%以上30%未満」に変更したいと考えております。

下段の、参考指標の「朝食の欠食の割合（20歳以上）」につきましては、この出典の生活習慣調査から設問がなくなりましたので削除し、代わりといたしましては「朝食欠食の割合（出典『国民健康・栄養調査（栄養摂取状況調査）』）」に変更したいと考えております。

次に「2-2 身体活動・運動」で68ページでございます。

こちらは主な取組といたしましては「TOKYO WALKING MAP」の開設・運営とか、駅階段広告の掲出などで、身体活動の実践について都民の意識を醸成してきたところでございます。

また、オリンピック・パラリンピック準備局の事業でございますけれども、スポーツに触れて楽しむ機会を創出するものをいろいろな場面で実施してきたところでございます。

また、海上公園におけるサイクリングルートとかウォーキングなどについての利用促進を図ってきてまいりました。

そのような中、69ページ、評価でございますが、歩数が8,000歩以上の人の割合、また、歩数が下位25%に属する人の平均歩数を表に定めておりまして、こちらは年齢別で区別しております。

20歳から64歳につきましては、この両方ともc又はbということで悪化傾向、もしくは維持というところでございます。

65歳から74歳の、いわゆる高齢者につきましては、両方ともaというところで、よい傾向になっておりまして、年齢層によって対策が異なるような状況でございます。

70ページ目には、今の傾向を折れ線グラフで記載しているところで、20歳から64歳は右肩下がりになっているところでございます。

そのような状況を受けまして課題でございますけれども「TOKYO WALKING MAP」のサイトへの掲載自治体数は、この4月時点で25自治体ということで、普及啓発は進んでいると

ころでございます。その一方で、日常生活で歩数が足りていないと感じる人が7割いるというところが、71ページの円グラフで記載しております。

また、65歳以上の高齢者につきましては、身体活動量が増加しているのですが、20歳から64歳の、いわゆる働く世代では男女ともに減少しているなど、年代により差がある状況でございます。

そのような中、72ページ、今後の方向性でございますけれども、身体活動の増加に向けた取組の推進を、引き続き、特に働く世代に向けて行っていきたいと思っております。

また、オリンピック・パラリンピック準備局との連携になりますけれども、いつでもどこでもスポーツができる環境の整備につきましては、2020年のオリンピック・パラリンピックの機運に乗じてこちらも推進していければと考えているところでございます。

73ページは「2-3 休養」で、目標としては「睡眠に充足感を感じている人の割合を増やす」でございます。

【これまでの主な取組】としては、職域団体と連携した、会報誌などへの記事の掲載などを行ってきたところでございます。

こちらについては、評価としては、睡眠時間は十分あるいはほぼ足りている人の割合、また、眠れないことが全くないあるいはめったにない人の割合を掲げておりますが、両指標とも5%を超える悪化方向ですので、評価は残念ながらcという状況でございます。

74ページはグラフで、その推移をお示ししております。また、参考指標も掲載しております。

75ページ【現状と課題】でございますけれども、30歳代から50歳代の働く世代、子育て世代は、男女ともに睡眠に充足感を感じている割合が高い、こちらは下の参考図に記載があるところでございます。

また、都民一人一人が充足感を感じられるだけの質のよい睡眠をとれるように、啓発及び環境を整備することが大事と考えているところでございます。

それを受けまして【取組の方向性】といたしましては、適切な休養、睡眠に関する普及啓発というものを、これまで都として直接していないところもございましたので、していければと考えているところでございます。

なお、本日、急遽出席できなくなりました三島委員からコメントをメールで頂いておりますので読ませていただきますと、【現状と課題】のところにつきましては、睡眠時間が十分足りている人の割合が減少している点、睡眠不足については、30歳代から50歳代の働く世代、子育て世代のところで睡眠充足感について解説があり、これはよいことだと思っております。あと、最後の【取組の方向性】のところで、不眠症状というものは様々な疾患で出現する。いわゆる不眠症が原因であるケースは3分の1以下にとどまり、先に出たうつ病やストレスなどの心の健康問題のほか、治療薬の副作用、睡眠時無呼吸症候群などのその他の睡眠障害で生じていることが過半数ですので、自己流の解決に固執せず、適宜かかりつけ医に相談するように啓発を勧める記述も必要だといったコメントを

頂いているところでございます。

次に、78ページ「2-4 飲酒」で、こちら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という目標を掲げております。

【これまでの主な取組】といたしましては、リーフレットの作成とか依存問題に関するプログラムや家族教室の実施、また、学校での取組ですけれども、教育関係機関が連携して正しい知識の普及を行うというところや、個別の対応ですけれども、精神保健福祉相談の実施などを行ってまいりました。

そのような中、評価ですけれども、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男女別でとりましたところ、男性はほぼ変化なしでbという評価ですが、女性が5%を超える悪化傾向ですので、評価としてはcとさせていただきます。

79ページですけれども「適切な1回当たりの飲酒量の認知度」についても、女性の認知度の減少幅が大きくなっているところと、下の「適切な飲酒量にするため工夫している人の割合」についても、男性はほぼ横ばいですが女性は減少しているというところで、特に女性で悪化傾向になっているという傾向が見られております。

80ページの【現状と課題】は、今のまとめになりますが、適切な1回当たりの飲酒量の認知度につきましては、特に女性の低下の度合いが男性に比べて顕著になっております。

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は、女性のみが増加しているという状況でございます。

このような課題を踏まえまして、81ページの【取組の方向性】ですが、適正な飲酒に関する普及啓発を図っていきたくと思います。

また、これまでも行っておりますが、未成年者、妊娠中の飲酒防止の普及啓発とか相談支援体制の継続実施を行っていきたくと思います。

また、今後策定を予定している「東京都アルコール健康障害対策推進計画」とも整合性を図っていきたくと考えております。

82ページが「2-5 喫煙」で「成人の喫煙率を下げる」という目標を掲げております。

こちらについては、これまでの主な取組としては、普及啓発とか職域向けハンドブックの作成、未成年者に対してはポスターコンクール等の実施による普及啓発、また、条例関係で言えば「東京都子どもを受動喫煙から守る条例（平成29年条例第73号）」の施行、また、先日「東京都受動喫煙防止条例（平成30年条例第75号）」を制定させていただきましたので、取組としてはかなり進んできているところではないかと考えております。

評価としては、成人の喫煙率については男女ともに5%を超える減少率ですので、aという評価にしております。ただ、目標値としては男女それぞれ19%、6%というところを掲げておりますが、そこに達することは特に男性については難しいようなグラフになっているところでございます。

84ページの参考指標はお目通しいただければと思います。

【現状と課題】といたしましては、先ほど申しましたように、成人喫煙率は減少傾向にありますけれども、喫煙率の低下と受動喫煙の防止に向けたさらなる取組が必要と考えているところでございます。

ですので、85ページの方向性といたしましては、まずは「喫煙率減少に向けた取組の推進」で、こちらについては禁煙外来等の周知とか、禁煙支援を行う区市町村への支援などを行っていきたいと考えております。

また、引き続きの取組でございますが「未成年者・妊娠中の喫煙防止」については、当然ですけれども引き続き行っていくということでございます。

さらに3つ目は「受動喫煙の防止」で、こちらについては改正された国の健康増進法や東京都受動喫煙防止条例に基づきまして、様々な媒体を活用した効果的な普及啓発を行っていくとともに、区市町村への支援や事業所への支援を行っていきたいと考えております。

こちらの喫煙についての記載につきましても「東京都がん対策推進計画（第二次改定）」でもかなり記載しておりますので、そちらとの整合性を図っていきたいと考えております。

86ページ、今回、この健康推進プランでは男女別の目標を掲げていたのですが、総数というところは掲げておりませんでしたので「東京都がん対策推進計画（第二次改定）」との整合性を図り、男女総数の指標を追加させていただきたいと考えております。

また、参考指標については、当初設定した受動喫煙の機会を有する者の割合について調査がその後行われていけませんので削除し、かわりに「東京都がん対策推進計画（第二次改定）」との整合性を図って、受動喫煙の機会について、行政機関と医療機関を追加したいと考えております。

最後、87ページ「2-6 歯・口腔の健康」で、こちらは「歯・口腔の状態についてほぼ満足している者の割合を増やす」という目標を掲げております。

これまでの主な取組といたしましては、歯科口腔保健の推進に携わる人材に対する研修等の実施とか、在宅歯科医療を実施する歯科医療機関向けに設備整備費補助を実施するなどを行ってきたところでございます。

評価といたしましては「歯・口の状態についてほぼ満足している人の割合（80歳以上）」を増やすという目標を掲げておりましたが、残念ながら5%を超える悪化傾向ですのでcという評価になっているところでございます。

88ページの参考指標はお目通しいただければと思います。

【現状と課題】といたしましては、歯と口腔の健康は、こちらは心身の健康にも大きく寄与するところなので、引き続き「8020」の実現を目指して、生涯にわたる歯と口腔の健康づくりを一層推進する必要があると考えているところでございます。

コラムとして、糖尿病と歯周病の関係を書かせていただいております。

方向性といたしましては、歯の計画につきましましては、机上配付資料4にございますように、この3月に「東京都歯科保健推進計画」を策定しておりますので、こちらと整合性を図りまして、1つ目は「ライフステージに応じた歯と口の健康づくり」、2つ目は「かかり

つけ歯科医での予防管理の定着」という形で進めて行きたいと考えております。

目標につきましては、今の机上配付資料4の「東京都歯科保健推進計画」との整合性を図るために基本的に見直しをさせていただきます。指標につきましては「『8020』達成者の割合（75－84歳）」で、参考指標としては、ライフステージに応じるということで、それぞれ3歳から55－64歳で、虫歯のない者の割合とか24歯以上ある者の割合というような形で設定したいと考えているところでございます。

こちらの分野の説明は以上でございます。よろしくお願いたします。

○古井部会長 どうもありがとうございました。

それでは、領域2につきまして、御意見・御質問はございますでしょうか。

お願いします。

○西村委員 この脂質の脂肪エネルギーの比率が適正な範囲以内の人の割合についての指標をお示しいただいたかと思うのですが、63ページのところでしたら表の一番下の男女ともに悪くなっているというところで、次が67ページで、脂肪エネルギーの比率を20%から30%にしたら男性は減っていて女性は増えているということは、多分、女性は脂肪エネルギーの比率が25%から30%の方が結構いらっちゃって、それで良い方向に来たということではないかと想像します。私が知りたいのは、男性で、66ページの図で見ると、脂肪エネルギーの比率が少ない人も多い人もそこそこいるわけですが、最近、低炭水化物食が流行っているから、どうしても脂質が増えてしまう人が増えていて、脂肪エネルギーの比率が20%から30%にならない人が多いのかということです。これはぱっと見てもわからないので、基準値以上の人が増えているのか、それとも、基準値以下の人が増えているのか、両方増えているのかというのを示していただかないとプランが立てられないと思うので、そここのところだけはぜひお示しいただきたいと思うのですが。できたら女性においてもお願いします。

○中坪健康推進課長 今すぐお示しできないので、確認したいと思います。

○西村委員 お願いします。

○古井部会長 ありがとうございました。

他にございますでしょうか。

お願いします。

○山下氏 「2-2 身体活動・運動」のところで、1日8,000歩以上歩いている人の割合は若い年代で減っているけれども、一方で1日の平均歩数のデータの方は、机上配付1の30ページにある前回のベースラインのときの報告と比較すると、男性、女性とも、今回、かなり増えています。他の県も増えているので、順位は若干落ちてはいますが、要は、運動をしている人はさらにするようになっている一方で、していない人の割合も増えているということであれば、それがわかるような記載にさせていただくと、取組の格差が見えるのではないかと思います。

○中坪健康推進課長 今おっしゃったような観点からの2つ目の指標が、まず下位25%

に属する人の平均歩数、要するにここが問題ということですね。

○山下氏 はい。それは指標として、もともと捉えているところでしょうが、その一方で、平均歩数自体は伸びていることも強調してもいいのではないかと感じたわけです。

○中坪健康推進課長 今おっしゃられたように、歩く人は歩くけれども、歩かない人は極端に歩かないというところで、都民の身体活動、運動のところでの底上げという意味では、やはり下位25%を上げたいなという思いはありますので、今の意見も参考にしながら、記載の方はまた検討していきたいと思います。

○山下氏 あと、歯科の方で「8020」の達成率はどんどん上がっているのだけれども、満足している方の割合は落ちているということについて、どういうことかなとの意見もあると思うのです。平均寿命も延びていますし、あるいは歯が残っているから、逆に、もうちょっとしっかりメンテしたいとか、いろいろなことが背景にあるのでしょうか、そうした「8020」と主観的指標の乖離について少し触れた方がいいような気がしました。

○中坪健康推進課長 今回、歯科保健計画を新たに策定する中で、こちらで掲げていた主観的な満足度というところが、やはり主観が入ってくるので、今回の計画ではシンプルに「8020」の達成者という客観的なデータで評価するという形になっているので、やはり主観と客観のずれというところはあるかと思うのですけれども、指標としたらちょっと客観の方に歯科計画がシフトしているのです、うちもそれに合わせていきたいと考えているところです。ただ、おっしゃるとおり歯があればいいという話ではないということもあると思うので、そちらは歯科の担当にも確認しながら調整し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。

他にございますでしょうか。

どうぞ。

○岡村委員 対策として喫煙のところと適正飲酒のところと両方関わってくるのですけれども、普及啓発はもちろんです。要するに、これは課の担当というのも領域もあるのですけれども、例えば特定健診とかだと、当然喫煙と飲酒のことを問診で聞いていますね。ただ、実際の健診とか保健指導のときに、どのぐらい喫煙とか飲酒のことを指導しているのか、各国保の状況は把握されていますか。

要するに、そこで対象者を捕まえているときに言わないと、例えば、一言でもいいので、たばこはやめろと。お酒は飲み過ぎだからちょっと落とせと。効果は薄くても人数が多いので、1%でも反映してくれたら大分違うと思うのですけれども、それをどこまでやっているかは把握されていますか。腹周りを測るよりよほどそちらの方が大事なような気がするのです。

○中坪健康推進課長 御意見ありがとうございます。

恐らく問診票で記録に残る以上の記録というのは把握し切れていないかなと思うので、恐らく把握できていないというのが現状かと思えます。

○岡村委員 どのぐらい実施されているみたいなのは。

○丸山委員 練馬区で特定健診の際に、たばこを吸っているか吸っていないかということ
をいろいろチェックしてわかるというところで、今年の6月から練馬区の方で禁煙支援、
医療費の補助を始めまして、大体2分の1、1万円を上限に補助金を出すということを事
業にしてきました。それで、医師会と歯科医師会と薬剤師会に協力してもらって、パンフ
レットと申込用紙を全部そこに置いていただいて、たばこを吸っている人についてはこれ
をぜひ勧めていただきたいということで、6月1日から事業を開始したところでございま
す。

想定で、年間で、先行している区なども聞いていると、大体100人ぐらいかなという
ことで、1人1万で100万円の予算を組んだのですけれども、2カ月ちょっとで、今、
150何人かの申し込みが来ていまして、一応、私どもとしては3年間のオリンピックま
でのサンセット事業ということで組んではいるのですけれども、場合によっては補正も考
えなければいけないのかなと。

ただ、禁煙支援も5回で大体1クールが終了だということなのですから、5回満足
に行ける人が半分ぐらいというような話も聞いているので、200人で200万ぐらいい
くのかなと。大体5回全部受け終わった人は、ほぼ8割ぐらいが禁煙に成功するよう
なことも聞いていますので、その状況を見ながら考えていきたいと思っています。

○岡村委員 ありがとうございます。

結局、個別健診で医療機関で健診を受けている方だと、そこでたばこのことか何かぱつ
と渡せる物があると、かなり後につながっていくような気がしていて、普及啓発も大事で
すが、多分、健診の場などだとより有効なものと、恐らく受動喫煙の条例が動き出すとやめ
たい人が増えるので、外堀が埋まりかなりそちらに来る人がいるので、増える可能性はあ
るのではないかと思います。

ありがとうございます。

どうぞ。

○中坪健康推進課長 今、練馬区で導入したようなところは、85ページの一番上にも記
載はしておりますけれども、やはり医師が指導する、その裏付けになるということで、禁
煙支援を行う区市町村への支援というところも今後進めていきたいと考えてはおりますの
で、そういう意味では直接的な禁煙に結びつける施策というものを東京都はバックアップ
していく方向で考えております。

○岡村委員 今までの禁煙外来は来たい人が来るという感じだったので、健診
に来たついでに喫煙者には何か呼びかけするというのをやると、恐らくもう少し増える
かなと思うので、そこをどのように、コストのかかることかもしれないのですけ
れども、それをやらないとなかなか広まっていけないのかなと思いました。アルコールも
同じことが言えると思うのです。

○古井部会長 ありがとうございます。

今日、岡村先生からもお話を頂いたのですが、領域1のところでは糖尿とか循環器ととこ

ろで特定健診、保健指導の啓発というのがあって、その中で一応、最後の方に方向性としては、働く世代に向けた行動変容の促進に努めていきますというのはあるのですけれども、領域2のところは、実は特定健診については何も記載がなくて、今言ったように特定健診の質問票の中で生活習慣をとっていますので、ここはいずれにしても特定健診制度をうまく使えるところなのではないかと思いました。ありがとうございました。

他にございますでしょうか。

それでは、次に行きまして、また最後ということをお願いしたいと思います。

それでは、最後に領域3と第5章のところまで説明をお願いいたします。

○中坪健康推進課長 では、91ページから最後まで説明させていただきます。

こちらは領域3、まず「3-1 ころの健康」で、目標としては「うつ傾向や不安の強い人の割合を減らす」を掲げております。

【これまでの主な取組】といたしましては、ストレスとの付き合い方を紹介したリーフレットの作成・配布とか、心の健康にかかわる内容などにつきまして、精神保健相談を実施。また、電話相談も合わせて実施してきました。

また、自殺専門の電話相談窓口や、SNSを活用した相談窓口の設置などによる相談者への積極的な支援を実施してまいりました。

また、労働者が多く抱えているフラストレーションを緩和するための労働環境整備も推進してきたいところでございます。

職場のメンタルヘルス対策というところも併せて、実施してきております。

92ページ、評価でございますけれども、こちらは支援が必要な程度の心的苦痛を感じている者の割合、いわゆるK6で評価しておりますが、下の折れ線グラフにありますように、ほとんど10%程度のところで変わらないというところで、評価はbとさせていただきます。

93ページには参考指標がございまして、自殺死亡率については減少傾向でございます。

94ページが【現状と課題】でございますけれども、専門家（機関）への相談が必要と感じたときに、適切な相談窓口を見つけることができた人の割合は6割程度ということで、十分とは言えない状況です。こちらは95ページの上のところのグラフでございます。

また、自殺でございますけれども、その背景には健康問題に起因するものが最も多くて、心の健康づくりの視点を踏まえた自殺対策の推進が必要と考えております。

95ページの下、方向性ですけれども「上手なストレス対処法」また「相談・支援体制の充実」、さらに職場は非常に心の健康では重要ですので「職場におけるメンタルヘルス対策」を引き続き行っていきたいと考えております。

また、自殺対策というところでは96ページですけれども「東京都自殺総合対策計画」との整合性も図っていきたくと考えております。

次は、97ページ「3-2 次世代の健康」で、目標としては「運動を習慣的にしている子供の割合を増やす」を掲げております。

【これまでの主な取組】ですけれども、まず、一番上は母子保健の分野を記載をしております。妊婦・乳幼児・保護者の心身の健康の保持・増進を推進してまいりました。

また、3つ目ですけれども、様々な事情を有する子供と保護者に対して包括的な支援を行い環境を整備してまいりました。

また、学校での取組としては「東京都統一体力テスト」の実施とか、下から3つ目の○で、子供の発達段階に即して、体力・運動能力の向上を推進してきたところでございます。

めくっていただいて、最後に、組織的に一体となって学校保健活動を推進してまいりました。

評価でございますけれども、小5、中2、高2それぞれで「1日に60分以上運動・スポーツをする児童・生徒の割合」を掲げており、こちらにつきましては、小5が特に減少しております、逆に高2女子が特に増加しております。ただ、全体的に見ると男女ともにほぼ横ばいというところがございますので、個別に評価してもそれぞれに対応する施策を打てる訳でもございませんので、全体的にbのものが多いので、総合でもbという評価にさせていただきます。

併せて参考指標もごらんいただければと思います。

100ページが【現状と課題】になります。

朝食を毎日食べる児童・生徒の割合につきましては、学年が上がるにつれて減少しております。

また、都の統一体力テストにおける体力合計点平均値は、101ページの上に記載がございますけれども、多くの種目において設定している目標値には達していないという状況です。さらなる体力向上の取組を推進することが必要と考えております。

それを踏まえて方向性ですけれども、まず1つ目は母子保健を引き続き推進してまいります。

2つ目は「健康教育の推進」で、こちらは学習指導要領に基づいて、先ほど出たような飲酒・喫煙防止教育などを含めて実施していきたいと考えております。

102ページ、3つ目は「体力向上の取組」。

4つ目は「心の健康づくりへの取組」を行ってまいります。

最後に「関連計画との整合性」ということでは「都立学校における健康づくり推進プラン」との整合性も図っていきたいと考えております。

こちらは【最終評価に向けた目標・指標の見直し】でございます。

参考指標の、先ほどのところで斜線が引いてあったところが99ページの上にあったかと思っておりますけれども、こちらの「児童・生徒の1日の平均歩数」については、設問がなくなると経年推移の把握が困難なためにこちらは削除し、代わりといたしましては、指標とするものがスポーツという運動のところでしたので、指標は運動分野だけではなく、食生活分野も必要と考えて「朝食を毎日食べる児童・生徒の割合（出典『東京都児童・生徒体力・運動能力、生活・運動習慣等調査』）」を追加させていただきます。

次が103ページ「3-3 高齢者の健康」で、主な取組といたしましては、関係団体と連携してフレイルの意味と予防の重要性を啓発してまいりました。

また、退職などによって地域で過ごす時間が増える50歳代から60歳代を対象に、地域の活動の重要性などを普及する目的として、パンフレットなどを作成して普及啓発を図ってまいりました。

また、企業人や元気な高齢者などの豊富な知識と経験を活用するとともに「介護予防による地域づくり推進員」を配置する区市町村を支援するなどの取組を行ってきたところでございます。

104ページ、指標でございまして、地域で活動している団体の数を指標をしております。団体の数は増加しておりますが、それ以上に高齢者人口が急増しております、高齢者人口千人当たりで割り返しますと、その団体数の割合は減少しているところでございます。全体的に見て指標は改善しているとも悪化しているとも言えないことから、評価はbとしたいと考えております。

また、その下、年間活動回数におきましては、各自治体での把握状況に差があり、経年比較による指標の評価は困難と考えておりまして「-（評価不能）」と判断しております。

参考指標はお目通しいただければと思います。

106ページの下が【現状の課題】でございまして、都の高齢化は急速に進行しております、高齢期になっても自立した日常生活を送るため、生活習慣の改善によって、加齢に伴い低下する運動機能や認知機能をできる限り維持し、フレイルに至らないことが重要でございまして。

また、社会参加は、認知機能を維持することに役立つだけでなく、運動機能を維持することに効果があることから、活動の機会を増やすなどの社会環境を整えることが重要と考えているところでございます。

108ページ、方向性としては「フレイル・ロコモティブシンドローム予防と介護予防」というものを掲げさせていただいております。

また「地域のつながりを活かした健康づくりの推進」も、フレイルでいえば社会的フレイルというところの対応も重要ですので、こちらはこれまでも行ってまいりましたが引き続き行っていきたいと考えております。

また「関連計画との整合性」としては「東京都高齢者保健福祉計画」との整合性を図ってまいりたいと考えております。

指標の見直しでございましてけれども、先ほど言った、地域で活動している団体の年間活動回数については、各自治体での把握状況に差があつて比較困難な状況のために削除させていただき、代わりに「東京都高齢者保健福祉計画」との整合性を図りまして、新たに参考指標としてそちらに記載がございます「週1回以上の通いの場の参加率（65歳以上）（出典『介護予防事業及び介護予防・日常支援総合事業の実施状況に関する調査及び住民基本台帳』）」を追加させていただきたいと考えております。

109ページ「3-4 社会環境整備」で、これまでの取組といたしましては、まず「地域のつながりを通じた健康づくり事業事例集」をしてまいりました。

また、元気な高齢者や主婦層などの多様な人材の掘り起こしとか、子供の居場所を創設、食事提供をはじめとして、地域全体で子供や家庭を支援する環境を整備してまいりました。

110ページが評価になり、こちらも地域で活動している団体の数は増加しており、人口千人当たりの団体数も増加しておりますので、こちらについては評価をaとさせていただきます。

その下の年間活動回数につきましては、高齢者の健康と同様の理由で評価は困難と判定させていただきます。

参考指標はお目通しいただければと思います。

【現状と課題】ですけれども、地域で活動する団体数は増えているのですが、地域における人と人との関係が希薄になっており、都民の主観的健康観の維持のため、ソーシャルキャピタルの重要性について、更に周知を図る必要があると考えております。

また、区市町村などが行う地域とのつながりを醸成する取組を推進する必要があると考えております。

それを踏まえて、112ページの【取組の方向性】としては、まず「地域のつながりを活かした健康づくりの推進」。

2つ目は「地域活動への参加促進」。

3つ目は「健康づくりに係る人材育成と地域・職域連携の強化」を図っていききたいと考えております。

指標の見直しでございますけれども、先ほど言ったように、年間活動回数については評価困難なので削除し、代わりといたしましては「健康づくり推進員を設置している区市町村の数（出典『都の実施する区市町村調査』）」を追加したいと考えております。

最後にかかってまいりますが、113ページが「Ⅱ 中間評価の総括」になります。

領域1から3、それぞれで総括をさせていただきます。まず1つ目、領域1につきましては、各分野を通じて、おおむね改善傾向、今回の評価では全てaという評価になっております。

ただ、個々を見ますと、目標値を掲げていて、困難と推測される項目などもございますので、引き続き対策を継続していく必要があると考えております。こちらは領域2などとの連携をした上での対策になっていくかと思っております。

次に領域2は「『生活習慣の改善』について」で、こちらにつきましては、他の領域の目標達成に資する基礎としての役割を果たす重要な領域と考えております。特に青年期や壮年期の「身体活動・運動」とか「休養」、女性の「飲酒」などにつきましては、悪化傾向であったことが見てとれたかと思っております。

個人の生活習慣や行動が大きく影響する項目につきましては、個人の力だけでは取り組むことが困難な場合がございますので、領域3に掲げる「社会環境の整備」と連動しながら

ら推進していくことが重要と考えております。

最後、領域3につきましては、都民一人一人がライフステージを通じて心身ともに健康的な生活を実現するために、周囲とのつながりを醸成する社会環境に着目した領域でございます。特に高齢者の健康につきましては、なかなか対策が十分とは言えない状況かと考えております

めくっていただいて、ライフステージに対応した心身の健康維持・向上に注力して取り組むとともに、個人の取組を促進させることのできる社会環境整備を進めることが重要と考えております。

最後に「Ⅲ 最終評価に向けた今後の取組方針」で、当初掲げている従前の重点分野の「がん」「糖尿病・メタボリックシンドローム」「こころの健康」に加えて、今回の中間評価を踏まえて、以下の取組を強化したいと考えております。

1つ目は「ライフステージに応じた施策の展開」で、「人生100年時代」を迎えまして児童・青年期から壮年期、老年期に至る各世代における健康づくりの取組というものが重要と考えます。

その発症予防には、生涯を通じた継続的な健康づくりの実践が必要でありまして、子供のころからの基本的な健康習慣の形成、働く世代の特定健診、がん検診の受診促進、高齢者のフレイル対策など、ライフステージに応じた健康づくりのきめ細やかな取組を推進していければと考えております。

2つ目は「区市町村等関係機関への支援の充実」で、健康づくりに取り組む実施主体であります区市町村などと連携することで、個人では取り組みにくい課題についても解決できるような環境を創出して、社会全体としての健康づくりの機運を高めていきたいと考えております。

各主体におきまして、優良な取組事例とか有用な情報を共有できるような環境づくりを推進できればと考えております。

最後が、第5章「今後の推進体制」でございます。

こちらは現在のプランと基本的には変わらず「Ⅰ 都民及び推進主体の役割」としては、まず都民がありまして、実施主体である「区市町村」「学校等教育機関」「保健医療関係団体」「事業者・医療保険者」「NPO・企業等」がございます。

そこに対して都の役割と取組といたしましては、普及啓発、人材育成、企業等への働きかけ、推進主体の取組支援と連携強化、区市町村間の差の把握と取組の推進支援を行っていききたいと考えております。

120ページ、このプランの推進会議の評価・進行管理でございます。

こちらは15行以下をご覧いただければと思いますけれども「東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議」において、各施策の進捗状況や目標・指標の達成状況を検討し、まずその効果について、評価をこれまで同様に行っていきたいと考えております。そちらを改めてこちらに記載をさせていただいたところでございます。

以上でございます。よろしくお願いいたします。

○古井部会長 どうもありがとうございました。

それでは、御意見・御質問はございますでしょうか。

お願いします。

○近藤委員 今回の中間評価で、私は7ページの3領域の図というのがすごく大切だなと思っていて、評価自体は領域1、2、3と個別にしてあって、今後の方向性についても、各領域内で行うべき方向性ということで、それは理解できるのですが、せっかくなので、特に領域3は、領域1、2を両方を下支えするというような枠になっていますので、この関連性がもうちょっと見える形で、領域1、2の今後の方向性部分にも領域3のこのこと連携するとかそういった文言が入ると、読み手としては全体の構造が具体的に、このページ7の図がそれぞれの課題に関してどのようにつながっているのかというのが見えやすいのではないかと思います。

例えば、77ページの睡眠の話は、普及啓発ということがもちろん領域2的には中心になるとは思うのですが、領域3のところのメンタルヘルスの話とか、今、都でも進めている健康経営のアドバイザー派遣の事業とか、そういったところと当然強くかかわってくるころだと思います。その辺を一言入れられるといいのではないかと感じます。

○中坪健康推進課長 御意見ありがとうございました。

確かにおっしゃるとおり、今回、7ページで支えるようなものを示しましたので、関連性がわかるような形は検討したいと思います。

○古井部会長 他にございますでしょうか。

特によろしいでしょうか。

どうぞ。

○近藤委員 あと、最後の今後の推進体制のところなのですが、これからデータヘルスとか介護の方でもインセンティブ交付金とか、要は、しっかりPDCAを回す支援をしていくということが強く求められてくることになると思うのですが、そのときに関係団体で、例えば保健所とか、そういう都が全部の市町村にそういった支援を直にするというのは難しいと思うので、中間の組織として保健所やあるいはデータを使った評価を手がけていく団体というのが大事になってくると思います。

今日はせっかく保健所の先生方もいらしているところなので、何かその辺が、この中間評価の報告書で書くべきかどうかわからないのですが、都と各行政区、あるいは市町村の方だったらそれを管轄する保健所と、市区町村の保健センターとかというレイヤーごとの関係性が、どのように手をつないでやっていくのかなども見えるように書かれていると、これからそういうのが大事なのだというアピールになるのではないかと思います。いかがでしょうか。

○中坪健康推進課長 特に多摩地区においては、保健所というのは区市町村支援の一つの拠点にはなっておりますので、保健所の担当とも相談しながら書きぶりを検討します。

もし、コメントがあればお願いします。

○山下氏 私がおります多摩小平保健所ですと5市を管轄していますが、やはり特別区
健康部門の所管と比べると、一般の市には保健所のような専門職の充実した配置がない分、
御相談を受けながら市に対して技術的に支援をしていくことが非常に大事だと感じており
ます。

制度改正で都も保険者として、区市町村国保を財政的に束ねる形になっているわけですが、
そうは言いながらも、個々の区市町村ごとに様々な保健事業、ヘルス事業をきちんと
責任を持ってやっていただくような体制になっております。データヘルスの時代になりま
して、PDCAのサイクルが非常に短くなってきていますので、都の健康づくりの計画の中に
個別具体的に書くことは難しいかもしれませんが、都の保健所が管轄の市町村を支援して
いく立場にあるという仕組み自体は変わらないわけですので、そうした役割が見えるよう
な形はあってもいいかなと思いました。

○古井部会長 どうぞ。

○佐藤氏 池袋保健所の佐藤です。

特別区の場合は非常に特殊で、保健所が区の中にあるので、特別区の自治体として、区
として様々な計画を立てるということになっています。保健所の部門に国保部門が大体独
立をしているので、データヘルス計画なども国保の部分と保健所が大体は一緒の席に座っ
て計画を作っていくという形で推進している区が多いのかなと思っています。

区もかなりの専門職がいるので、区なりにデータ解析して様々な検討を重ねていると
ころですけれども、こういった中で、やはりもう少し大きな意味で東京都さんにいろいろ
な意味で情報提供をいただいたり御意見をいただいたりしていただくと、区の方も少し
レベルアップして標準化されたりということで、助かる部分があるのかなと考えています。

○古井部会長 ありがとうございます。

他によろしいでしょうか。

それでは、最後に何か全体を通してコメントがございましたらというところですが、あ
りますでしょうか。

よろしいでしょうか。

私から最後に2点、コメントですけれども、1つは津金先生からも今日お話がありまし
たが、健康格差の捉え方というのが総合目標であるのですけれども、捉え方の整理が大事
だと思います。恐らく第三次の計画にもつながると思いますので、健康以外の基盤のと
ころと、比較的介入がしやすい健康の部分と、それを次期計画に向けて、中間評価の委員会
の御意見を生かしていくべきではないかと。

2つ目は、岡村先生からもありましたが、やはり既存の施策、特に都民のポピュレーシ
ョンを捉えている特定健診というところから、その後に生活習慣改善の働きかけをやる
というのは、今の制度をフル活用するという意味ではさらに進んでくるのではないかと思
います。

この2つは直接中間評価の報告書だけでは収まらないと思うので、次回、近藤先生に親委員会である推進会議の方でも御意見として上げていただきたいと思います。

非常に貴重な御意見を頂いたと思います。どうもありがとうございました。

それでは、事務局の方、お願いします。

○中坪健康推進課長 本日は多くの意見をありがとうございました。

皆様から頂いた御意見を踏まえまして、プランの中間評価の報告書の素案の作成を今後進めてまいりたいと考えております。

今後の予定ですけれども、冒頭でお伝えしましたとおり、10月9日の親会におきまして、中間評価報告書素案について諮る予定でございます。

また、12月ごろに予定しております第3回目の中間評価部会におきまして、パブリックコメント前の中間評価報告書案の御確認をお願いしたいと存じます。お忙しいところ大変恐縮ですけれども、御出席のほど、またよろしく願いいたします。

また、資料5は中間評価見直し後の目標指標の一覧の案としてお示しさせていただきましたので、後ほど御確認いただければと思います。

そして、資料6は、前回と同様、御意見照会シートを配付しておりますので、本日の後議論について追加の御意見がございましたら、来週の31日の金曜日までメールかファクシミリで送付をいただければと思います。

○古井部会長 それでは、本日は長時間にわたりまして御討議をありがとうございました。

これをもちまして、平成30年度第2回の中間評価部会を閉会といたします。

事務局、お願いいたします。

○中坪健康推進課長 最後に事務局から3点、連絡事項がございます。

1つ目は、お車でお越しの方がいらっしゃいましたら、事務局までお声がけいただければ、駐車券を御用意しておりますので、お申し付けください。

2つ目、机上配付資料はそのまま残していただきますよう、よろしくお願いいたします。

3つ目は、本日の資料がたくさんございますので、郵送を希望される場合は机上に残しておいていただければ、配付資料につきましては後日郵送させていただきます。

以上でございます。

本日は誠にありがとうございました。

(午後3時31分 閉会)