

厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
「健康日本21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」

2019年度第2回班会議プログラム

2019年9月11日（水）10:00-17:00
フクラシア東京ステーション G会議室

厚生労働省挨拶

健康局健康課

研究代表者挨拶

辻 一郎

セッションⅠ [10:10-12:00] 次期健康づくり運動の目玉

目標：健康日本21（第二次）の進捗状況、この間に顕在化した健康課題、第三次計画の目標年度（2032年）における社会情勢を見据えた上で、第三次計画の基本的方向性を検討する。

第1部（10:10-11:05）話題提供：辻 一郎 + 全体討論

第2部（11:05-12:00）話題提供：近藤 克則 先生 + 全体討論

（12:00-13:00 昼食休憩）

セッションⅡ [13:00-14:50] 目標指標を設定する際の視点

目標：適当な項目数（現状53項目に対して）、項目間の相互関係（優先順位や階層の必要性）、エビデンスに基づく目標設定の方法、国でも都道府県でも測定・評価できる指標を検討する。

第1部（13:00-13:55）話題提供：津下 一代 先生 + 全体討論

第2部（13:55-14:50）話題提供：岡村 智教 先生 + 全体討論

（14:50-15:10 コーヒーブレイク）

セッションⅢ [15:10-17:00] ポピュレーション戦略の拡充

目標：タバコ対策、栄養・食生活、身体活動・運動、メンタル、アルコールなどの分野で、今後さらにポピュレーション戦略を拡充させる方策、進捗を評価する指標などを検討する。

第1部（15:10-16:05）話題提供：田淵 貴大 先生 + 全体討論

第2部（16:05-17:00）話題提供：村山 伸子 先生 + 全体討論

○辻先生 皆さんおはようございます。時間になりましたので、第2回の班会議を始めたいと思います。

今日は、10時から5時まで丸1日、長丁場になりますけど、どうぞよろしく願いいたします。

今日は、セッションを3つに分けていろいろな話を、話題提供をいただきながら全体討論を進めていきたいと思いますので、皆さん活発なご議論よろしく願いしたいと思います。

最初に、厚労省の相原補佐からご挨拶いただきたいと思います。

○相原先生 おはようございます。厚生労働省健康局の相原でございます。

前回の班会議の際に、突然次の健康日本21を準備するのに意外と時間がないという話を唐突にしてしまったために、多分今日の会議が開かれたのではないかと思うんですけども、実際本当に調査設計まで含めて考えますと、実は意外と時間がないということで、今年度である程度方向性を示していくことが必要であるという状況でございます。

本日は3つのセッションで、次期健康づくり運動の目玉や目標設定の視点、あるいはポピュレーション戦略の拡充というような3つのテーマでディスカッションしていただくということで、内容としても実は私結構楽しみにしていて、とてもエキサイティングなディスカッションが行われるんじゃないかと期待しております。

本日は長丁場ですけども、どうぞよろしく願いいたします。

○辻先生 それでは、私から今日のアナウンスをさせていただきたいと思います。

この紙をお配りしていますけれども、これが今日のスケジュールになっております。セッションⅠ・Ⅱ・Ⅲということで、それぞれ2時間弱でやりまして、各セッションで話題提供が2人いますので、前半・後半別々にしてそれぞれの全体討論ということで考えております。この会は、研究班ですので、皆さん自由なご議論をいただければと思います。

資料は、今皆さんの前にあるお手元の資料が、このセッションⅠのパワポのプリントアウトになっていますけれども、各セッションごとに始まる前にそれぞれの先生方の資料をお配りします。

今日のお話を受けまして、こちらのほうでテープ起こしをさせていただきます。発言録をつくりたいと思っているんですが、これから2週間は毎週月曜日が休みとか、結構休みが多いので、若干時間かかります。一応9月24日をめどにみなさんにお配りしたいなと思っています。そのためにマイクを使いますので、こちら側の人たちはこのマイクを使って、そちら側の方々はそれぞれのマイクを使って、後ろの方ももちろん手挙げ結構なので、後ろの方はマイクを持って行ってあげてください。誰がしゃべったかも発言録に残したいので、ご質問いただいたり、ご発言いただくときはお名前をおっしゃってください。どうぞよろしくお願いいたします。

それから、第3回の班会議の日程調整をさせていただきます。午後に班員の先生にお配りしますので、お帰りまでに提出いただけるか、あるいは後日メールかファクスで送っていただきたいということで、よろしく願いいたします。

では、早速セッションⅠに入らせていただきますが、一応話題提供の先生は演台で話していただいて、全体討論の司会は私の方でさせていただきます。よろしくお願いいたします。

セッションⅠ：次期健康づくり運動の目玉

[第1部]

○辻先生 それでは、私のほうから最初の話提供といたしまして、次期の健康づくり計画の策定に向けてということで、この4点についてお話いたします。第1に、中間評価から見えてきた課題について、私なりの解釈をさせていただきたいと思います。第2に、この10年間の健康づくりと健康課題を振り返ってみます。第3にOECDのレポートが健康日本21についてかなり言及されていますので、紹介します。第4に、以上を受けて新しい領域、何か追加する必要があるのかという議論をさせていただきたいと思います。

おさらいですけども、健康日本21（第二次）の中間評価が去年出たわけですけども、全体で53項目ありまして、そのうち改善されているのは32項目。しかし、そのうち12項目はこのままのペースだと目標達成は危ぶまれるのではないかとということでした。変わらないが19項目、悪化しているのが1

項目だけありまして、歯周病の割合ですね。それから、評価困難が認知機能低下ハイリスクの把握率。これについては評価困難なので、指標そのものを差し控えなければいけない。

それぞれの指標の推移、改善や不変について相互関係を見ていくと、いろんな矛盾が見えるんですね。どういう矛盾かという、健康指標でいうと、がん、脳血管疾患、虚血性心疾患死亡率は減っています。これは非常にいいことです。そして血糖コントロールが悪い人も減っている。これは非常にいいことなんです。その一方で、メタボ該当者とか予備群はほとんど変わっていない。それから糖尿病有病者の増加抑制についても変わっていない。そうすると、お互いの動向が矛盾しています。メタボや糖尿病の有病者は変わっていないのに、がん、循環器疾患の死亡率が減っている。本来は、死亡率が減っているのであれば有病率も減ってなきゃいけないと思うのですが、そうならない。この矛盾を解く鍵は、恐らくジェネレーションが違うんだらうということです。つまり死亡率が減っている世代は60代以上が主かもしれない。有病者数の動向は40代、50代であまり変わっていないことの影響が見えてくる。このようなジェネレーションギャップが今進んでいるのではないかと、これがそのままいいたら、今後の死亡率減少には歯止めがかかってくるのかなという、悲観せざるを得ない状況が考えられます。

それから、社会生活を営む機能ということでは、自殺者が減っているのですが、一方で心理的苦痛を感じる人は減っていない。心理的苦痛を感じている人は変わらないのに自殺者は減っているということです。それから、高齢者の社会参加は変わらないのに、介護保険利用者の増加は抑制されている。どうもその辺の矛盾もあると思います。

さらにもう1つの矛盾が社会環境の整備のあたりにもありまして、健康づくりに取り組む企業を増やそうとか、健康づくりに関する民間活動拠点を増やそう、健康格差対策に取り組む都道府県を増やそうといった目標は軒並み改善しているんですが、つまり健康づくりの実施主体は増えているんですが、健康づくりに関わる国民は増えていないということで、そういうギャップというか矛盾があります。ですから、1つそこは、増えているという健康づくりの主体が実際に何をやっているのかということが問題なのだと思います。健康日本21の評価では、健康づくりに取り組んでいるかどうか、やっているか、やってないかしか調べてないので、何をどのように取り組んでいるから認めるとか、そういう話ではないので、都道府県が「私たちは健康格差対策に取り組んでいます」と言えば、それで丸になっちゃうわけです。その意味で、実施主体がどういったことを実施しているのか、あるいは健康づくりの取り組みの定義は何か、どうしているかをやっている、それが実際に国民に届いているのかどうか。この辺をこれから掘り下げなきゃいけないのかなと考えたわけでございます。

それから、栄養・食生活、身体活動・運動、休養に関する社会環境も、かなり改善しているらしいんです。減塩とか低脂肪に取り組む企業や飲食店は増えている。管理栄養士・栄養士のいる特定給食施設は増えている、運動しやすいまちづくりに取り組む自治体が増えているというのが中間評価の結果ですが、その一方で、適正体重を維持している人の数は変わらない、適切な量と質の食事をとる人も変わらない、運動習慣も変わらないということです。社会環境が整備はされている、改善しているという一方で、人々の生活習慣は変わっていないというところが大きな矛盾としてあるわけですね。これは1枚前のスライドでお話したこととも符合するわけです。ということで、格差対策にしても社会環境の整備にしても、やっているという割には本当にやっているのかな、実効性はどのくらいあるのかなということで、社会環境の整備については定義なり具体的な取り組み内容や方法なりを毎時するという作業を、次期の健康づくりに向けてきちんとやらなければいけないのかな、そういう必要があるのかなと感じております。

次の話題ですが、この10年間の健康づくりをめぐる変化について考えていきますと、大きくこの5つにまとめられるかなと思います。健康指標で言えば、健康格差や認知症、介護予防がさらに重要になってきたことです。健康格差はさらに顕在化してきている。認知症は今増えていますので、認知症対策大綱でも予防あるいは発症年齢を遅らせるという方向が出て来ました。介護予防も、保健事業との一体的実施、また一般介護予防のあり方に関する委員会でも新しい方向性が見えて来ました。それに対応したより適切な指標を出すことが次期プランでは必要だろうなと思います。

それから健康づくり政策では、この春に政府が出しました「健康寿命延伸プラン」があります。2040年を目途にして健康寿命を3年延ばすということで、さまざまな対策を出しているわけですがけれども、それとの整合性も考える必要があります。あるいは健康日本21の次期計画としては、それを補完するような相補性を持っていったほうがいいのではないかと考えております。健康寿命延伸プランでは、2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸して75歳以上にすることを目指しています。その

ために、健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、それから格差については地域格差と保険者間の格差、ここを明示したんですね。格差の解消に向けては、環境を変えていくという部分、自然に健康になれる環境づくりを重視しています。行動変容では、ナッジとかインセンティブを重視していますけれども、こういった行動経済学的手法を使ってやっていきたいと思いますという考えのようです。健康づくりの3分野ということで、1つが次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣の形成ということで、具体例としてスマートミール、あだちベジタベのような、食の環境づくりがかなり強調されています。2つ目の疾病予防・重症化予防という分野では、保険者インセンティブの強化、特定健診とがん検診の同時実施、それからナッジといったことが書いてありまして、3つ目の介護予防・フレイル対策、認知症予防では、「通いの場」のさらなる拡充に向けて保険者インセンティブを強化していくこと。「共生」「予防」を柱とした認知症施策の推進ということで、通いの場のグラフが書いてあります。結局、健やかな生活習慣の形成、疾病予防・重症化、それから介護予防・フレイル対策と認知症予防、この全てが第二次で含まれている項目でありますし、恐らく次期もそういった言葉が入ってくると思いますので、やはり次期の健康づくりを考えていくときには、健康寿命延伸プランとの関係、相補性ということが欠かせないのかなと考えております。

前のスライドに戻って、3番目の新たな健康リスクということでは、やはり新型たばこの話になります。これは第二次では一切書いていなかったもので、次期健康づくりでは、避けては通れないのかなと考えております。

4番目ですが、健康づくりの新たな手法が、この10年間でかなり広がってきました。データヘルスや健康経営が導入されて、日本の健康づくりもだいぶ変わってきたなあと考えております。

それから日本健康会議というのがありまして、私とか近藤先生、津下先生も実行委員ですけれども、「健康なまち・職場づくり宣言2020」というふうなKPIを掲げて動いていますけれども、大体のものは達成されて来ました。では2020年になったら次のKPIをどうするのかということになるんですけども、そういったものともすり合わせをしながら進めていくべきじゃないのかなと考えております。

5番目ですが、健康に関する情報インフラもこの10年間で大きく変化しました。NDBとかKDBとかPHRとか健康スコアリング、いろんなものができてきて、実際に機能しています。今日はPHRの検討会に岡村先生が出ていらっしゃるようですが、こういった情報インフラの発展を今後の指標に組み入れてモニタリングしていくと、非常に効率的に全ての市町村なり保険者がモニターしていけるような、そういった体制がつけられるだろうと考えています。

健康スコアリングレポートの例を示しました。これは、保険者を単位として、特定健診や保健指導の実施率、健診の結果に基づく疾病リスクや生活習慣をレーダーチャートにして、例えば健保組合全体のうちであなたの組合は何番目、あるいは同業他社の中で何番目みたいな形で、ランキングをわかりやすく示しています。そして医療費の年次推移も出しています。このようにして、その被保険者が持っている健康課題を見える化したレポートをお渡しして、課題解決に向けて考え、動いていただくという訳です。次期健康づくりの項目についても、こういったものとくっつけていく必要があるのかなということを考えております。

次に、OECDのレポートについてお話しします。これは皆さんご存じだと思うんですけども、OECDの調査団が日本に来て、インタビューを受けた方もいらっしゃると思うんですけども、その報告書では一次予防というか健康日本21についてかなり言及してありまして、「The Health Japan 21 strategy takes an ambitious approach to public health risks」とあります。ambitiousということで、最初は褒められているのかなと思ったんですけども、読めば読むほど、何かこのambitiousって皮肉なのかなというふうに思うようになっていきます。どうして皮肉かと言いますと、後で詳しく出て来ますが、健康日本21には改善すべき点が多いと、could be improved ということです。例えば目標項目が多数あるわけですけども、その間で優先順位をつけろということ。健康づくりの各実施主体が行う健康づくり施策のクオリティをちゃんと確かめなさいということも書いてあるんですね。それからもう1つが、population-levelのアプローチをもっと拡充しなさいということが書いてありまして、確かにその通りかなとは思いました。

次のスライドでは、ターゲットがvery wide rangeで多過ぎるというコメントが書いてあります。53項目が多いのか少ないのかちょっとわかんないですけども、例えばアメリカのヘルシーピープルだったら何百項目とありますので、そう考えるとそんなに多いとは思わないというのが私の考えですね。それ

で、目標項目の間でプライオリティをつくりなさいということですが、そういった考えもあるかもしれませんが、せよ、プライオリティをつけちゃったら、日本社会では、そうじゃないところはやらなくていいんですよ、みたいな話になっちゃいがちなので、国としてのプライオリティはつけないほうがよくて、それぞれの地域や保険者の中で、その実情に応じて対策の重点項目を考えていけばいいのかなと思っていますので、これはあんまり当たらないと思っているんですが、ただ健康づくり施策のクオリティをちゃんとensureしなさいとか、disseminating local interventions、つまり優良事例や効果のある事例を日本中に広げなさいと書いているんですが、それは確かにその通りだと思っておりました。

さらに言っているのは、Additional population-level policies could help Japan achieve its HJ21 targets ということで、ポピュレーションレベルの施策をもっとしなさいということです。彼らがすすめているのはWHOのたばこコントロール枠組み条約の完全実施、食べ物や飲み物のパッケージの栄養表示ラベルをもっとわかりやすくすること。それから Restricting the availability of alcohol ということで、日本は朝からお酒を買うことができ飲めるんですが、欧米では午前中は飲んじやだめとか、売ってくれなかったりするんですけども、そういったアベイラビリティを制限したほうがいいんじゃないか、このような提案がありました。

もう1つOECDが言っているのは、日本でもすごくいいことをやっているということで、あだちベジタベはベスト・プラクティスに近いということで、かなり詳しく紹介しています。他には、横浜のウォーキングポイントですね。こういったものを日本全国に広げればいいんじゃないかということがレポートでは力説していましたね。これは食や身体活動の環境整備という点ですごく重要なことですね。

それから、Health and productivity management、つまり健康経営ですが、これももっと広げるべきだと書いてあります。これも1つのポピュレーション政策だということを強調しています。あだちベジタベは健康寿命延伸プランにも紹介されていて、かなり注目されています。

あともう1つ、次期健康づくりで新しい領域を何か追加する必要があるのかなということで、いろいろ考えたんですけども、1つ入れるとするとマイノリティ・ヘルスかなと思うのですが、外国人とか性的マイノリティの健康問題はいずれ大きな問題になってくると思うんですが、今の時期でどうかなというところで、私自身としては、これは次期の課題というよりも次々期の課題ぐらいのスパンで考えてもいいのかなと思っています。新しく追加するとすれば、生涯を通じた女性の健康、ライフコースで女性の健康を考えるということを1つ目玉にしたらどうかと思っています。なぜかという、不健康期間、つまり平均寿命と健康寿命の格差は、女性の方が圧倒的に長いわけでありまして、しかも、女性のライフスタイルが非常に多様化していることに伴って健康リスクも多様化している。だから、新しい考えで臨まなきゃいけないという事情もあります。さらに、後期高齢者における要介護・認知症リスクは女性の方で圧倒的に高いわけでありまして、健康寿命を延ばそうと思ったらこの辺もきっちりしなければいけない。なので、女性の健康という点で1本立ててもいいのかというふうに考えていまして、その際に、胎児期から幼少期、思春期、成人期、妊娠・出産、更年期、高齢期を通じて、ライフコースできちんと健康づくりを切れ目なく進めていくということが、これからの国民健康づくりの1つの柱になる、こういった形で示していきたいと思っています。

以上、私のまとめですけども、1つは健康寿命延伸プランとの整合性を重視しましょう。このプランを支えるような「国民健康づくり運動」という位置づけでもいいのかなというぐらいに私は思っております。

目標は、現状の範囲内の数で、無理に減らす必要はないし、多少増やしてもいいのかなぐらいの感じなんですけれども、むしろ項目間の関係性や因果性を明示して、環境の整備や生活習慣の改善をすれば、これくらいリスクが変わってきて、発症予防になって重症化予防になって、要介護・死亡が予防できますというような、一連の流れを示すことによって、何かそのタイムラインといいますか、プロセス管理ができていくのかなと思っています。

それから、行政データを活用すべきであるということで、NDBデータとかを自治体単位で国保や協会健保などの各保険者のデータをあわせて自治体単位で活用できるような体制がつかれないのかなと思っています。

それから、認知症はこれだけ大きな課題になっていますので、認知症高齢者の数はモニタリングできるようにしなければならぬと思います。これ介護保険認定のデータを活用して、ある程度は、完全に正確ではないですけども、ある程度のモニタリングとしては認知症の数がわかりますので、それをもとに認

知症の有病率や発生率を把握できるような、そういったシステムをつくるべきじゃないかと考えております。

それから、社会環境の整備については、冒頭に申し上げましたように、いろんな矛盾がある訳です。取組みをやっているか、やっていないかというだけで質問していると、やっていると答えちゃうわけなので、何をどのように実施しているのかということまで、きちんと問うていって、本当に実効性のある社会環境の整備が図られているかどうかを確認した方がいいだろうということです。最後に、ポピュレーション・アプローチも強化していきましょうということです。

以上申し上げたあたりが次期の健康づくりの柱になるのかなということを私は考えていますけれども、これはあくまで私の勝手な提案ですので、これを受けて皆さんからご議論いただきたいと思いますので、よろしくお願ひいたします。

○辻先生 それでは、皆さんからご自由にご質問、ご意見いただきたいと思います。どなたか。津下先生。

○津下先生 津下です。辻先生のご提案、本当に私も午後になんて項目のこともお話ししようかなと思っていますけれども、全くそのとおりでないというふうにも思っております。

そもそも第二次がスタートしたときには、社会環境の整備を図る物差しがなく、無理を承知で設定したと。それから7～8年経って、例えば健康経営とかデータヘルスとかいろんな関係で社会環境データについては大規模かつある程度客観性を持った指標が出てきた。まだ日本健康会議にあわせて、保険者の全数調査として取り組みを深堀りして聞いています。日本健康会議にリンクした全数調査の結果のほか、保険者努力支援制度の点数化など、そういったデータの活用などによって、取り組みの質や量なども図れるようになるのではないかと。重症化予防についてはどのような取り組みをしているのか、アウトカムまでちゃんと見ているのか、そのあたりまで深堀りした指標を国は持っている状態になっていると思いますので、そういうデータの活用が必要かなと。

2点目は、この目標の数についてなんですけど、国民に対して発信する項目の数はあんまり多いとインパクトに欠ける、というのはあるんだろうと思うんですけど、そこが政策的に自治体が行うこと、企業が行うこと、それから医療機関が行うこと、さまざまな関係者が行うことという、それぞれのより精緻な指標というのはあると思うんですけど、そこまで数えるのか。包括的な目標の下にまた精緻な個別目標がある。これが層別化とか構造化ということになると思うんですけど、そういう構造をしっかりと考えて、国民に発信すべきもの、それから国民に近い一般的な企業とか一般的な、広く周知したほうがいいメッセージについては21の目標にしていく。その21の構造の中で保健事業等としてそれぞれのステークホルダーが目標や指標が絡んでくるみたいな構造にしていくことが必要かなと考えました。

それから、3点目なんですけど、社会生活の維持の中に、子供入って高齢者入って、メンタル入って、何か③に突っ込みましたみたいな構造になっているように見えて、先生のおっしゃったライフコースとか、子供からこういう流れとか、そのメンタルが何かちょっとすわりが悪いかなとかですね、そんなことを思って、この構造について再度整理をしていくといいのかなというふうに思います。

それから、国民健康栄養調査に依存している形になっていますけれども、リアルワールドのデータが非常に取れるようになってきたので、じゃあそれで取れないものは何なのかとか、一度しっかり整理すべきかな、と。国民健康栄養調査はずっと伝統的にやってきて、非常に重要な調査ではあるんですけども、この調査でしか取れないものは何なのかとか、もう一度再考すること、NDBなどリアルワールドのほぼ全数がつまえられるようなデータの利活用について、もうちょっと積極的に考えていったらいいのかなというふうに思います。

○辻先生 ありがとうございます。他にどなたか。はい、山之内先生。

○山之内先生 山之内です。津下先生のご意見、非常に勇気づけられました。

それで思ったのが、例えばメンタルのすわりが悪いというところなんですけれども、多分全般的に少しづつ絡むというところですか、それから、そういうところでそのメンタルだけをじゃあ取り上げて何をするんだとなると、また狭い領域になってしまうというところがあって、そのそのいわゆるマトリックスというか構造をどう考えるかというのは非常に大事なところだと思います。

その例として、すいません、あんまり解決策がない中での発言なんですけど、その生涯を通じた女性の健康の中で、今の医療計画とかでもいろんな県が取り組んでいる中の1つに周産期ですね、産後とか妊産婦とかの女性のうつが割と多いという状況で、そこに県独自で医療計画の指標に取り入れている県が2～3あったりとか、そういうような形で入っています。そういったものをメンタルという軸でやるのか、それ

とも女性の中にメンタル部品が入って、男性にもメンタル部品が入ってみたいな、栄養が入ったりとか、そういうような形を取っていったほうがいいのかというのは、例えば女性、男性、老人とかなんとかでこっちに栄養、メンタルとか、そういうようなマトリックスというのもどうなのかなというのはちょっと今考えたところです。

あと、項目間の因果性のところに関してですけれども、例えば今メンタルのことで、メンタルばかりですいませんが、全てのポピュレーションにアプローチできるように4つの指標ができていますけれども、それぞれに対してじゃあその市役所の人は何するとかというのが全くないという状況になっていて、カバーはできているんです、だからカバー重視で多分つくられたものだと思うんですけれども、その辻先生が挙げられた最初の矛盾のところですね、1ページ目のところですけど、自殺者は減っていても心理的苦痛の者は減らないというようなことで、でもこれを見せられても、市役所の人とか健康政策に携わっている人たちが、じゃあ何すりゃいいのかってさっぱりわからないというところがあるので、私としてはちょっと内々で今考えているのは、1つの大きな目標があって、それに対して各ステークホルダーなり各役割の人が何をしていけばどうなるという図が示せるといいのかなというのは考えているところです。

それから、あとメンタルのすわりが悪いとかってあれなんですけど、その睡眠との関係がすごく密接であるにも関わらず、ばらばらになるときもあれば一緒になるときもあったりして、例えば寝て疲れがとれる人の割合ってなっているところがメンタルというふうに捉えられたり、あるいは睡眠というふうに捉えられて別の領域にされたりとかというような、その場に応じていろいろ見方が変わっちゃっているところがあって、そういったところでそのメンタルなり睡眠なりというのは非常に密接な関係はあるかなと思っています。健康局さんのほうで睡眠の指標の開発の研究班があって、NCNPの栗山先生が代表になっております。そういったところと密に連携をとりながら、こちらとしても国民が困らないような指標づくりというのをしていきたいなというふうに考えております。

○辻先生 他にどなたかいらっしゃいますか。はい、近藤尚己先生、その後近藤克則先生。

○近藤（尚）先生 東京大学の近藤尚己です。ちょっと午前中で中座しますもので、今のうちに発言させていただきたいと思います。

次期のプランでは、社会環境の整備が重要になっていくという辻先生のお話がありました。その点に関して、私の考えるところを述べたいと思います。

第二次では、社会環境の整備ということに関する目標が、地域でお互いに助け合っていると思う人の割合、いわゆる地域社会での社会環境の整備というところだったんですけども、具体的には市町村などの小さな地域の単位で高齢者における地域包括ケアの推進のようなことを全世代としてやっていくというようなことが最終的なゴールになってくるんだと思います。ただ、社会環境の整備といったときに、次にやっぱり大事になってくるのが国レベルでの省庁横断的な社会環境の整備ができるかどうか。社会疫学分野で考えると、いわゆる健康の社会的決定要因にどう踏み込むかということになると思います。WHOが2003年とだいぶ前に出した「social determinants of health the solid facts」というマイルストーンになった報告書がありまして、そこにその時点で明らかになっている社会的決定要因が10個ぐらいリストアップされています。これ、厚生労働省管轄でできることも当然あるんですけど、結構そこでは無理だなというのがあります。例えば、まず第1に来ているのが社会格差ですね。これは景気対策とか国の政策そのもの、財務省とか内閣がやっぱり考えていかなきゃいけないところになってくると思います。2つ目のストレス、これはまあ厚生労働省でしょうか。3つ目アーリーライフ、これは子どもの教育あるいは保育関係なんかも関係してくると思います。そして、ソーシャル・エクスクルージョン、社会的排除ですね。先ほどマイノリティの話ちょっとありましたけれども、外国籍の方、性的マイノリティの方どうするのかということも、そういう人権に関わることですね。あとワーク、これも厚生労働省。失業対策などでしょうか。さらにはソーシャルサポート、アディクション、たばこ、お酒、フード、交通環境と続きます。例えば交通環境に関して言うと、国レベルでバイクパス、自転車レーンを整備するなどが考えられます。これがかなり身体活動量の向上に貢献しているオランダですとかシンガポールですとか、そんなところがあります。そういうふうに、省庁をまたいだ活動をどれだけ社会環境の整備として広げていけるかというのは、1つ考えてもいい時期に来ているんじゃないかなと思っています。

学術分野でももっと幅広い連携をしていけるといいんじゃないかなと思っています。例えば、日本健康会議のメンバーを見てみますと、経団連など経済団体がメンバーです。健康経営というすばらしい概念が出てきたことで実現した連携だと思います。こういった枠組みを別の分野にも広めていきたい、いけると

いいのかなと思います。例えば、私たち、高齢者の健康づくりの分野でよくお話しするのは、交通工学とか、システム工学とか、工学系の先生方です。あと環境ですね、自然環境の維持と健康の維持はかなり密接に関係してきます。あとは社会学とか人文学。文化や社会がどうあるかというところはかなり健康と密接に関係します。あとは教育学、これも非常に大事。教育が健康に資する非常に重要な決定要因になることは、かなりなところで認められていることだと思いますが、実はそこを具体的に施策に落とし込んでる事例は、まだあまりないんじゃないかなと思っております。そしてまたコスト的にもアーリーライフに介入したほうが、健康や well-being に資する効率がいいというようなデータがありますの。ぜひ教育学の分野とも連携していけるといいんじゃないかなと思います。

まとめますと、国レベルでの省庁横断的な活動をどう推進していけるかということと、ぜひ学術分野でも他分野の方々と一緒に、健康ということの切り口にして、お互いの興味関心のあることでの win-win の関係をつくって進めていけることができないかというふうに考えております。以上です。

○辻先生 ありがとうございます。じゃあ近藤克則先生。

○近藤(克)先生 もう1人の近藤です。辻先生のご指摘、この後私が紹介することと随分重なっていて、似たようなことをやったり感じるんだなというので、すごくほっとした面もございます。それで、後で言わないところだけちょっと一言発言しておこうと思います。国のいろんなデータ整備が進んでいるので、それを活用をというのがとても共感を覚えます。まだすぐには利用できないんだけど、5年先だったら意図的に厚生省がその気になれば実現できそうなものがあるなということもすごく感じているので、それを今回の提案の中に入れて、「健康日本21(第三次)」が始まるまでに何とか間に合わないかなと思っているものがあります。何かというと、例えば健康日本21の都道府県版、市町村版ってありますよね。それを立案するために、多くの市町村が何かしら調査はしているんですが、それがどこにも集められてなくてばらばらです。すると、何とかが20%などと集計しておしまい、それがじゃあ他よりも高いのか低いのかみたいな評価がされてなくて、すごくもったいないなと感じています。市町村のやっている調査データを集めたのが、今私たちがやっている日本老年学的評価研究(JAGES)で、これは市町村がやっていた捨てられていたデータがもったいないので研究班に投げてくださいってお願いをして、今40市町村ぐらいのデータがプールされ20万人規模になった。そうすると、先ほど高齢者の社会参加増えていないというお話だったんですけども、その悉皆でやった自治体のプールしたデータで見てみたら、2010年から16年の間に社会参加増えているんですね。それに伴って、増えている自治体ほどどうかが減っているというのが出たんですね。今度アクセプトされたので公表間近です。そんな市町村がやっている調査まで下りて拾っていくと、実はかなりのデータがあって、それが散逸しているので生かされていない。ニーズ調査がなぜそれできたかという、厚生労働省が調査票のひな形を示して、この項目については変えないでくださいと実施の手引で示したんです。一方で、各市町村の経緯があるから、独自のやりたい調査項目はプラスアルファでやってくださいということを明示した。共通の必須項目については、どこの自治体がやった調査も同じ調査票でやっているの、結合が可能になった。それによってもものすごく使えるデータになったというふうに思っています。

健やか親子などでは既にそういう動きありますけれども、健康日本21も第三次に向けて調査をやるときに、この調査項目は動かすなと言うと、コア項目やコア指標として使いたいものについては全国の多くの市町村のデータが揃う。そんな仕掛けをぜひビルトインすべきじゃないのか。同じような調査が、例えば自殺対策にもあるでしょうし、職域でも、ストレスチェックなんかそうなっています。そうやって挙げ出すと多分2桁ぐらいの市町村とか職域でやられている調査はあって、データが散逸しているものがあるのではないかと。それを一種戦略的に集めることを提案して集めることで、より精緻で大規模なデータも得られる。それらの中から私たちがやっておもしろかったのは、隠れたグットプラクティスが見えてくるんですね。今までのグットプラクティスって、ちょっと目立つ保健師さんがしゃべるのが上手だとわっと有名になるんですけども、地味にやっているところが実は結構いいことをやっていたのが、市町村間比較してベンチマークすると浮き上がってくる。そういうところに「何をやってるんですか」と聞くと、「いや普通のことです」と答えるのが、また共通しているんです。その町では普通かもしれないけど世間では普通じゃないですよ。そういうのは外から見にいくと初めてわかるみたいなのがあるの、そうやって手掛かりを引き出すという意味でもすごく有効です。ぜひそういう全国の市町村の共通調査票を各種調査で提案するというのを、今回やるべきだなというふうに思います。

○辻先生 はい、どうぞ、津下先生。

○津下先生 関連してですけれども、今まで健康日本21の策定とか評価という、住民アンケートを外注してやっている自治体が多いようですが、何かアンケートをするのが21なのかなというふうに変に受け止めている自治体がないとも言えないです。そしてその回収率とか収集方法とか、もうそれもばらばらなので、比較できない。1回目の調査では回収率が30%だったので、次は50%までプッシュしてあげましたと。そうすると、無関心層に対して回答を求めるために、2回目のほうがデータが悪くなるという事態になるわけですね。せっかくやっていることが信頼性の低いために、結局は調査方法が違うから比較できませんでしたというレポートになってしまう。この大きな無駄について、整理して示していくというのが非常に重要なことというふうに思いました。既存事業、たとえばストレスチェックとか特定健診の問診とか高齢者の質問票とか、いろんなところでもう既に標準化できているものはそれを集めつつ、足りないところは調査するのはこんな形みたい、方法も含めて標準的なやり方を示していくと集める価値が出てくるのかなというふうに思いました。

もう1点ですけれども、心の話でもあるんですけど、虐待とかいじめとか、非常に大きな問題について、21は何も発信しなくていいのかなと。産後うつの話もあり、子供のことに非常に悩んでいる、その世代間の問題ですね、そういうことについても非常に大きな、子供たちにとって大きな問題になっているし、それは母親の問題とか周りの問題ということがあると思うので、重要な課題を落としていないかもう1回見ていく必要があるのかなと思いました。

○辻先生 ありがとうございます。橋本先生どうぞ。

○橋本先生 市町村等に対する方法面のサポートをもうちょっときちんとやったほうがいいんじゃないか。確かに、調査のガイドラインは以前もあったんですけども、必ずしもわかりやすいとか具体的とかという感じでないという印象を持っています。ぜひもっと整備したほうがいいんじゃないかと思えます。健康寿命関係は研究班が作りましたけれども、私のところにも多くの問い合わせが来ました。これもきちんとしたサポートをしないといけないと思いました。

それから、辻先生のまとめの一番最初が健康寿命延伸プランとの整合性で、そのとおりと思えます。健康寿命延伸プランは、方針についてはとてもいいと思っています。一方で、欠点はアクションプランでない、旗が立ててあるが、そこを詰める部分が少ない。健康日本21の次期プランは、実施するためのアクションプランとしての位置づけをきちんとしてもらったほうがいいと思えます。

厚生労働省以外にも健康寿命関係はいろんなところで目標が設定されていたり議論されていたりします。本来こうやるんだというところをきちんと示して、その面はぜひリードしてもらいたいと思っています。

○辻先生 はい、どうぞ、田淵先生。

○田淵先生 田淵です。今の意見そのままなのですが、アクションプランを策定するのが重要だと思います。たばこ対策を例として挙げますと、アクションプランとしてこれをやってくださいというのが優先順位とセットで世界的なエビデンスからもう決まっているわけです。それなのに、実際は今アクションプランのない目標値だけでしか掲げられてないので、自治体が何となくやれちゃうことを何となくやっちゃうということになってしまう。それはとてももったいないことで、やるべきだとわかっているものを、目標値として入れてもらいたいと思えます。アクションプラン的目標値のようなものを入れて、実際はこうしましょうというものをいろいろ入れていけば、ちゃんとエビデンスに基づいた優先順位の高い政策をちゃんと自治体を実施してくれるようになるというふうに思えますので、仕組みとしてアクションプランを見据えた形式にうまくできたらいいなと思いました。それは、たばこ対策だけじゃなくて他の分野においても、科学的根拠に基づいてわかっていることがいっぱいあるので、それをせっかくわかっているのに全く使わない（提案しない）構造というのはとてももったいない。それをぜひ専門家の意見を集約したような、うまくガイドラインでもいいしアクションプランのガイドでもいいし、何かそういったものをちゃんと出す形にできればいいなと思って、期待します。

○津下先生 アクションプランについてなんですけれども、取り組みはやっているけど、結果は変わらない。これは、取り組みの進捗度が足りないとかカバーできていないからかもしれない。現在は一部分でやっているかもしれないけれど、ちゃんと全体に広がるように運営していくことに目が行くこととか、必要な対象者に広がるようにやれているかどうかというところに目が向くことが大切ですが、そこが欠落している。やってますか、はい、20人参加しましたと。だけど対象者2万人のうちの20人でよいか。

こういうギャップについて優先順位を絞って事業化するなりしてやっていくということになるかと思いません。そのカバー率とか進達度に目が向くような指標の設定というのは必要なこと。COPDの認知度を上げる、もう行政は認知度を上げるための講演会1回やりましたと、この事業やりましたってということになるんですけど、確かにやっていますけど、じゃあ必要な人が来ているのだろうか。こういう行政の講演会に来る人はたばこ吸ってない人が多いとか、そんなアンバランスができていないかもしれない。本当に何のためにこれやるんだということをもう1回整理をして、実効性を上げるということが必要だと思います。

それから、先ほど他省庁との話で、スポーツ庁とは最近非常に縁深くいろいろな仕事をやっているんですけど、スポーツ庁もその運動実施率とか、一緒に被っている目標については一緒に議論していくとか、その動きをとらえたい。食よりも運動の目標値が弱いなという点も気になります。場のことも人材のことも、栄養のほうはあるけれど、運動のほうはそこまでの精緻な指標になっていないですよね。そういう意味でいうと、厚労省とスポーツ庁と一緒に、会議体なども持ってみるので、21の指標についてどうするかという議論はそういうところでも検討してもらってもいいのかなというふうに思います。向こうは指導者の数とか教育カリキュラムとか全部持っていますから、かなりスポーツ庁とつながることというのは運動政策では大きいのかなと思います。

○辻先生 ありがとうございます。近藤先生。

○近藤（尚）先生 評価について、カバレッジに関して、私もすごく同意します。インターベンションカバレッジですね、つまり介入が介入のターゲットのうち何割に届いているかということと、あとそのばらつき。特定の集団が特定のサービスにアクセスできない状況はないかどうかという、アクセス格差の部分を評価していくのが大切かなと思っています。エフェクティブカバレッジもあります。しっかり介入の効果があったか。例えば降圧剤であれば血圧がコントロール域になっている患者の数とか割合とか。しっかりPDCA回していくことに役立つと思っています。

先ほど申し上げた、他省庁との連携についてなんですけど、先ほどの説明だと分かりにくい方もおられたと思いますので少し追加します。例えば自転車レーンの整備の話をしたんですが、先日山梨県のスポーツ関係の団体が県知事に「県を自転車大国にしよう、そうして県民を増やそう」というような陳情を出しました。

これを実現するには、他の分野、省庁でいうと国土交通省になるんですかね、そこと連携することが必要です。他省庁のマターの政策で健康にも資するようなものをうまく選べば、国土交通省の予算で健康づくりできちゃうわけです。これが、省庁ごとのつながり：ソーシャル・キャピタルの力だと思うんですよ。つながりを通じて得られる相手の資源をお互いに活用するという、そういったところをうまく見つけてアプローチしていけるといいのかなと思っています。物理環境としての運動、歩行しやすい環境と、子供への教育これらはエビデンス的にもとても強いものが出ていますので、ぜひ進めていけるといいんじゃないかなと思います。極論すると、他省庁に丸投げしちゃってもいい場合もあるわけです。丸投げで健康づくりができる可能性です。政治家の谷垣さんが自転車事故を起こしたのは残念なニュースでした。私も皇居の周りを自転車で走っていると、とっても危なくて、そうすると自転車で通勤したくないと思ってしまいますよね。自転車が走りやすい交通ルールや環境を国土交通省などに整えてもらえば、身体活動量増加を達成できる可能性があります。健康の観点で、健康日本21として目標に定めて、交通の安全を確保する、という要望ももっとプッシュしていくとよいと思います。

○辻先生 ありがとうございます。今の話って本当に大事ですよ。やっぱり、身体活動を活性化するとなったら、かなり通勤とか通学とか含めて公共交通とか道路環境の中でビルトインしていく必要がありますよね。実は向こうもやりたがっている、一緒に。というところはあるので、少しその辺も意識しながら出していけるといいのかなと。よろしくお願いします。他にありますか。相田先生。

○相田先生 今まで先生方がアクションプランが見えないとか、そういうことをお話しされていましたが、私も同感で、アウトカム指標とプロセス指標がごちゃ混ぜになっていて、さらに健康日本21の目標値の多くはアウトカム指標で、メタボを減らそうとか健康寿命を延ばそうといわれます。都道府県とか市町村はそう言われても、じゃあどうしたらいいんだとなってしまうものが多いように思います。アメリカのヘルシーピープルだとやっぱりインターベンションとか何をすべきかを結構明確に書いているので、このように、アクションプランを独立させていく、これはまず最低限やってくれというのを示しておくべきだと思います。そうじゃないと、例えばここは足立区のいい事例あるよみたいな紹介しても、それは大変だから、まず啓発しましょうみたいなことを見たことがあるような気がしますので、明確に最低限やってほし

いエビデンスがある方法を出しておいて、考えなくてもこれをフォローして市町村がこういうふうにやってくれるのがあるといいなと思います。

○辻先生 では、尾島先生、その後村山先生お願いします。

○尾島先生 今出てない話で、2つあります。1つがマイノリティ・ヘルスについてですが、辻先生言われたように、ピンポイントでいうとちょっと先かなという気がするんですが、一方で例えば認知症になった人たちはマイノリティだと感じていて、スティグマがあって、受援力が実際なかったりしますが、でも実はあまりマイノリティじゃなくてマジョリティだったりするんじゃないかと思います。また、いじめとか虐待もマイノリティだと感じて、社会的支援を受けずに苦しい思いをしています。実は、何らかのマイノリティじゃない人のほうが実はマイノリティであり、多くの人何らかのマイノリティであったりすると思います。そういう受援力とかスティグマという面から、マイノリティについて考えるというのは大事だと思います。

もう1つ、女性の健康についてなんですが、女性の健康を掲げたら男性の健康も掲げたほうがいいと思います。前立腺がん検診があまりエビデンスがないのに多くの自治体で行われていて、なぜかというとな女性の健康をやっているのに男性の健康を何もしないわけにはいかないので、何かしないといけないからという、政治的なやりとりがあって行われることが多いということを聞きました。前立腺がん検診よりも、男性の健康としてはこれをもっとやるべきだとちゃんと打ち出したほうが、変なところに行かなくていいんじゃないかと思います。

○辻先生 ありがとうございます。じゃあ、村山先生お願いします。

○村山先生 村山です。私も2点あって、1点目は、社会環境の整備とそのアウトカムとの関係がなかなか見えにくいという点です。社会環境の指標については、前回の策定でもかなり苦慮したと思います。例えば健康づくりに関連する企業の数等をうまく把握する方法がなくて、結局スマート・ライフ・プロジェクトに登録している企業数が指標として用いられました。それはごく一部だろうということがわかっていたんだけど、仕方なかったという側面があります。ということ考えると、次期はどうやって国全体の例えば企業の状況であるとか民間の状況を捉えられるか、それを国として把握する仕組みをつくるころからやらないと、難しいだろうと考えています。このことは、栄養に関しては、後で午後私のほうからも提案が少しございます。

それから、もう1点は、自治体に対してアクションをどうしたらいいかということ提案すべきだというご意見について、私もそう思うのですが、一方で、国にしかできないこともあって、仕分けが必要ということ。例えば食でいうと食品企業での取組は、国レベルの指標になると思います。そういった意味で、指標の中でも、国がやるべきことと自治体がやるべきことの仕分けが必要だと思います。以上です。

○辻先生 では、橋本先生。

○橋本先生 行政データの利用を中心にし、調査をあまりやらないというのが第二次であったんですが、そう言いつつ行政記録とか行政データがあまり適用できなかった。辻先生のご提案のようにNDBも自治体利用できなければいけないし、そういう部分をもっと前に出していきたい。これまでは整備されてなかったから、行政データが利用できなくて困っていた。ようやく進んできたから、それをもっと前に出していきたいと思います。

それから、認知症はとっても大事な話です。認知症に関してちゃんとした統計とか指標って、全国的にはないんじゃないかと思っています。最初からきちんとは無理かもしれないけれども、少なくとも出していかないと、いい方法がないかと思っていました。介護保険認定が利用できる、完全でないにしても何らかの形で利用できるのであれば積極的にやらないといけないと思います。今のところ、認知症のデータとして国民生活基礎調査の自己申告した人の数とかしかなかって、あとはローカルにあるという程度だから、国として行政データベースでそういうものを出せるという形をつくる必要があると思っています。

○辻先生 ありがとうございます。私もぜひその認知症の数は出せるようにしたいと思ってまして、現状では久山町のデータで将来推計を出したり、今回の認知症対策大綱では「一万人コホート」で認知症の発症と進行の経緯、危険因子を明らかにすると書いていますが、ちょっとそれでは無理かなというふうに思いますので、市町村から要介護認定を受けている認知症の方々の数を全部出していただけるといいかなと思います。

ちょっと、尾島先生、1つだけ質問していいですか。男性の健康というところで、前立腺がん検診では

なく、きちんとやるべきところがあるんじゃないかという話だったんですけど、具体的にどういうところを考えられますか。

○尾島先生 いろんな分野が絡むので、再掲とかがいいかなと思うんですが、そういうことからいうと、男性は要介護になるよりは早く死亡しやすいので、そうすると客観的にいえばたばこ対策とか、循環器疾患対策とか、あとはメンタルヘルスとかだと思います。

○辻先生 そういったところを再掲していくと。なるほど。
津下先生、どうぞ。

○津下先生 厚労省の健康局のほうの会議で、地域職域連携の推進会議やっています、その中で職域、特に中小企業の人の健康支援については、かなり地域保健が踏み込んで一緒にコラボしてやっていこうという話が出ています。特に中小企業の労働者と、それから女性と高齢労働者、この3点については地域職域連携が特に重要視されるのではないかということであったので、地域保健といったときに、職域を別という感覚ではなくて、そこも踏まえた施策の動きも意識してもらえるような指標が望ましいかなというふうに考えます。

○辻先生 とても大事な話で、特に今回の健康寿命延伸プランでは、格差について地域間格差と保険者間格差と2つのことをきちんと書いてくださったので、その視点を強調することができますよね。ありがとうございます。

他にどなたか、よろしいですか。じゃあ、後ろの方どうぞ。お名前を教えてください。

○岡部先生 私、近藤克則先生のもとでやっております、千葉大学大学院の岡部と申します。よろしくお願ひします。

私は、運動器を専門としているんですけども、ちょっと今回の目標というところで、新しく顕在化してきた健康課題というところで、1つその運動器もあるんじゃないかなというご提案です。健康寿命を延ばしましょうという話がよくありますが、健康寿命の要介護の原因の3分の1とか4分の1ぐらいがフレイルであったり、転倒、骨折、関節疾患とかで、健康寿命を延ばしましょうというところは、そこもかなり大きいところなんじゃないかなと思います。

それに対して、どうやったらじゃあそこを対策していけるかというので、フットケアとか足のケアも最近出てきたところで、私下北沢病院という足専門病院で働いているんですが、そういった巻き爪とかのケアも1つあるよなということ。また、どうしても運動器でいくと、整形外科の領域だと思うんですけども、整形外科だけ整形内科がなくて、総合診療の中で、ちょっと整形内科をもっとやっていきたいと思います話も出てきたりして、そういったところ、どうしても整形外科医しかいないので、内科的な治療は世界的にちょっとおろそかになっているんじゃないかなと思います。何かその辺も少し、ちょっと先だと思うんですが、ちょっと視野に入れておいてもらえるとありがたいなと思います。

○辻先生 ありがとうございます。では、山之内先生。

○山之内先生 虐待、いじめとかで出てきたところで、ちょっと全体に関わることだと思うんですけど、イギリスでは孤独です、特に高齢者なんかの健康寿命にも非常に関わるんじゃないかなと思います。自殺率、やっぱり中高年とか上がっていますので、孤独の問題というのはちょっとぜひ着目いただければと思います。

○辻先生 ありがとうございます。予定の時間になりました。今日の会議は何かを取りまとめるというものでなく、皆さんからいろんなご意見を出していただいて、みんなで刺激し合うというのが今日の目的ですので、まとめなしで次に行きたいと思います。だいたい皆さんヒートアップしていますけれども、今日の5時までありますので、少しゆっくりと（笑）。

[第2部]

○辻先生 では、近藤先生お願いします。

○近藤（克）先生 それでは、いただいたお題が「次期健康づくり運動の目玉」「基本的方向性」です。私は辻先生のように中間評価に基づいてではなくて、自分の思いついたことを述べたいと思います。

まず、簡単な振り返りですけども、健康日本21の第一次から第二次というのは、健康格差のことをずっと関心持ってやっていた私からみると、画期的でよくぞ取り入れていただいたと思っています。健康格差の縮小をどうやってやるんだということについて、社会環境の整備というのをに入れていただいて、一

歩前進したなというふうに思います。健康格差は大事だけど、そう簡単には変わらないという声もいっぱいいただいたんですけども、中間評価してみたら縮小が始まっていた。その理由がよくわかんないというのは大問題ですが、健康格差の縮小は可能だと言うことを示したという意味で大きな前進だったと思います。健康格差の縮小とか、人々のつながり、ソーシャル・キャピタルの理念が入ったという点では大きな前進だと思っています。

ただ、その一方で、健康格差というときに地域間格差、あと保険者間格差というのがあるという話でした。日本健康会議のほうとか企業系のほうで、流行りだしたのが事業所間格差のスコアリングレポート等で、あなたは県内の事業所の中で最悪のほうですよと返すと結構反応するそうです。けれども、地域間や事業所間の格差だけでいいんでしょうか。地域間格差を生みだしているさらに背景にあるものと考えたと、社会階層間格差というのが実はあるんだけど、それを言い出すといろいろあって、多分最初は都道府県格差というところから入ったんだろうと思います。けれども、いつまでも社会階層間格差に触れなくていいんだろうかということが1つです。

それから、社会環境と言ったときに、第二次では社会参加とか、あとアクセスのこととかを書いていたのですが、それ以外にもいっぱいあるだろうと。1つがさっき物理的環境と表現された方もいましたけれども、公園とか歩道とかその他もろもろ、交通政策なんかでつくり出されているビルト・エンバイロメント (Built Environment)、建造環境といわれるものです。これはもう国際的には相当認知されているので、次はぜひ入れたほうがいいんじゃないか。あと、ライフコースという言葉、全く同じ言葉が先ほども出ていましたけれども、ライフコースのことも明示してやると有効ではないかと。OECDの報告書の指摘が、ポピュレーション戦略や1次予防をもっと強化しようということだと思しますので、それも重なるなど思いながら伺っていました。

次に、先ほども何人かの方がご指摘されたように、一体どういふことをやるとアウトカムが動くのかということが、ある程度エビデンスや自治体の経験がたまってきたので、そのメカニズムを、ロジックモデルとして、ぜひ次期ではエビデンスがあるものについては示すべきではないかなというふうに思います。

そういう問題意識から挙げますと、もう少し健康の社会的決定要因というのを広く捉えて明示したほうがいいんじゃないのか。例えば、その貧困のこと、孤独とか孤立のこと、あとは教育政策の重要性。未婚とか非正規とか社会不参加、こういうものが不健康な人の背景にあるということがわかってきています。さらにその背景には貧困とか低学歴があるということももうだいぶエビデンスがたまってきたので、そのことを明示して、あとは建造環境についてもエビデンス相当あるので、そういうのも明示する。あと、ライフコースもエビデンスいっぱいあるので明示する。こういういろんな社会経済的環境条件を引くくめて、WHOも「ゼロ次予防」という言葉を使っています。そういうことを明記することで、もっと第三次ではシフトするぞということを知りやすく示せないかなというふうに思っています。

それから、もう1つは目標だけでなく、それを改善するためのプロセス・要因も示した上で、それらのモニタリングのための指標をつくらうというふうにも思います。そうすると、指標が増えてしまうという面がありますが、どれがキーパフォーマンスインジケータで、それを良くするためにはこういう指標をモニタリングする、あるいはアクションを起こして改善していくことが必要ですよと、そういう構造とかロジックとか、辻先生は因果性という言葉を使っていたけれども、それがわかる形で示せば、指標の数が増えたから混乱するのではなくて、むしろ理解が進むポジティブな面があるのではないかなと。その上で、鍵となる指標は今回はここここですよと、めりはりつけて表示したらいいのではないかなと思ひながら伺っていました。

あとは、そういうことを見えるようにするということが、他省庁にも協力してもらい、あるいは市民とかNPOとか企業にも動いてもらい上で大事ではないかなと思います。ちょっとだけ事例をスライドに示しますが、所得階層間でメンタルヘルスなんかすごく格差があるのに、果たして都道府県格差だけでいいのかというような問題意識ですね。あるいは、所得とか教育、高齢者が対象なので50年前の話なんですけれども、明らかに関連しているというのがわかる。そんなのをロジックでつないだ、ロジックモデルをみせて、上流要因からやることが大事なんじゃないかということに関係者に理解してもらい。健診受診率を上げると言っていますけれども、どういう人が受診者、あるいは未受診者なので受診していないかというのを見ると、教育でも、所得でも同じような関係がある。そんなことを「見える化」することで、より根本的には社会的要因に迫らないと、受診率だって上がらないよね。見てみると、共済が一番受

診率高くて、組合健保が次で、その次が協会健保で、一番下が国保で、それらの平均所得を見てみると見事に相関しています。そういう所得などの要因が実は背景にあるので、受診率を上げようというときにだつて、こういう視点大事ですよというのを関係者に知ってもらうことが必要ではないかなと。調べてみると、不健康な人は所得、教育年数、社会階層が低い人に多くて、そういう人ほど未受診者で、その結果保健指導も届かない、そんなことが起きていますよということを「見える化」して関係者の間で共通認識にすることが大事ではないかなと思います。

あと、ビルト・エンバイロメントについては、これ最近パブリッシュされたやつですけども、近くに食料品店が少ないと答えている人たちで、実は認知症リスクが高かったり、死亡率が高かったり、野菜の摂取頻度が少なかったり、そんな関連が出てきている。国内でもこういうエビデンス少しずつ増えてきているので、こういうことを、社会環境の今まではあまり触れられていなかった側面として柱を立てたらどうかと思います。

あと、ライフコースについてはもう何人かの方が言われたので、私もぜひそれを入れるべきだと思います。このスライドは一例で、低出生児、左の群ほど糖尿病リスクが高いことが、WHOのレポート等でも紹介されています。

それから、ヘルスプロモーションについては、健康教育で個人の能力を高めてということ言ってるでしょと誤解している人がいまだに結構多いなと感じる機会があります。もう少し広い意味の環境への改善ということがうたわれているので、そういうこともしっかりとうたっていったらどうかかなと。

「WHOの標準疫学」という本に、「ゼロ次予防」という言葉で、行動を規定する社会経済的な条件、あるいは環境的条件、そちらの対策を強めましょうということがうたわれています。こんな新しい言葉を入れ込むことで、二次と三次は何が違うんですかと言われたら、ゼロ次予防を打ち出したことですよって、対外的にも説明しやすくなるのではないかなと思います。

ロジックモデルの一例をスライドに示します。どういう要因がどういう要因をもたらして、最後この赤いのが重大な死につながるようなアウトカムです。その背景にこういういろんなものが絡んでいますよというのを示す。まずどういうプロセスで問題が生じているか。左手の要因や現象を減らすことが、その次の要因や現象を減らし、それが不健康なアウトカムを減らすことにつながるんじゃないですかと、これらの要因を見える化することが1つ。もう1つは、対策のロジックモデルで、こういうインプットを増やすことでこういういいことが起きて、その結果これが減って、その結果健康指標もよくなるはずですよという対策のほうのロジックモデルもある。この2つは少なくともつくって見せていくようなことが必要ではないかなと。これらを見せた上で、オープンデータで公表されているデータでいうと、例えば失業率なんかはあるので、それはモニタリングしましょうとか。でもこういうデータはないからこれは新しく調査しましょうとか、先ほど発言したように市町村がやっている〇〇調査のデータをプールしてモニタリングするようにしましょうとか、そんなことを可能な範囲でやると、二次と三次でロジックモデルの「見える化」が違うんだなというのがわかりやすいんじゃないかなと思います。

見える化の一例で、この前の「厚生指標」に出たばかりのデータです。点1つが1保険者、縦軸がその保険者の要介護認定率、見てみると11%~24%まで実は2倍以上保険者間格差があるんですね。その要因は何だというので、いろいろ探っていくと、ここに書いてあるいろんなことを調整しても、スポーツの会に参加している高齢者が4割いるようなところは認定率低くて、1~2割しかいないところは認定率高いとか、趣味の会でも関連があったり、さらに見ていくと、自殺率とも関係しているなんていうのも出てきた。ロジックモデルを示しつつ、データでもわかりやすいのをいくつか見せると、だったらやっぱり社会参加を促すことは大事なんですねということが、関係者の間で共有しやすくなるのではないかなということです。

先ほども示したスライドです。第1に、健康の社会的決定要因を少し広げて、地域間格差、保険者間格差だけでなく、社会階層間格差を明示できないか。第2に、ビルト・エンバイロメント、ライフコース、こういうことも明示できないか。第3に、「ゼロ次予防」を打ち出したらどうだろうか。第4に、数値目標をロジックモデルで示すことができないだろうか。第5に、それらをわかりやすく「見える化」することが運動を進める上で大事ではないか。以上です。

○辻先生 どうもありがとうございました。

それでは、また皆さんでご議論していただきたいと思いますが、班員の先生だけでなく、後ろに座っている若い方々もぜひ活発にご発言いただきたいと思います。では、津下先生から。

○津下先生 格差の話って、どういうふうメッセージを発信していくのかというのは難しい課題と思います。過去の教育歴とか、もう今となっては変えられないこともあって、だから所得が低い地域などでは、保健師さんも諦めムードがあって、現実的に健康状態はよくないと。片や、前向きで活発に動いている地域もある。ある程度の年齢になって、じゃあ過去を変えなさいということはできないわけですから、前向きのメッセージでどう出していくのか。それから、本人、国民に対して発信していくことと、行政とかその支える側に対して発信するメッセージをやっぱりちゃんと区別していかねばならない。健康づくりの事業で給料上げることにはできないわけですから、じゃあそういうところがハイリスクだという認識のもと保健事業を組み立てる必要があるというメッセージを、ちゃんと自治体等が受け止められるかどうかということも考慮する必要があります。非常に貴重な研究なので、そこの発信の仕方を間違えてまたスティグマを生まないかという心配があります。

認知症の予防とか糖尿病の予防、の裏返しで、糖尿病になった人はだらしのない人だという決めつけとか、認知症の家族の会も認知症の予防という言葉にもものすごく反対していますね。予防しなかっただめな人というふうにはレッテルを貼られているんじゃないか。そうではなくて、認知症になっても今やれることがあるから、今やれることを前向きに考えるという、健康日本21をどう前向きなメッセージとして受け止めてもらえるのか。自ら予防に対して動く人たちは自ら動いてもらって、そういう自ら動けない人たちに対して、より目を配っていくとか、そういう仕組みが必要だという、その解釈と対策へのつなぎ方を丁寧にしていく必要があるのかなど。だって、所得上げるわけにいかないしねと、保健師さんたちが、じゃあどうい対策あるんでしょうみたいなことで、そこで止まってしまったりとか、保健師さんたちも、まああその地区はしょうがないからねと諦めているということも、実はないわけではないんですね。

○辻先生 ありがとうございます。他にどなたか。では相田先生、その後、近藤尚己先生。

○相田先生 今の津下先生のお話、非常に大事なことだと思います。小さい例ですけど、歯科保健分野では、学校でフッ化物でうがいをすると、地域の健康格差が減るといわれています。しかし今世の中にフッ化物が入った歯磨き粉が普及して、もう9割以上の製品に入っているんで、学校でやっても意味ないんじゃないかという批判があり、それでやれないという声が行政や学校で出ることがあります。しかし事実としてうがいの効果が上がっているというのがあるんですけど、それはやっぱり貧困家庭で歯磨き粉が買えないような子供たちが、学校に行くだけで同じようなベネフィットを受けることで、悪い地域ほどベネフィットが多くて格差が減ります。ですから、だからこういう施策を進めるときに、貧しい人たちにだけやるわけじゃなくて、いい子たちにもちょっとは効果があり全員に実施する方向で進める、そうした施策が広がるかというのかなと思いました。

○近藤（尚）先生 津下先生の問題意識のご発言に追加します。私も格差対策とか健康づくりの施策全般に関して、社会とのコミュニケーションの仕方で迷います。認知症の予防と共生という言葉の順番の話であったり、あと介護予防について特定高齢者という言葉に対する批判があったりとか、これまでもいろいろありました。生活習慣病という言葉ももう変えたほうがいいのかという意見もあったりします。

どうしたらいいのかというのは、すごく難しいところなんですけど、1つその根底にある考え方として、ヘルスプロモーションは大切だと思います。先ほど克則先生からありましたように、ヘルスプロモーションの主語は「社会が」なんですよね。1人1人が元気になるために社会がどう支援できるかというたてつけで説明されているんですけども、日本に輸入されたときに、国民1人1人がどう自分の健康を守るかというように主語が変わっちゃったんじゃないのかなというのが僕の解釈です。プライマリーヘルスケアの考え方も同じです。自分たちの健康は自分たちで守ろうという言葉で説明されることが多いのですが、それは各コミュニティで協力し合って、みんなで守りましょうということであって、国民1人1人が自分で守れというふうには、何か自己責任論的には言っていないはずなんです。しかし、そこもやっぱり1人1人がやるべきことということに解釈されちゃったのかなと思います。健康日本21の最初の10年のときの設立趣意書に、「国民1人1人が正しい知識を持ち、自ら自覚し、自らの意思で生活習慣、行動変容を遂げなければ効果を上げることはできない。こうした個人の力とあわせて、社会全体としても個人の主体的な健康づくりを支援していくことが重要である」というふうには、国民の責務、社会の支援という2つのポイントを説明しています。しかし、この枠組みは見直してみるのもいいんじゃないかなというふうに思っています。日本ではパブリックという言葉は「お上」みたいに解釈されています。本来はパブリックとか社会っていうのは「個」と集団、その制度を包含して説明する言葉のはずなんですけど、社会がやるべきこと、という、行政が責任もってやることで、住民は関係ない、というふうには責任転嫁が起きちゃ

うので、そこはちょっとまい言葉を探していく必要があるんだろうなとは思いますが。個と社会とが共同して取り組んでいくということですね。それでいわゆる共生社会をつくるために、やっぱり健康づくりというのは必須の条件であるというふうな、健康日本21の最終評価でこうあるべき型からこうありたい型に変えるという議論がありました。あの辺の議論もうちょっと明確な言葉として次のプランでは打ち出していけるといいんじゃないのかなというふうに思います。

○辻先生 はい、田淵先生。

○田淵先生 田淵です。これまで地域格差というところが主だったので、それを健康の社会的決定要因全般に広げていければと思います。健康の社会的決定要因については世界的な一定程度のコンセンサスがあり、そういう項目のリストもあるわけですね。項目として足すということもあれば、何かアクションプランの中の1項目として入れてくださいという話にするとか、ガイドラインの中で取り上げるとか、いろんな戦略があると思うので、いずれかの戦略でうまく言及するようにしてもらおう。健康寿命延伸プランでも、地域だけでなく保険者間という言葉がありました。この保険者間という言葉は、組織の保険者間というふうにも取れるんですが、個人要因としても取れるわけなんですよね。都道府県間比較は各都道府県に住んでいる人の比較になりますが、保険者も同様にできます。保険者分類は所得ともリンクしているし学歴ともリンクしているし、いろいろな健康の社会的決定要因にリンクしているわけです。そういった観点から、僕も保険者別の喫煙率やがん検診受診率を出すなど、そういう研究を今までやってきていますが、その話もわかっていることなので、保険者間ということはこういうことなんですよと持っていかたいんじゃないかと思っています。

○辻先生 ありがとうございます。保険者間の話なんですけど、健康スコアリングレポートのワーキングの座長も私やっているんですけど、現時点でのレポートは、例えば総合健保では全体の結果しか出ないんですけれども、2年後をめどに各会社ごとにデータを出して、その頃には国保も加わるということで、健保はもともと健康スコアリングの体制ができていますけれども、2年後になるとほぼ全ての保険者の状況が個別に分かるようになりますので、そこをうまく、ですから健康スコアリングレポートを健康日本と絡ませていくのが大事ですね。そこでいろんな格差を見える化して、減らしていくというのは大事だと思っています。

もう1つ違う話で、皆さんのご意見伺いたいですけれども、生活習慣病という言葉についてですが、実はこの話は、健康日本21（第二次）の推進専門委員会でも、たしか近藤克則先生が提起されましたよね、生活習慣病という言葉でいいんでしょうかみたいな。この言葉に関する経緯としては、最初は成人病と呼ばれていたのが、それでは年をとったら病気になるのはしょうがないみたいな感じが良くないから、生活習慣から来るので生活習慣病にしようというところが始まりだったわけですね。公衆衛生審議会の具申があって、その後から健康日本21が始まってきたという経緯があるんですけれども、この20年でわかってきたのは、個人の生活習慣は自分で決められるものだけではないだろう、むしろ社会環境などによる影響がすごく大きいだろうということでした。そこで生活習慣病という言葉でいいんでしょうかという議論が推進専門委員会でも出て、たしか近藤先生が問題提起されて、日医の羽鳥理事も、それは良く理解できるみたいな話をされたと思います。ちょっと何かその辺で、生活習慣病という言葉で良いかどうか、あるいは変えるとすればどういふのがあるかということについて、皆さんからざっくばらんなご意見いただけませんか。近藤先生、何かありますか。

○近藤（克）先生 論文という形で明示的に主張されているのは、日本福祉大学の二木立先生です。生活習慣病っていうと、生活習慣が原因だというふうにみんなが受け止めちゃう。それだけではないということは、実は生活習慣病という名前を使いましょうと、論議した審議会の報告書には書いてあった。遺伝要因、外部環境要因など個人の責任に帰することのできない複数の要因が関与している、そのことに留意してというただし書きがあったんですけども、だんだんそういうただし書きが落ちていっちゃって、自己責任でしょというふうになってしまった。それで、ちゃんとほかの要因もあるということを誤解なく伝えるように名称を変えるべきだというふうに論文を書かれています。対案は何なんだと言われたら、現時点では・・・という断わり付きだったと思いますが、せめて「等」あるいは「関連」をつける。そうすると生活習慣だけではないということだけでも伝わるんじゃないかというようなことが書いてあったように記憶しています。

生活習慣は病気の一步手前、ロジックモデルを書くと一步手前が生活習慣で、そのさらに一步手前にリテラシーの問題があったり、その上流要因に社会環境だったりなんだらかんだりというので、これら全部

を書き出すと妙に長い名前になっちゃう。でも少なくともそういう論議があるとか、そういうことを考慮に入れることは今回の、研究班の報告書が健康日本21（第三次）かで、ぜひ入れるべきだと思います。そういう意味もあってポピュレーション・アプローチの強化とか、あるいはゼロ次予防という社会環境を変えるアプローチが実は大事なんですよ、大元を変えるという意味でもゼロ次予防という言葉は入れるといいんじゃないかと思って発言しました。

○辻先生 ありがとうございます。他にどなたかいらっしゃいますか。近藤尚己先生。

○近藤（尚）先生 ぜひたくさん意見を出して、皆で選んでいけるといいなと思います。国際的には、life style diseaseという言葉は敬遠されていて、論文のなかでこの言葉を使うと査読で指摘されることがあって、やっぱり良くないんだろうなとは思っています。Chronic disease とか non-communicable disease とかで表現されていますね。とはいえ、がんも実は communicable なので、微妙だなと思いつつ。COPDみたいにNCDというふうにしちゃうという手もあるんですけど、COPDがいまだあまり普及していないことを考えると、NCDも微妙だなと思って。例えば、ちょっと長くなっちゃうんですけど、生活習慣・社会環境関連病とか、全部盛っちゃうみたいなこともあるかもしれない。

○津下先生 英語だとライフスタイル related 入れますかね。なので、生活習慣関連病みたいになるんですけど。生活習慣病ということで、生活習慣に対して個人の意識が向くことは重要なメッセージだと思います。ただ、生活習慣といっても本人が決めることだけではなく、環境とか働き方とか家族のこととか、いろんなことが、個人の生活習慣のバックグラウンドにある。本人の意思だけで生活習慣が決まるのではないということを意識することが大切だと思います。疾病にある生活習慣が関連しているのはエビデンスなので、それはきちんと発信するけれど、そこに習慣は個人のせいだけではないというところのメッセージをどうきちんと出していくか。その中に変えられる要素がいろいろあるし、健康スコアリングも、やはり宛先が事業主だということが大事で、社長がその社員に対してどういう環境を提供しようかとか、考えてもらう。その社長向けであるということがすごく大事なやり方で、そこは環境を変え、そして個人の行動変容を促すことにつながる。ご本人が意識しなくても生活習慣に良くなるように社長が意識をするという、まさに環境アプローチなのかなというふうに思います。生活習慣を規定するものがいろいろあるということをおさえつつ、せつかく定着している言葉をどうするかというのは難しいように思います。

○田淵先生 尚己先生の案に1票を投じます。長いんですけど、生活習慣病から生活習慣・社会環境関連病となるわけでしょう。（「略して生活習慣病になっちゃう」の声あり）略されそうですね。でも、元のがあると、それをみんなでちゃんと使う機会は増えそうな気がする。

○近藤（尚）先生 短くして環境生活関連病とか。環境・生活。あと予防可能疾患とか。

○辻先生 ああ、予防可能疾患ね。

○近藤（尚）先生 予防可能となると何でもありますが。とりあえずそういうアイデアをいっぱいいろいろ出して。

○辻先生 そうすることも考えていきましょう。じゃあまた別のご意見は。はい、相田先生。

○相田先生 予防可能疾患だと、何か予防できないというさっきのスティグマの話になってしまって、結局自己責任だって言われてしまいそうな気がする。社会生活習慣関連病に1票というか、ちょっと短くしたので。

○辻先生 では、橋本先生。

○橋本先生 健康日本21、次期の概念図をどう描くつもりかということだと思えます。さっきのお話のように、ゼロ次予防的な意味で社会環境があって、そして生活習慣があって、その次に疾患があるのであれば、疾患の名前として生活習慣病と言わざるを得ない気がする。もちろん関連を付けるかどうかという話はあります。概念図をどうつくるかということで疾患名を決めざるを得ないんじゃないかと思います。

○辻先生 ありがとうございます。この話がなかなか難しいことだということがよく分かりましたので、この議論はこれくらいで。他のことのご意見ございますか。はい、どうぞ。まずお名前から。

○赤松先生 お茶の水女子大学の赤松と申します。村山先生のもとで今回栄養・食生活として参加させていただいております。いろいろな先生方のお話を聞いて、大変勉強になっております。

ポピュレーション・アプローチのことを、これからもっと推進していくべきだということなんですけれども、少し気になっているのが、行政の方たちはポピュレーション・アプローチというと、多くの人に何か働きかけるのは全てポピュレーション・アプローチとって呼んでいることです。情報を例えばインターネット、ウェブサイトで情報提供したり、リーフレットで情報提供するのと、環境にも直接働きかける

のはちょっとやっぱり違うのではないかと思っています。例えば、女性の肥満はだいぶ下がってきているんですけど、男性はまだ全然下がっていないというところを見ると、女性はそういったものに反応しやすいので、自分たちで行動変容を起こすようですが、男性は情報的なアプローチというよりも、もっとナッジ的なものに効くのではないかなと思いますので、今回ナッジという言葉出てきていますので、ナッジをもう少し入れたポピュレーション・アプローチというの、行政の方たちにさせていただく必要があるのではないかなと思っています。

続けていいですか。辻先生が最初お話しされた社会環境の定義について、栄養・食生活のほうでも確かにそうだなというのを、始まる前にちょっと村山先生たちとお話していました。例えばいわゆるヘルシーレストランという取り組みが全国で広まっているわけなんですけれども、その基準が各地域でまちまちであって、例えば足立のこのプロジェクトに関しても、野菜だけしか見てなくて、野菜だけだと例えば食塩が達していなかったり、あと、その基準についてちょっと私たちも把握しきれていないので、調べる必要があるのではないかなというふうに感じています。

もう1つは、それが、先ほども必要としている対象者にリーチしているかということ是非常に大切で、例えばそのメニューが出たとしても、それがちゃんと売れているかどうか、食べられているかどうかというのもモニタリングする必要があると思っています。

もう1つ、尚己先生がおっしゃっていた省庁をまたがってというお話なんですけれども、栄養・食生活でも私が今ちょっと気になっているのは、子供の数が減ってきていて、各地域にある給食センターが例えば1,000つくっていたのが今500ぐらいしかつくっていないなど、社会資源を無駄にしていることが気になっています。例えばそれを高齢者に提供する食として使うとか、もう少し厚労省系と文科省系が連携し合ってやる取り組みをもっとできるのではないかなと感じております。以上です。

○辻先生 ありがとうございます。他にどなたか。はい、津下先生。

○津下先生 高齢者の対策に戻りますけれども、現在も高齢者に関してさまざまな指標が立っていますけれども、この間随分いろんな制度も整理されてきたので、指標の再整理が必要なのかなというのは思っています。

認知症についてもこれまでは基本チェックリストの把握率だけにとどまっていた。先ほどの話にもありましたように、今はどういうデータが市町村で取れて、市町村の保健事業につなぐということが可能なのか、市町村の中で、例えば介護予防、保健事業の一体実施の中で介護保険のデータと医療保険のデータと健診それから質問票のデータ、一体的に集める仕組みが来年度からスタートするわけなんですけれども、そういうデータを活用しつつ、対策につなげていくことが必要です。介護と医療、病気の関係とか、さまざまな高齢者の問題を、それもお金をかけるということではなく、どう地域で支え合っていくのかということについて、ちょっと指標が、10年前の指標とは世の中だいぶ変わってきて、今後の方向性を見ながら組み立てていくことが必要かなと。

それから、あとでちょっと私のときに資料出すんですけど、がんの死亡率とか循環器死亡率、75歳未満になっていると思います。女性は心不全とか、死亡年齢は75歳以上になってきています。75歳以上の死亡率はほぼ、まあかなり下がってきている。なので、非常に大きいそのがんとか循環器の指標が、75歳以上のことを何も見ていないかとか、そこに山の2つの山の区切れがあるわけじゃなくて、連続的になっているわけなので、その高齢者の、特にその75歳未満のがん死亡率とか、じゃあ75歳以上はがん検診やらなくていいのかとか、そういうことにもなってくる。その高齢者について、健康課題から要介護の理由なども含めて精緻化したほうがいいのかというふうに思っています。

○辻先生 健康日本では、75歳未満の死亡率と言っているのはがんだけですよね、たしか。

○津下先生 循環疾患は。

○辻先生 循環器は全年齢が入っていたんじゃないかな。

○津下先生 心疾患は、女性の心不全が今すごく増えていますか。今老衰が増えているんですね。老衰が増えると、その他の原因の死亡が減る。老衰の数がどれだけ出ているかというのを加味しないと、老衰で死亡と診断書が出されて、循環器とかそういうのは見かけ減ります。そういう影響があります。欧米の死亡だとアルツハイマー型認知症というのは死亡の第3位ぐらいになってきていて、そういう意味では認知症は死ぬ病気ですという概念が広がってきたときに、死亡原因なども変わってくるので、これは死亡診断書ともつながっている話なので、ここだけで動けないとは思いますが、一番のかたいアウトカムをどうするのかということも検討必要なのかなと思います。

○辻先生 はい、橋本先生。

○橋本先生 今、津下先生が高齢者の話をされたので、つい言いたくなりました。長寿社会を実現して、健康寿命という方向で、そういうためのプランをつくっている。その割に、年齢階級は85歳でおしまいになっている。死亡者の半分は85歳以上だから、その後の部分が長いわけです。全ての指標が85歳では良くない。すぐにできるかどうかはともかくとして、少なくとも95歳まで、少なくとも90歳までとか、そういう形のメッセージは示していくべきだと思います。総務省に意見書を出してもなかなか90歳以上の推計人口を出してくれない、都道府県別は。適切でないと思うんです。85歳になったのも何年前ですから。

○津下先生 いいですか。この前、高齢者の保健事業の一体的な実施の基礎データを取るために、国民生活基礎調査と健康栄養調査を5歳刻みで100歳以上まで、特別集計で出しました。75歳以上が丸められている統計も結構多いのですが、その人口が多いのにその状態がわからないというのが大きな問題など。現在90歳以上の男性は、もともとたばこ吸わなかった人が多いという衝撃的な事実です。（「それ絶対オープンにしてほしいですね」の声あり）。厚労省のホームページでオープンになっているんですけど、90歳以上でもともと吸っていた人が少ない。喫煙者は途中でなくなっている方や、調査には出られない人が多いということですね。

○田淵先生 そういことです。データのとおりですけどね。

○津下先生 最初は途中で止めた人が多いのかなと思っていたら、もともと吸っていないに丸つけている人が多いというのが衝撃的なデータで、だからそういう意味では高齢者のデータもちゃんと出してほしいなというのはありました。

○田淵先生 とはいえ、75歳以上に言及できない理由はあるって、要するにエビデンスがないわけです。そういう意味でいうと、高齢者の健康という項目において研究しましょうとか、そういったものを出しつつ、年齢層は橋本先生が言われたように、研究できるための要因を揃えていかないといけないし、あとはそもそもエビデンスの捉え方の問題があるんです。今回もまとめる上で、どれだけのエビデンスがあるのかという評価をしないといけないと思いますが、例えば、タバコ研究では研究がたくさんあり、高齢者でも結構データがあつたりするんですが、分野によっては全くなかったりします。そのときに、日本だけのデータにこだわりすぎると、日本ではエビデンスがないとかって言っちゃうわけです。それは僕はすごく疑問に思っていて、世界的にわかっているようなことで、確かに日本に当てはめられないような場合もあるんですが、世界でわかっていることを日本の実態に即して当てはめていくという取り入れ方をすることによって、高齢者にしてもそうだし、他のエビデンスのない領域についても、より深みのあるものができるんじゃないかと思っています。

○辻先生 ありがとうございます。そういったことも含めて、研究班としてデータのあり方についてもきちっと提言した方がいいですよ。ありがとうございます。村山先生、手を挙げましたか。その後、尾島先生。

○村山先生 最初の近藤克則先生ご提案の中で、やはり社会階層間の格差について取り上げるべきということには賛成です。あと、ライフコースについても賛成です。ただ、津下先生が最初におっしゃった点は、私も非常に気にかかっている、私も現場で健康格差の話をする、そこに対して何ができるのか言ってくれていうふうに言われることがあります。そういった中で、現在の学歴であつたり、経済状態であつたりが不利な人たちへのアプローチと、それから将来そういう格差を生まないために健康からどう発信できるかと、分けて考える必要があると思っています。

前者の、現在の格差については、健康づくりの面からアプローチできることがあって、それはフッ素での健康格差対策の事例同様に、栄養でも学校給食が食の格差を縮小することを私たちの研究では示しています。そういったエビデンスは10年前にはあまりなくて、この間に出てきたものがありますので、次期に向けてそういった現在の格差を縮小するような対策あるいはアプローチのエビデンスを、横断的に整理し見える化する、そのことによってその対策を強化するということもあり得ると思います。というのは、学校給食は今非常に整備されていて、国も実施状況を把握していて、学校で栄養士さんこのくらいいますとか、こういうどのくらい提供していますということをモニタリングしています。また給食の提供基準も決まっています。しかし、保育所においては全くそういうことが基準もなく、そして厚労省が実施状況の把握もしていません。午後提案しようと思っていたことの1つに、厚労省が保育所給食をしっかりモニタリングしていくという体制をつくる、それはこれまで出てきた格差縮小のエビデンスからできることと思

っています。

2点目のその将来の格差を縮めるということに対して、どう私たちがアプローチできるかですが、例えば、健康格差の背景となる経済や所得、労働を取り扱うような部局、あるいは教育を扱うような部局に、健康部局から経済格差の影響がこれくらいあるということを発信できるのではないかと考えています。

それから、ライフコースについては、先日、WHOからessential nutrition actionsというレポートが出て、そのレポートの中でも取り上げられています。今日近藤先生が出されたライフコースの考え方の図は、非常に参考になると思いました。

○辻先生 では、尾島先生どうぞ。

○尾島先生 今までの話と違うんですが、総論的なことになるんですが、1つは1次予防、2次予防、3次予防といったときに、今まで2次予防、個別予防という話だったのですが、3次予防がこれから認知症とかなんかで大事になってくるだろうなど。もう治すことは難しい病気になったけど、健康で社会生活をしっかりやっていくという、3次予防をもっと打ち出してもいいのかなと。

もう1つは、国際的に見て日本の健康指標ってほとんどいいんですけど、とっても悪いのが主観的健康感だと思うんですね。自己効力感とか、あと頑張らない社会とか、そういうようなメンタリティを持ってもいいんじゃないとか。そういう主観的健康感を向上させるというのは、1つあってもいいんじゃないかなと思いました。

○辻先生 では、これで多分最後になるとは思いますけど、尚己先生、午前中で退席されるということで、好きなだけしゃべってください。

○近藤（尚）先生 先ほど赤松先生がおっしゃったポピュレーション・アプローチについては、私も明確に分ける必要があるなと思っていて、2年、3年前に書いた拙著の中では、知識の啓発型のポピュレーション・アプローチと、環境改善型のポピュレーション・アプローチと分類して、それぞれ健康格差への影響がまるで違うという事を紹介しています。FrohlichとPotvinが、知識啓発型だけだと格差を広げる可能性があるということを批判し、それに対して彼らは、vulnerable population approach つまり社会的なリスクのある集団に特化したポピュレーション・アプローチを追加でやる必要があるとしています。他にもマイケル・マーモットは傾斜をかけたポピュレーション・アプローチを提唱しています。社会的に不利な人に、その不利な度合いに応じて投資量を変えましょうというものです。このようにいろいろポピュレーション・アプローチもだいたい格差というレンズを通して分類が進んできていますので、その辺の理論的背景も踏まえたプランを立てていくのは有効なんじゃないかなと思います。こちら、今度雑誌「医学のあゆみ」の健康日本21（第二次）の特集がありますが、その中でちょっとその辺の話を書かせていただきました。

ナッジの取り組みというのも、すごく大事ななとは思いますが、結構経済関係の方々の中でも議論があって、どこまでがナッジなのかとか、あとは倫理の話があって、結局個人をだまし討ちするようなサブリミナル効果的な話になり得るんですね。Thalerとかは、ナッジというのは環境、チョイスアーキテクチャーなので、環境を変えることで本人の選択の幅はキープしつつ、よりよい方向を選んでもらえるように環境整備するという環境整備のところが、環境整備することが何というか目的語になっていますので、何かそこのところをはき違えて、何かだまし討ちしていっちゃえというメッセージになっちゃうのがちょっと怖いというふうに思っていて、やっぱり公衆衛生の立場では、そこは結構明確に位置づけておいたほうがいいんだろうなと思います。特に、その行政が何かやるときに、事前にこれやりますよということを伝えずに、何か施策を打ちちゃうと、サブリミナル効果と一緒にだまし討ちになっちゃうと、これは完全な倫理違反になるということで、学会でも事前に言わないといけないなということはあるようです。そういうところは注意した上で、つまり人はどうやったらどう行動するのかという理解の上に環境を整備したり、そのための他部署連携をしていくというのが大事なかなと思っています。

具体的なアクションプランを明確にしていくことが大切かなと思っています。先ほど村山先生おっしゃったように、行政の方が、じゃあどうしたらいいのというお話には応えられるもの、例えば最近の話でいうと、福祉事務所との連携で生活保護受給者の健康管理支援をしましょうということが出てきていますので、そういうふうなvulnerable population approachの具体例を出して、これをやりましょうというようなアクションプランを提示するということがあるのかなと思います。ちなみに、足立区のベジタベのキャンペーン評価の論文、この間アクセプトされまして、ようやくですけど、International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity だったかな、介入研究の結果なんかをいろいろ出してい

る雑誌で、9月12日に発表される予定ですので、使ってください。明日9時に報道規制が切れるということですので。

あと、健康観についても私もそう思っていて、これから人生会議の話とか、ああいう「生きるってなんだろう」という価値観に関する議論が進んでくると、もしかしたら主観的健康度が上がって、主観的健康度による健康寿命も上がるんじゃないか、そんな楽観もしているところです。以上です。

○辻先生 じゃあ津下先生。

○津下先生 いいですか。先生方にお世話になった公衆衛生学会のあのポピュレーション・アプローチに関する論文、アクセプトが今届きましたので、今の先生お話もご紹介になっていることです。

それから、先ほどの話もありましたけれども、健康寿命の延伸、健康寿命じゃない人たちは、このアクションの対象にならないのか。リハビリテーションとか、それから今両立支援で、企業で疾患を持った人たちが働けるようにしようと、排除ではなく両立支援という考え方で、何度でも転んでも何度でも起きあがればいいというメッセージを出せないかなというふうに思いますし、高齢者のほうが自己効力感、主観的健康感が高い人が多いような気もしています。それは通いの場とか来る人は元気いっぱいに来られる層もいるということで、どういうその周りが働きかけをするのかということや、ある程度できないことがあってもポジティブな面を見られるとか、健康感をどういうふうに醸成していくのかということも重要な課題なのかなというふうに思いました。

○辻先生 ありがとうございます。私も、津下先生が今おっしゃったことに賛成です。尾島先生がおっしゃった3次予防も含めて、その辺の健康感というのがすごく大事なことだと思います。特に、これから人生100年時代といったときに、100歳までピンピン暮らすとは誰も思っていないわけで、いろいろと心身が弱った中でも何か折り合いを付けて生きていく、生きがいを持っていくという、その姿をつくらなきゃいけないですね。そして、今の健康寿命の考え方で日常生活に制限があるというのは、外出できないことも含みますが、それは本人の健康や機能レベルだけでなく、バリアフリー環境があるか無いかでだいぶ変わってくるでしょう。健康日本21には社会生活を営む機能についても含まれていますが、それはやっぱり本人だけじゃなくて社会全体が変わっていけば、その機能というか実践できることが変わっていきますので、そういったことも考えなきゃいけないなと思って聞いておりました。どうもありがとうございます。

ちょうど12時になりましたので、これでセッションIは終了といたします。どうもありがとうございました。

セッションII：目標指標を設定する際の視点

[第1部]

○辻先生 それでは、1時になりましたので、セッションIIを始めたいと思います。

セッションIIは、目標指標を設定する際の視点ということで、津下先生と岡村先生から話題提供いただきます。では、第1部で、津下先生お願いします。

○津下先生 どうぞよろしくお願いいたします。

目標指標を設定する際の視点というテーマを頂きましたので、項目数のこととか、項目間の相互関係などについて話題提供します。それから私は国レベルだけでなく、都道府県、市町村でも測定・評価できる指標を検討すること、このあたりが宿題として出たのかなというふうに思っています。

まず、健康日本21の指標がどういう役割を果たしているのか、どういう構造になっているのか、どういう調査を第二次では使ってきたのかということ振り返り、そして私は糖尿病分野で、岡村先生は循環器ということの割り振りの中で、糖尿病分野を中心とした指標の構造がどうなっているのか、を提示します。また対策との関連や現行指標の課題ということで、先ほどのセッションでも随分出てきたことではありますが、順番にお話ししたいと思います。

健康日本21の目標を考えると、健康日本21はそもそも「国民健康づくり運動」であることをおさえる必要があります。健康づくり運動を推進するためにこのような指標を立てるんだという大きな目的が掲げられています。ということで、国民に対するわかりやすいメッセージや、それからリスクだけではな

く改善方法や改善可能性を示すということが大切です。国が指標を出すことによって、国民がやる気になる、につながるということが大事なんですけれど、なかなかこの国からのメッセージだけでは到達しにくいということで、関係団体がどう動いていくかということが大事かなというふうに思います。国民に身近な関係団体としては、自治体、それから職域が単独で、それから地域・職域連携でもって関わったり、それから保険者がいろいろな事業をやっておりますし、学会、医師会も予防に力を入れようというような動きがあります。重症化予防ではかなり一緒に動いているというような事実があります。

また、スマート・ライフプロジェクトとか日本健康会議などで、民間を含めた自主的な取り組みや環境づくりが多く進められているということで、こういうところを動かしていくのが非常に重要なのかなというふうに思っています。

ということで、国民向けのメッセージだけでなく、関係団体の保健事業の企画と評価に連動した指標とか、実施主体自体がこの指標は自分たちのこの事業に関係しているんだねということを意識できるような指標の打ち出しというのが重要ではないかなというふうに思っています。

それから、さっき議論にあった生活習慣病ということが大きく取り上げられていますけれども、社会の状況やそれからリスクの保有、そしてこういうような指標も取られています。調査としては国民生活基礎調査などの国の調査、それから中には研究班による特別調査とか、何かこれのために特別集めましたみたいなデータも入っていたりしています。また、NDB、それから実態調査の部分で指標が取られているところというのはまだまだ少ないというふうに思っています。

健康日本21の目標値、53項目なんですけれども、それぞれに何項目あるかなというのを数えていくと、ここが2でここが12、12で、ここがさっき話しましたけれども、子供と高齢者とメンタルが突っ込まれて12項目ということ。それから、個人に対して生活習慣の改善を促す、ここに対して22項目が充てられています。これをどういうふうに組み立てていくのか、全体的な構造というのが非常に重要なかなというふうに思っています。

現在の21で使われている調査や指標について、うちの職員が頑張って数えてくれまして、21の項目で人口動態調査から何項目とか、こういうようなリストが、お手元の資料にA3で表裏になっております。たくさん使われている国民健康・栄養調査なんですけれども、20項目ぐらい使われていますよね。客体数も少ないし、回収率が44.4%にとどまります。その中で性・年齢別に見ていくとなると客体数が少なく、かなりばらつきが出やすいデータかなというふうに思っております。特に20代のデータとか、信頼度が低い傾向があるというふうに思います。

特定健診のNDBですが受診率は53%を超えたところです。現在の指標としては、HbA1cの高値の人の割合ということでNDBは1カ所使われておりますけれども、さらに今後はたくさん使われていく可能性があるのかなというふうに思います。あとは、省庁からの集めたデータとか、インターネット調査とか学会のインターネット調査などの項目もありまして、ちょっと不安定で信頼度が気になるデータもあるのかなと。インターネット回答者のデータから組み立てられているものもあるということで、対策をするならきちんと構造を作っていかなきゃいけないんだろうと思います。

これは、縦に並べた疾患は、死亡とか健康障害を起こしやすい病気という病態を並べまして、横軸には認知度、リスクの保有状態、それから医療、治療している患者さんの状態、介護、死亡、それから対策について、表にしたものです。この黄色で示したところが、その21の第二次の指標で取り込まれているところです。例えば国民健康・栄養調査でもって、このリスクの状態を見ていっているのがこのあたりです。がんだと検診に受診しているかどうかと、あとは死亡しかないので、中抜けになっていたり、それからCOPDは認知度だけで、あと何も見ていないとか。認知症も社会参加を把握しているかどうかで、これも途中で中止になったりとかしていて、項目の構造にばらつきがある。その中で、糖尿病はリスクの保有状態や、それから医療の状態、合併症の状態も、それから対策も、一応はそれぞれ代表的な項目が入っているのかなというふうに思います。こういうような構造ができているところは、糖尿病と循環器のかなというふうにも思います。患者さんの状態も把握しているのは、国民生活基礎調査で治療状況を把握しているのが多くて、実際の患者調査とか、NDBのオープンデータで今都道府県別のデータも出ていますけれども、こういうものについてはまだ活用されていないので、今後こういうものが活用できるのではないかなというふうに思っています。

それから、これは老年学会に出ていたグラフですけど、患者調査を活用して受療率なども、脳血管疾患や虚血性心疾患はこういうふうに下がっていますよとか、年代別に出してあったり、糖尿病は逆に受療率

が増えている、ちゃんと治療につながっているというようなこともわかります。今は、国民生活基礎調査で治療していますか、と質問した結果ですが、本人に通院状態を質問紙で確認するだけでなく、客観的なデータをしっかり探していくことが必要なのかなと思いました。

これは、さっきちょっと話に出ていた、国民健康・栄養調査の特別調査結果です。通常は75歳以上は丸めてたばこを吸っている、吸っていないになっています。健康・栄養調査でも同様に75歳以上も5歳刻みで分けてみると、客体数が少ないんですけども、もともと吸わない人が80代で調査に参加しているということが、特別集計して初めてわかりました。やはり、高齢者について、しっかり年齢区分別に見ていくということもこれからは必要なのではないかなというふうに思います。現在、80歳の方が20歳ぐらいのときは、男性の喫煙率たしか8割ぐらいだったんじゃないかなと思うんですけど、この世代の人たちで、もともと吸っていたという人は2割程度しかいないということで、吸っていた人はどこに行かれたのかなということになると思うんです。やっぱり、相対危険度で何倍高いとかいうのも重要ですけど、たばこ吸っていると長生きできないんだって、というメッセージも重要なメッセージだと思いました。今90歳、100歳まで元気で生きている人が過去にはどういう生活習慣、健康状態かというのは、振り返ってその次の世代にメッセージ性はあるのかなというふうに思いました。

ということで、ここから糖尿病分野の話をしたと思います。糖尿病分野では、健康寿命の延伸のために糖尿病及びその合併症を予防するというので、1次予防としては有病者の増加抑制、メタボの該当、特定健診、保健指導がここに入っておりまして、2次予防としては治療継続者の割合や血糖コントロール不良者の割合、そして3次予防として透析導入患者さんの減少という、この3段階について指標が立てられています。

中間評価を見てみると、例えば透析患者さんなかなか高止まりだねとか、治療継続率が75%を目標としてもなかなか上がっていない、中断者が多いとか未治療者が多いということが問題だねとか、コントロール不良者が1%ぐらい、2,800万人健診を受けている中の1%ということは、28万人の人が8.4%以上という、かなり大きな人がコントロール不良な状態であるとか、それから有病者の予測、これは後で話をしますけれども、これだけ増える予定だったのに、ここで収まっているということがわかります。対策に関連した指標を立てているということです。

これを、糖尿病学会が出している対糖尿病5カ年計画の、糖尿病のゼロ次予防から3次予防まで含めて見ていきますと、この教育というのは入ってないけど、メタボが入っていると。それから、糖尿病の有病率、コントロール不良、それから特定健診、保健指導や、それから今始まっている重症化予防というのが始まっていますけれども、これは健康日本21で8.4%の人が対象者の1%程度いるということも1つ大きな要因になっています。腎症の合併症をつかんでいるということで、これとこれの指標を改善しようというのは、健康日本21でどの市町村も見ているデータなので、この指標を改善したい。また、この腎症については透析で医療費と関連するというので、こういう指標がきちんと組み込まれているので、重症化予防をやっつかないかきやいけない。それも、これで治療を中断している人が多いということもデータとしてわかっているの、医療機関任せではなくて、自治体がこの重症化予防をやらなくやいけないという1つの根拠になっていると思います。重症化予防が始まったときに、すぐ自治体が自分たちのデータを見て、やっぱりうちの自治体もこれ問題だわというふうに思ったこともすごく大事なことで、ですから指標を見ておくことは、対策を動かすときにつながりやすいのかなというふうに思っています。

さらに糖尿病発症予防でいうと、食生活とか身体活動とか肥満、それから歯周病とか、腸内細菌数、体内環境とかさまざまなかありまして、ここの色に書いたところは、他の分野で糖尿病に関係する要因なんですけど、ここについて、明示的にどここの分野と関連していますというふうにもうちょっと記載してもいいのかなと。分野別にみると、生活習慣の中に入っている分野と非常に密接に関連していくんですけども、ここを減らすためにここのところをしっかりとやっていくという構造を見える化するのかなと思います。

糖尿病の危険因子の1つであります肥満なんですけれども、これは前回国際大会でも話してびっくりされたのは、肥満者が増加していないということでもあります。特に、50代、60代は減ってきているし、40代も減少傾向にあったり横ばいであったりします。課題は、これ国民健康・栄養調査の見たものなんですけれども、20代の肥満がどうも男女ともに増えているんじゃないかということです。これは、ただ客体数が少ないので、3年間の移動平均を使って、何とかグラフ的に見えるようにしたわけなんですけど、体重が一番増える時期、20代、30代の体重増加については、指標がないのかなというふうに思っています。男性

では20代から60代の肥満者の割合というものはあるんですけども、40歳からは特定健診でデータ把握できるんですけども、20代からの把握がない。特に20代から10キロ以上体重が増加している人では、メタボになる可能性が非常に高く、積極的支援、動機づけ支援の8割の人が20歳から10キロ以上体重が増えていると。だから、そもそもこの人たちをどう、20代、30代に体重を増えないようにするアクションというのが、健康経営も含めて非常に重要だと思うんですけど、ここに対するメッセージが弱い。わざわざ20代で太ってから40になって慌てて痩せているというので、サルコペニアにつながってしまうというおかしなことになるので、20代、30代に対してもうちょっとメッセージをしっかりと伝えられないのかなというふうに思っています。

これは、ちょっと名前出ちゃっていますけど、総合健保の若年者のデータヘルス計画から持ってきたものですが、肥満者が5歳刻みでどんどん割合が増えていく。20代、30代でも、ただの肥満って本当に少なく、リスクを重ね持っている人たちが多いですね。なので、20代から30代、40代になるまでにこれだけ増えているところを何とか抑制していくということに、もう少し目を向けた動きができないかというふうに思います。

それから、NDBの活用ということで、前もちょっと試してみたことなんですけども、NDBの活用をすると、全国とその都道府県、または市町村の差を、違いかさういふのを見ることができます。これで見ただけでも、40代でもう男性は肥満度のピークに来ておりますので、肥満の対策はこの前にやらなきゃいけないというのは明らかでありますけど、ここからは後はリスクが重なってくるのをどうコントロールするかという話なので、この前の対策、企業と一緒に進めていくようなことが重要だろうと思います。男性と女性がパターンが全然違うので、男女分けたメッセージというのもし必要なのかもしれません。

これは、地域・職域推進ガイドラインで、今年改定になるということで、今改定作業がかなり進んでいるところです。こちら、下を見ていただきますと、赤が国保の健診受診者のデータです。この薄いところが国保の健診の未受診者のデータです。職域のデータを加えると、ここまでの住民の健康状態が現在でも把握できます。なので、ここに書いてありますように、職域においては、地域のデータだけでなく職域のデータもあわせ持つことによって、地域の健康課題を分析し、そしてそれに対する対策をする。そして働き盛りの人の健康管理が必要なのであれば、連携して取り組むことはできないかということで進んでいくと思われまので、その働き盛り20代、30代の人たちをはじめとして、そういう方々への健康管理のために、この地域・職域と一緒にデータで見ていくことができればいいのではないかなというふうに思っています。

地域と職域のデータを、その個人ベースと一緒に、個人ファイルで全部あわせなきゃいけないかという、意外とそうでもないかもしれないというのは、これと歌山県の健診受診率とかメタボマップとか、市町村国保と協会けんぽのデータを突き合わせてみると、傾向が結構似ていたりするのかなというふうに思います。なので、そのNDBで全部突合して市町村別に分けることが可能であれば、そのデータは活用できるんですけど、もし難しければ、市町村国保ではこうだった、協会けんぽではこうだったという集計値と一緒に照らし合わせてみることで、地域全体、国保だけでなく地域全体の課題として認識をし、そして運動論として地域・職域は一緒になって取り組む、地域ぐるみで取り組むということになるので、それぞれの持っているデータを横串を刺して見ていくことが必要なのかなというふうに思っています。

これ、愛知県の市町村国保のデータと協会けんぽの健診受診率なんですけど、おおむね相関関係があります。ただ、一部市町村国保は高くても協会けんぽが低いというところもあって、これ社会資源が恐らく共有できてないところだと思うんですね。なので、社会資源で、健診を受ける健診機関とか医療機関とか体制とか、そういうものの共有化が進めばここはぐっと上がっていくんだろうと思うんですけど。こういうふうに市町村といってもいろいろな、自治体の中にいろんな保険者さんがいますが、保険者さんのそれぞれの支部のデータと、それから自治体のデータを組み合わせる、そしてもう1つは共済、市町村の職員のデータを突き合わせてみると、職員自体の健康管理をちゃんとやらなきゃいけないというモチベーションにもなるので、最低限3つの国保、共済、協会の3つのデータを広げて、どうしていくのかということを考えるということが必要じゃないかなと思っています。

さらに、一歩進んで県が各保険者からデータを集めるということをするれば、県全体のデータができるし、国がNDBで切り分けをしても、そういうデータができるかなというふうに思っています。

こういう取り組みがうまくいっているかどうかということを見るには、例えばOECDの統計の中で、

他の国と比べて日本の肥満の増え方がどうなのかということを見ていくということも重要ななと思っていて、お隣の韓国と比べると、昔は韓国のほうが肥満度が低かったんですけども、今は中国、韓国よりも日本のほうが抑制されています。それは、健康日本21に肥満入ったりとかメタボとかいろんなことがずっと継続的にやっている結果なのかなというふうに思っています。

次に、有疾患のレベルです。糖尿病の有病率予測で、近似すると1,400万になって、そしてこれを維持すれば、生活習慣の改善をすれば1,000万にとどめるので、1,000万を目標にするという、これ年齢調整が入っているんですけど、ちょっと複雑な計算になっています。他の分野と違う方法なんですけど、これの根拠を見ていきますと、70歳ではこういうふうに増えているからこの近似、女性だとかこの近似で、ということで、こういうものの組み合わせで1,400万を予測したと。この方法が、3点で予測して、これ見ていただくと70と60代の男性は増えていて、他の年代は下がっていたりと、こういうちょっと傾向値が違うものを合わせ技で1,400万という数字を、当時いろいろ工夫して出されたと思うんですけども、他の分野とはちょっと出し方が違うので、何で目標値が当初よりも増えるという目標値になっていたのか、目標値の立て方、分野を横断してそろえたほうがいいかなと思っています。

そのときに、年齢調整とかするわけですけども、年齢調整のモデル人口が違うと見え方が全然違うので、これから合った基準人口を使っていたらいいかなというふうに思っています。今使われていることは、高齢者の人口が少なく、今は高齢者がぐっと増えてきています。これを死亡率で、年齢調整死亡率を計算すると、1985年と2015年でやってみると、もう3倍ぐらい数字が違います。なので、いろんな情報を年齢調整する際に、どこの基準年でどういう方法で年齢調整をして比較するかということについて、一定の方向性を出してほしいかなというふうに思っています。

次に、医療のレベルで、治療継続率とか、それから8.4%以上とか、その中で治療中の人、未治療の人というグラフが、これはNDBから出されています。リアルワールドのデータなので、こういうデータだと、自治体はそれぞれのところで、自分のところだったら8.4%以上の人たち何人いるんだろうとか、それからその人たちが治療中の人と未治療の人どうなんだろうと、手元のデータでできます。未治療の人はこれ受診勧奨ですよ、治療中の人ばかりつけ医と連携して保健指導、食生活の指導とかそういうことができたらいよいよねということで、対策に直結するデータかなというふうに思いますので、対策と直結するような指標が必要かなと思っています。

これ、植木先生からいただいたものなんですけど、合併症の診断のためには腎症をちゃんと適切に診断するということが大事で、これはNDBを活用して尿の定性検査をしているか、尿アルブミン・蛋白尿の検査をしているかを調べることができます。こちら北のほうは比較的良好にやられているんですけど、やられていない地域もあるということで、せっかく医療につないでも、その先の医療がちゃんとできているか、ということに対してこういうデータを使いながら、医師に対しても啓発していくとかいうことも大事なかなと思いました。

透析の患者数です。全国で1万6,000人という数が、目標値として上がっていますけれども、全国で透析患者数、人口10万人当たりはそんなふうに都道府県の差があります。人数だと、東京都がもちろん一番多くて、こういう順序なんですけれども、高齢化率を加味すると、大ざっぱにこういうふうに相関関係があります。やはりこの透析の患者数とか、人口10万人当たりというのを出すときに、高齢化率をどう加味してメッセージを出したらいいのかなということを思います。愛知は低いねと言っているんですけど、同じぐらいの高齢化率のところより高いじゃないかとか、それから同じ高齢化率でも新潟とか熊本とは全然違うんだね、沖縄県はかなり高齢化率は低いけど透析多いということで、全数で1万6,000人を目指しましょうということではなく、その地域に合った目標値を立てていただけるようなデータ出しをするといいのかなと思っています。

これは、愛知県の中の市町村のデータです。これでも結構インパクトがあったかなと思っています。

そんなことをそれぞれの厚生労働省のルート、医師会のルート、学会のルートを通じて共同して進めていく、この事業の中で一番の決め手となったのがデータで、この地域にどれだけ透析の患者さんがいて、新規にどれだけ入って、どれだけハイリスクな人がいて、どれだけ裾野がいるのかということをしかりと伝えていくということが大事で、そのためには国保データベース（KDB）の活用というのが必須という位置づけになっています。

日本健康会議において保険者全数調査が毎年されています。日本健康会議が2020になるとどうなるのか、もしそれが続くのであれば、取り組みの質もある程度は聞き取れているので、そして厚生労働省が

この内容について確認をしているというふうにも伺っているので、より取り組みの質については担保されるのかなというふうに思います。保険者努力支援制度の点数も、獲得点数を見ると、これはさまざまな事業の点数化ですから、取り組みの、市町村も納得して出しているデータでもありますので、取り組みを推進するということの指標にも使えるかなというふうに思っています。

最後に、現行の課題ですけれども、市町村や二次医療圏で健康課題を把握することが望ましいし、保健事業と連動した指標ということで、糖尿病の場合は部分的にはうまくいっていると思いますけれども、まだまだ不十分な、もう少しこうしたらいいのになというふうに思うことができました。

それから、市町村レベルで、先ほどの21のためのわざわざアンケートを取ると、市町村ばらばらで取っていたり、回収率が低いとか、実施方法が違うとか、こういうことでは比較ができませんので、やはりこの調査の仕方、何を既存データで取れるのかということをしっかり伝えていくということが大事だと思います。

また、こういうデータを使って健康課題と、それから事業との連携性というのを、それぞれのガイドラインではかなり意識して記載されてきてはいると思うんですけれども、それを健康日本21と保健事業との関係とか、または環境づくりとかさまざまな関係を整理をして示すといいのかなと思っています。

高齢者については、令和2年度からKDBを活用した保健事業が始まりまして、高齢者の質問票というのがKDBに取り込まれることとなりますので、これらの指標というのも今後活用できていく指標になるのかなというふうに思っています。

最後に、死亡率の指標ですが、75歳未満、がん、ごめんなさい、循環器はトータルでしたかね、がんは75歳未満を見えています。しかし、がんの治療、がんの検診も75歳以上の方もやっていますし、人生100年時代に向けて、健康寿命だけでいいのかなということも思います。もちろん国際比較で75歳未満の死亡率を出しているというのは存じ上げていますけれども、日本の中で施策としてどうしていくのかとか、それから女性の場合高齢期には心筋梗塞、心不全もかなり増えてきて、若い人の心筋梗塞とは随分タイプが違うので、そのあたりもどうしていくのかなとか、実際の今の死亡の状況を見ていく、先ほどの図で、死亡率自体かなりここまで減って、ここからぐっと立ち上がるという状況なので、もっと直角にということなんでしょうけれども、死亡として75歳未満だけを見えてもよいのかということ。

まとめですけれども、20代、30代、とにかく生活が激変しやすいときにデータがうまく捉えられていないということや、分野別のばらつき、認知度だけのものもあるし、予防との、保健事業との連携性ということが気になるということを書いています。あとは年齢調整をどうするのかということ。以上です。

- 辻先生 どうもありがとうございました。75歳未満というのは、がん死亡率だけだったと思いますが、循環器はどうでしたか。
- 岡村先生 循環器は89歳までで設定しています。一応全年齢なんですけど、90以上のところはリスクファクター別のきちんとしたエビデンス、発症データがないので、上限を一応90歳未満で設定したはずで、でもほとんど網羅できていると思います。がんのように循環器で75歳で切ったら、3分の2ぐらい飛ぶので。
- 津下先生 75歳以上のがんは対策しなくていいのかということになるので、もちろん種類は違ってきたりとかするんだろうとは思いますが。
- 辻先生 はい、ありがとうございました。では先生、お戻りいただいて結構です。
今の津下先生の話提供に対しまして、何かご質問とかコメントとかありますでしょうか。
先生、ちょっと私から1つテクニカルな話なんですけど、NDBを国保と共済と協会けんぽと市町村単位でくっつけるという作業ですが、それができるところとできないところがあるんですか。
- 津下先生 都道府県が保険者、愛知県の場合は保険者の協議会で地域の課題を一緒に考えるために匿名化データを集めましょうということで、静岡県もやっているとありますが、生データを集めて、それで市区町村別に分けたデータを都道府県が還元しています。国は、NDBで出したオープンデータは都道府県レベルまでは出ていますけれども、市町村までは今出ていないのではないかなというふうに思います。
- 山之内先生 それに関して、ちょっとNDBいじっているのだからなんですけど、市町村別に関しては、保険証が要するに国保の人ですが、に関して保険証が市町村が所管しているものであれば、それを区別することはできます。ただ、国保加入者のみが分けられるという形です。約半数です。ただ、細かいことを言うと、その辺のマスターが3年前のものしかないの、ちょっとそれで一部見えないものもあるとかい

うことで、ちょっとこれから試すんですけど、そういう状況で、ちょっと難しいです。

○津下先生 あと、レセプトとかは、かなり全数かなと思うので、使い方の研究は必要なんでしょうけれども、その患者調査も1カ月のデータで推測するだけなので、よりNDBでどう活用するのかという研究、どれを生活習慣病とするか、透析、人工腎臓は非常にわかりやすいですね。なので、そのわかりやすいものから始めれば良いと思うんですけど。今までは、透析医学会のホームページに行かないと、透析の状況はわからなかったんですけど、NDBオープンデータベースの中の人工腎臓という項目があるので、そのレセプト件数で見れば把握できるわけで、そういうその医療の種類によっては、例えばCOPD、在宅酸素とか直結するような指標が、これで行きましょうというのであればいけるのかなとは思いますが。

○辻先生 どうもありがとうございます。皆さんから何かご質問とかご意見ありますか。はい、山之内先生。

○山之内先生 NDBじゃないですが、年齢のことなんですけど、我々今NDBで精神医療の指標を全部公表して出しています。地図で色分けして出していて、各都道府県住民みたいなのを公表して、自治体にこれから広げていこうという形でやっているんですけど、それで思ったのが、今までその精神の場合をちょっと例にしますが、患者調査もある、NDBもある、いろんなデータがある中で、市町村としてあるいは都道府県が何があるのかすら全然わからないので、結局自分の市で独自の調査をしたり、それから県が独自の調査をしたりということが続いていたみたいで、やっとそれが精神の領域だとそれを変えましょうという動きを今始めているところです。しなくていいんだということを知っていただくという、かなり地道に研修したりとかやらないといけないんですけど、そういうことでやっています。

そのとき思ったのが、都道府県の方が本当に知らないんですよ。それは別に「あほやん」とかそういうことじゃなくて、本当に知らないです。わかるようになるために相当努力をしないとイケないし、それにはかなりの労力とエフォートが必要であろうという覚悟が必要かなというのが1つです。

それから、もう1つすいません、全然話題は変わるんですけど、年齢調整に関してなんですけど、例えばここでその令和になったからということで、年齢の基準を例えば変えたとしても、またそのこれから第三次の健康日本が始まって行って、それが終わるころでまた評価するころというのと、もう10年とか15年後になって、そのときじゃあ今の令和元年の人口構成は本当にいいのかどうかという問題は、また何か出てくるような気がしてるので、さっき昼休みも昭和35年、60年ときて、当時60年のころはそれで本当にいいかと思ってたんですけど、というのがあります。それもあって、あと地域間格差で、その地方がどんどん老人が増えて、終わってもこれから僕らどうにかする、でも東京都かはこれからまだ高齢者が増えていくという、そういう地域による違いもあって、今その精神で出している指標というのは、レセプト構成比とって、いわゆる年齢調整をしたりとか、そういうことをあえてやめました。そのまま素で出して、ある地域でじゃあ高齢者が多いから数が多いんじゃないかという説明がある、反論があったんですけど、でもそれに対しては一方でその、その地域でじゃあこれから対策をするには、実際高齢者が多いということを知っていただきみたいな形で説明をして、あえて調整をしないという選択をしています。それ、まだいまだに賛否両論なところがあって、そこはちょっと態度としては考えていくとか、あるいは2つの考え方を示すとか、そういった工夫は必要じゃないかなというふうな感じています。

○辻先生 それの出し方どうですか。

○津下先生 調整することによって、目の前の対象者と違う人口構造の人たちを見ってしまうことになるので、調整というのは、1つは他との比較とか経時変化だけで、対策につなげていくときにはもう本当にリアルな何人の世界、何%ではなくて何人いるってということが把握できることが大事ですし、層別化するか、10年後だったら人口構造こういうふうになる予測なので、ここがボリュームゾーンになりそうとか、そういうことをデータを見ながら考えられるようになればいいのかなというのと、それから今分析のためのサポートが必要ということですが、サポートしてほしい人は、もう人事異動で変わってしまうので、ある程度もう出してあげて、その使い方とか解釈もある程度示していく。支援を繰り返して疲れちゃったんですねという感じもあるので、ある程度もうパッケージ化して、どういうふうに使っていくんだという対策につなげて説明していくことが必要なかなと思います。

○山之内先生 それに関してですけど、本当に都道府県の方に対して研修すると、隣のセルで割ってくださっていいと、もうみんな固まる、そういう世界です。割ることをせずに足して数を出して正しいと思っちゃったりとか、そういうところがあるので、そこまで全部世話をしあげないといけないのを感じていて、かなりエフォートは要るかなとは思っています。

○津下先生 保健師さんに覚えていただくのか、その情報のね、ちゃんとその取り扱いをできる方にさくさくとデータだけ出していただけるようにして、対策を考えるとかそのデータをもとに何するかということに保健師さんエネルギーを割いていただけるように、何か。

○辻先生 他にどなたか。違う話でもいいですけど。

○岡部先生 千葉大学の岡部です。ちょっと話が少し変わってしまうんですけど、健康診断の是非みたいなところが最近あるかなと思っております。この53項目の中でも、糖尿病の中で定期検診やりましょうということで、私も研究で、健康診断よりも問診をしたほうが、健康寿命は1.3倍予測できたみたいな論文も出しているんですけども、2019年コクランレビューでも健康診断はリソースがもったいないんじゃないかということはやっぱり明らかにされていて、ちょっとやり方をちゃんと考えてやっていかなくちゃいけないんじゃないかなと思っています。

私の個人的な意見としては、糖尿病は必ずやったほうがよくて、症状ないまま気づかなくて重症化してしまうところがあるので、健康診断に関して、全部が全部今と現状のようにやっていくのがいいとは限らないけれども、糖尿病とかに関しては遠隔の採血キットとかもあったりするので、健診しない方には何か送るとかするような方法とかもあると思うので、そういった健康診断に関する方針に関してもちよっとお話いただけるとありがたいと思います。

○津下先生 ありがとうございます。今特定健診について言うと、糖尿病にしても症状がないので検査しなきゃわからない、特に高齢者と違って若い世代から発見していきたいとなると、この検査は必須だねというふうに思います。その頻度をどうするかとか、対象者をそのリスクに層別化して頻度どうするかということもあるんでしょうけれども、今健診のリソースが許されるのであれば、やっていくというのもいいのかなと。

ただ、もう1つは高齢者についての健診受診率25%で、健診をするよりもかかりつけ医の持っているデータをもっと活用できたらいいんじゃないかという意見も多々ありますので、やっぱりマクロ的にもこうやってデータ活用ができるようになると、そういうリスクを持った人がどのぐらいいるのかとか、どういう対策が必要かと考えるときに、今はその健診だとデータがKDB、NDBに吸い上がるという仕組みなので健診なんですけど、医療データの中で活用できないかとか、この質問紙も、まずは健診のときにやるんですけど、健診じゃなくて日常の中で質問紙を登録するという使い方にならないと、なかなかデータとして活用しにくい。その日常診療や日常のときにやった質問票などが、もっと無理なく吸い上げられたら、健診の必要性というのは減るのかなとも思います。

ただ、健診の意義というのはもう1つあって、年に一度自分が立ちどまって、この1年間どうだったかなと振り返って、この次の1年元気でいようねという、そういう1つの儀式でもあるので、その儀式としての意味合い、この1年で、だって腹囲測るよって言われたら、ちょっと1カ月前から節制したりしますよね、それがいいかどうかは別としましてね。だけど、1カ月ごとにリマインドしながら、どんどん上がり続けられないということが、ぎざぎざでもいいから健康管理をしたほうがいいというエビデンスも出ています。なので、1年間に1回は自分の健康、方針管理と日常管理という言葉が企業にあるように。年に1回は自分の健康に立ち返られる、それも医療とちょっと離れたところで立ち返られる機会としてうまく活用していけたらいいなというふうに思います。やりっ放しはもったいないですけど。

○辻先生 岡村先生どうぞ。

○岡村先生 その健診については、システム、制度としての健診という側面と、それから個々の検査項目としての側面というの両方あるんですね。例えば、個々の検査項目で見ると、例えば恐らく血圧を測ることとLDLを測ることと血糖値を測ること、喫煙の有無を聞くと、これで多分ほぼコンファームされていて、というのは、どこの国でやっても将来のリスクと関連するのはこの4つです。それから、恐らく介入研究を個々にやると、下げたりやめたりすることによってリスクの低下というのが明らかに出るというのがあるので、測って対処さえすれば効果あるものとして、個々のものについては問題ない。じゃあ、それを組み合わせたときに、受けてくれるかどうか、必要な人が受けてくれるかどうかというのは、今度はシステムの問題になってくるので、そこは多分分けて考えなきゃいけないということになります。単純に受ける、受けただけで分けると、それは受けた人のほうが後のリスクは日本だと低く出るんですね、基本的に。ただ、それが本当言うと健康寿命の延伸にどうつながっているかとかないと、それはまた全然別儀の問題になるので、個々の項目をばらして考えた場合とシステムで考えた場合を分けないと、何の議論をしているかわからなくなってくるだろうなと。

あと、何年有効かがあって、10年ぐらいまで有効なんだけど、1回受けたら20年有効とは思えないので、がんとかもどの時点でやるかということになるかと思いますので、ちょっとそれは今やっている研究班、今健診項目の見直しの研究班を厚生科でやっているもので、それを含めて考えているところで、分けて考えるというのが今の方針として思っているところです。

あと、何かよくわからん検査いっぱいあるでしょう、人間ドッグの個々の項目を具体的に言ったら当たるので言いませんけれども、お値段高いんですけど、まあ頑張ってくださいみたいなのがいっぱいあって、それでいうと現行の公的な項目、がん検診含めてかなり練られているので、きちんと受けていただくと、別に高い人間ドッグを受けたのと多分マスとしては予防的には遜色は恐らくないだろうと個人的には思っています。

○辻先生 ありがとうございます。他にどなたかいらっしゃいますか。はい、田淵先生。

○田淵先生 お金の話の観点でいうと、自治体がデータヘルス計画とかで、企業にお金をばったくられているのではないかとすることがあります。委託先の企業がどんな感じでやるかによって全然違って、その問題が大きいのではないかと個人的には思っています。その予算を有効活用してもらうということが、健康資源を有効活用するという観点から重要だと思っています。国策としてデータヘルスを進めるといって自体は総論賛成なんですけど、各論がひどい場合がある。いろいろわかっているケースもあるのに、それが防げていないので、どういうふうに対処できるのかなと疑問に思っています。もし皆さんでいい意見持っている方がいらしたら、ぜひ大阪府にも応用したいなと思っていますので、教えていただけたらと思います。

○津下先生 保険者さんは研究していますから。確かに1回目はばったくられました。相当結構ですね、この会社に頼むと大体重症化予防だな、この会社に頼むとポピュレーションアプローチだのICTだの、頼んだ会社によって出口が違うという、そういう関係が非常にきれいで、全然だから言われたようにやったけど対象者いなかったとか、効果出なかったとか、そういうことが噴出しました。でも、今やってみると、PDCAって回り始めましたよね。だいぶトレーニングが進んできたところはデータ見ながらやれるところがあります。一方、相変わらず丸投げのところと、ちょっと分かれてきちちゃっているのかなと。だから、やっぱりもうちょっとそのデータヘルスのあり方について、マル適マークじゃないけれど、何がいいっていう基準を作るとよいか、と。ただ、大事なことは、そのデータを見て自治体の職員とか関係者が考えているかどうかですよね。何か丸投げして、言われたとおりのことだけやっているところというのは、もうそれは住民とか加入者無視の政策なので、それはもう保険者としてのマネジメント機能が果たせていないということになるんじゃないかなと思います。

○岡村先生 小さいところの国保はどうですかね。国保のほうが、何か割と好きにされているところも多いような気がするんですけど。

○津下先生 国保も、やっぱりデータヘルスと健康日本21が連動しているところはうまくいっています。だから、衛生部門がどれだけ国保とかと一緒にやっているかでしょう。国保は国保でデータヘルス丸投げ、健康日本21はこっちでアンケート調査ってやっているところは、もう本当にお金の無駄遣いになっているだろうなど。だから、21とデータヘルスってそれぞれ非常に関連があるので、そこを一体的に取り組んで、衛生部門がデータヘルスにももっと主体的に関わっていくようにしないと、あれ国保の仕事だよねとなっているところは丸投げになって、今でもなっていると思います。

○辻先生 歴史的に考えると、健康日本21ができて、市町村が健康増進計画をつくるという話になったときから、コンサル丸投げが始まっているんです。その結果、市町村の名前変えただけでほとんど同じフォーマットに各市町村の数字を投げ込んでいるだけというコンサルが出てきたわけです。ただ、それには2つ問題があって、コンサル丸投げというのももちろん問題なんだけど、もう1つの問題は市町村の職員が健康課題を評価したりPDCA回したりするスキルがないということです。あるいはさっきの話もありましたけど、ちゃんとデータヘルスできるようになった人、レセプト分析ができるようになった人、KDBが活用できるようになった人が異動しちゃうと、もう終わっちゃうみたいな、その辺を何かどうにかしないことには。

○津下先生 5年間ぐらいじっくり一緒に付き合っていると、本当に回ってきた感じが出ますし、次の世代への巻き込みというふうに行くんですけど、本当に人事が2年交替とかいう状況だと、これは構造的に市町村に任せるのはそもそも無理じゃないかと思ってしまうぐらいですね。だから、どうやって、3年から5年は最低この仕事に取り組んでもらうように、結果の回収まで行かないと、1サイクル分析して事業をやって

結果を見る、その1サイクルが少なくとも回っていかないと、自分事の結果にならないですよ。研究班でも3年から5年やるように、1年だと仕掛けて終わりの人とやらされて終わりの人になってしまうので、最低3年から5年はじっくりと取り組んでいただき、そして回りながらも10年とか20年とか長いスパンでやっていくと育てがいがあるかなという気がしますね。

○岡村先生 県単位で何かそういう支援する機関がないとダメで、いくつかの県の事務の人と結構親しいんですけど、事務の人って、健康福祉部にいたらものすごく落ち込んで、転勤になって他所になったら万歳って祝杯あげているようなレベルなんです。そうすると、そこで落ち着いて4~5年いるといたら、もう私のキャリア終わりますからやめてくださいみたいな話をされるので、でも現実には現実でそういう状況があるんですよ。そうなってくると、やっぱり先生とか例えば県が入っている機関ですね、そういうところがあればいいんですけど。

○津下先生 うちのセンターの強みは、やりたくない自治体に干渉ができるというのが唯一の強みですよ。だから、コンサルに頼むとか、何かやらなきゃいけないと思っているところは、お金出してでも何かやるじゃないですか。先進事例とか、やっていくところは私たち「どうぞどうぞ」なんですけど、やらないところとか落ちこぼれているところに対して、何かやろうよとかちょっとかけに行くわけですけど、そういう機能をやっぱり都道府県とか、それが健康格差対策とか取り組み格差対策なのかなという気がします。取り組みが濃淡があるところで、外圧ですよ、身近な外圧としてコメントしたりとかサポートしたり、または首長さんとか幹部に会う機会に何かアプローチできたりというのはあると思うので、だからその都道府県ないしそういうちょっと市町村の外に、そういうちょっと見守る機能というのが必要なかなと思っています。

○岡村先生 行政部門と現場部門で、やっぱり同時にやれて、恐らくかなり本当は無理があつて、というところはあるんだと思います。ただ、その県によってまた大阪府みたいに研究するセンターあったけど潰れたところもあるでしょう。要するに、分析部門っていうのは非常に不採算部門に見えるので、どうしても風当たりが強い。健診で収益を上げたとしても、この人件費だったらもう5万人健診しろとか言われちゃうわけですね。なので、実際は現状かなり厳しいんですけど、でもどこかそれ、保健所でも衛生研究所でもいいんですけど、どこかに機能を置く場所というのが必要で、多分最適解は県によって違うんでしょうけど、何かそうしないと現場で分析もって多分私はもう無理だと思います。

○辻先生 予定の時間を超えていますので、ここはとりあえず終了ということでお願いします。

次に、岡村先生から話題提供をお願いします。

[第2部]

○岡村先生 私は協会けんぽの理事もやっておりまして、実は全支部のデータヘルス計画を今見直しにかけている最中でして、そのときに気付いたことと、お話ししていることとあわせて、気付いた点をざっと並べてみました。

健康増進法に基づいて健康日本21をやっていますが、これには受動喫煙防止とかがん検診とか栄養の関係がいろいろなものが入っていて、1つの法律の下に健康日本21は行われています。

それで、国の責務として基本的な方向性を定めること、あと目標を設定しろとなってこういう形で進んでいるので、いずれにしても今後法律が変わらない限りやらなきゃいけないんですね。

それで、これは協会けんぽの研修会で言っている話ですけど、保健事業で考えるべきことで、何もしない、美しく言うと経過観察なんですけど、何もしないと何も変わらない。それから、生活習慣の改善(特定保健指導を含む)でどのくらいの効果があるかを見込んでいますかという話と、あと服薬治療でどのくらいの効果があるのか見込んでいますかみたいなことを問いかけて現状評価をしていきます。その際、対策をしたときの効果について過大評価だったり、何も考えていなかったり、極論すると治療に行ったら発症率がゼロになりますみたいな推計している支部とかあったりして、結構よくわからないところがあります。

それから、もう1つ全体への影響はあるのかという話で、結局全体への効果って参加した人の割合と個人への効果の積になりますから、この2つをちゃんと頭に入れて評価ができているかということです。本来は、効果が出るまでの期間も考えなきゃいけないんですけどもこれは置いておきます。何が言いたい

かという、町としてやっているのか保険者としてやっているのかを問わず、これ何でもいいんですけど、全体への効果を寄与として考えているかどうかというのがあって、対象者は何万人もいるのに、うちの事業に30人来ましたとか言う話はよくあります。それを見ると自分だったらそんな事業はやめてしまえと言いたくなるので、その辺のインパクトの見込みが全体として甘いと思っているところです。

先ほどの健診の話で、健診でどのぐらい循環器疾患が減るかもやっていて、これは大昔にある町で私やった研究で、10年間循環器の死亡を追っかけてやって、喫煙とか飲酒とかを調整すると、これは町の健診を受けた人で、これは職場の健診を受けた人で、未受診者と比べると大体3割ぐらい死亡率は低くなっています。もちろんセレクションバイアスはむちゃくちゃ入っています。これ、辻先生のところの大崎のデータで、昔未受診者対策研究班をやったときに、寶澤先生に論文をしてもらったやつですけど、これはだいぶ新しいのでプロペンシティブスコアマッチングであわせてやっていますけれども、これも大体3割ぐらいのリスクリダクションでした。実は、臨床試験やって血圧下げるとかLDL下げるといふときのリスクリダクションも大体3割ぐらいなので、大体何かその介入の行き着く先ってそんなもので、かなりやらないと半減とか7割減とかにはならないのだろうというのが、前提条件として何となく見えます。これもよく言うんですけど、協会けんぽの例えば上位目標で10年後の死亡率を減らしますとか書いているんですけど、あそこのデータで死亡率なんかは出ないとか言ったら、みんな凍るんです。結局、健診受けて3割減るんだったら、発症と死亡は普通比例関係にあり、発症と入院も普通比例、すると入院レセプトも比例関係で出ているので、減少率はそんな感じで行くんじゃないか、という感じで類推が論理的に動いていけばいいんですけど、何か知らないけど健診受けたらいきなり医療費が半減することになっているとか、恐ろしい推計をしかねないものもあって、少なくとも何かつなげた上での推計はしてほしいといつも言っています。

それで、単純な推計で受診率が上がったらどうなるのか。例えば受診率50%で被保険者が30万人いると、15万人ずつ受けている人と受けてない人がいる。すると、それぞれの、受けてない人の入院率が1%とすると、それを3割減らすと0.7%になりますとか、算数でいいので、ちょっとでもいいからどのぐらい減るかの推計をしていきます。だから、健診の受診率を10%上げた場合、20%上げた場合、20%上げてても病気が半減なんかならず、普通に見ると7%ぐらいしか減らないはずなんですけれども、結構無茶な推計をしているので、もっと冷静になりましょうという話をしていきます。

それから、実際はもっと複雑で、これもよくやるんですけど、受けてない人と受けている人がいて、それで半々ですよ。それから特定保健指導だと大体17%ぐらいが引かかるので、母集団が100としたら8.5%が特定保健指導の対象者です。そのうち修了する人ってさらに19%で5分の1ぐらいしかいないので、特定保健指導を修了する人はこの中の1.6%が終了する。全構成員の1.6%の人の危険因子のレベルが改善するというのが最大見込める効果ということになりますから、あとこの1.6%の人がどのぐらいよくなるか、これは保健指導の善し悪しなんだと思うんですけど、それはほとんど誤差か小手先の世界になります。最終的に、この1.6%の人だけに行っていると、98.4%の人には何の影響も及ぼしていないことになるので、1.6%の人にしか影響を及ぼさないのに医療費が20%減少にしますと書いてたら、何かおかしいのではないかという話になるので、こういうことをちょっと考えてくださいという話をしていきます。

いつも言うんですけど、これを大きくしようと思うと、結局分母に近いところ、受診率を上げるのが一番いいという結論に実はなるんですが、こういうふうな構造があって、実際はここからさらに受診勧奨で、要医療に行っちゃう人がいます。健診受けてから行く人もいるし、自分で行く人もいるでしょうというのはあり、あとここからこっちに行ったりこっちに行ったりって、かなり複雑系になるので、まじめにモデルをつくらうと思ったんですけど、ちょっと諦めました。やろうと思うとちょっといろいろ時間あったらおもしろいんですけど、そんなことやっている暇ないので。実際複雑だということになります。

それから、治療をしたときの効果を循環器の入院リスクで見ると、例えばこれ血圧で、至適血圧(120/80未満)をレファレンス、つまり1としたときに、治療群と非治療群のそれぞれで血圧が上がるとどのぐらい入院率が上がるかというのを見たもので、これは40~64歳、JMDCのデータですね。治療中が7万人と非治療中7.4万人というデータで分析したんですが、これは国保でやるとききれいに出不いんです。国保でやると、薬飲んでいる人のほうが悪く出ます。なぜかという、飲むに至るまでかなり放置して血管は痛んでいる人もいて、かなり危なくなってから飲み始めて悪くなるので、若い人で分析をやらないとだめで、なかなか若い人のデータベースがないので、このJMDCのデータ使ってみたくて

が、大体実感に合う感じなんです、未治療で180になると入院リスクって7倍ぐらいになります。治療中だと大体こんな線で、よほど管理が悪くなかったら大体このグレード1の非服薬の140ぐらいの人と同じレベルに落ち着くので、ほぼガイドラインの治療目標値と合致したような結果が若い人だと出てきます。これは年齢が上がると、そのときから飲み始めたりすると、先程言ったようにかなり放置して血管傷んでいるので、飲んでいこうと悪くなるので、それ見てこれは薬害だとかって叫んだ変な人もいて、説明するのにすごく困ったことがあるんですけど、大体こんなのが、リアルワールドだとこんな感じなんだろうと思います。

それで、協会けんぽの場合は、中に研究室という部門があって、実は全支部ごとの100項目以上について全てZスコア出して、支部ごとの順位を全部出すようになっていて、全ての評価を出します。だから、よっぽどじゃないと素人で解析する必要はないということになります。

ちょうど9月2日に透析と時間外受診と抗菌薬の使用についてプレスリリースを全データで解析したのを outs させていただいたと思いますけれども、あれの透析なんかも、初めて透析になったら何年で被保険者でなくなるかというデータも出ています。協会けんぽで透析になると、大体2年間で半分の人が協会けんぽから消えます。ということは多分国保に移動しているんだろうと思うんですけど、今までそういうデータはあまりなかったと思うんですけど、そういうのをやっています。そのときにZスコアだけ見て計画を立てると、目標に順位を上げるというのが入ってきます。しかしそれは他が下がってもいいのかという話になります。また例えば何とかの医療費、例えば生活習慣病の医療費の割合を減らすという目標もよくありますが、そしたら、エボラ出血熱か何か入ってきて感染症でばたばた死んだら、当然生活習慣病の医療費割合は下がるかもしれないので、感染症が増えたらいいのかなとか、ちょっと意地悪な質問もいつもしているわけですね。またいろんな目標値があって、割合を減らすとか、あともっと、一番気になったのは何%減らすというのもあるわけですが、科学的な有効性の検証にはやっぱり割合、率で見なきゃどうしようもないです。だから、それ年齢調整しなきゃいけないので、科学的な有効性はそれで見なきゃいけない。もちろん、分母が何かは常に注意は必要なんです。また見るときに、やっぱり気を付けなきゃいけないのは罹患率と有病率がごちゃごちゃになっていることが多くて、これから出る患者さんを減らしたいのか、今いる人を何とかしたいのかの区別が全くついていない場合があります。

それから、数で見るというのがあって、例えば協会けんぽだとNが大きいので、予算やマンパワーから見た実現可能性の指標として数は絶対見なきゃいけない、1%減らしますと書いてあって、この1%は何人ですかといったら2万5,000人とかいうことがあって、それを保健指導で減らすとしたらもう10万人ぐらい保健指導しなくてはならない。要するに、荒唐無稽な数字が並び場合があるので、両方で見ないとだめですよということで、これは協会けんぽではかなり最近浸透させているので、データヘルス計画も一応両方のものが入っているものに今書きかえさせているところになります。

それで、今の率と割合の話で、これもよく出すデータで、ある国保のデータで、8,300人で平均年齢64歳です。5年間追跡しまして、メタボのあり・なしで糖尿病の新規発症率がどのぐらい違うかという、大体相対危険度2倍です。だから、男性だと5年間で21%糖尿病になるし、女性18%で、でもメタボがなくてもこの年齢だと10%ぐらいはなります。ということで、比率は2倍ぐらいなので、メタボリックシンドロームは大変ですという話をするわけですが、数で置きかえるとこんな感じになります。男性の中のこれぐらいの人がメタボで、女性の中のこのぐらいの人がメタボという、日本の基準でやった場合ですね、これを5年間追いかけると、この黄色の部分の新たな糖尿病が発症します。すると、分母に対してのこの黄色の比率は当然メタボのほうが糖尿病になる割合が多いから高いんですけど、元の分母の人数が大きく違うので、実際は出てくる糖尿病患者の人数って非メタボのほうが多いことになります。

それともう1つ恐るべきことがあって、この集団って、この64歳の年齢にすると、シンプルに血糖値だけで判断しちゃうと、もう2008年の健診を受けたときからこれだけ糖尿病がいます。すると5年後にこれがどうなるかという、誰も死なないと仮定すると、シンプルにこの糖尿病患者数はこのまま維持されて、新規の糖尿病がこちらの方で、糖尿病の患者数はこういうふうシフトすることになります。それで保健指導などの対策で減らせるのはこの新規の部分という感じになります。ですから、新規の糖尿病と、もともといた糖尿病というのが、大体これは1対3ぐらいになります。これは当然母集団の年齢構成によって変わりますが、要は残念ながら保健指導だともともといた糖尿病患者数はびくともしません。これは実は去年永井班の研究報告として出したものを、もうちょっときれいに整理したものなんですけれども、新規の罹患率のところは何かするというのが保健事業の目標になっていて、有病率を減らそうとす

るとじゃあここをどうするんですかという話になります。糖尿病を正常に戻すというのは難しいので、例えば治療に行ってくれたらうちとしては有病率の分子には入れないとか、別の目標値を設定してくれたらもちろんいいわけなんですけど、それがなく、単に糖尿病の割合を減らすって書いていたら今いる人はどうするんだらう、お亡くなりになったら別なんですけど、ということになるので、こういう率と数がごちゃごちゃになっていて、冷静に効果がどこにはね返るかという設定がなされていないことが多いのがわかりました。

さっきの96. 何%の人には影響がないんだという、これはハイリスクアプローチの特徴で、リスクの程度で並べてやると、この右端の人にはいいんですけど、平均値近くには全く効力がない。ここは人数多いから結構ここから患者さんいっぱい出てきます。これ昔の悪い言い方だと小乗仏教ですね、選ばれた人が悟りを開いてくださいという、上座部仏教になっているというのがこのハイリスクアプローチなので、少数の人が選ばれればいいみたいな話になります。そしてハイリスク者が少数の場合は、集団全体の患者数の減少にはほぼ有効ではないというのがわかっています。それから、ハイリスク者に周囲と違う生活習慣を強いることになります。減塩なんかでもやっていて悲惨なのがあって、お父さんは血圧高いからあなただけこのご飯食べなさい、私たちは好きなものを食べるわよって言って、本人はぐれちゃったというケースもあったんですけど、やっぱり人と違うことをやったら続かないのということがあります。だから環境のほうも何とかしないとけないというのは当然出てくるでしょう。

一方、ポピュレーションアプローチでは、線引きせずにこちらにシフトするというのが必要で、実際にどういうことをするんですかとよく言われるんですけど、大勢に影響を与えることができることをやればいいですっていつも言います。これは、助けを得てみんなで解脱しましょうという大乘仏教です。減塩調味料を例にして、ちょっと私のほうで勝手に書いてみたのがこれなんですけど、元は介入の梯子とってイギリスで書いた段階のモデルです。すなわち、①何もしないまたは現状をモニタリングする。②情報を提供する、これ塩分の過剰摂取で血圧が上がることを周知します。③行動を変えることができる選択肢を与える、減塩調味料の品数を増やす。④健康的なオプションをデフォルトとしますということで、スーパーの目立つところに減塩調味料を置く。それから⑤インセンティブ、経済的またはその他の手段での誘導で、減塩調味料を購入するとキャッシュバックポイントが10倍。あと、⑥逆インセンティブは減塩でない調味料を買って消費税が2倍。⑦選択できるオプションを制限、小売店では減塩食品しか売れないようにする。⑧全く選択させないように規制というのは、法的禁止みたいなもので、こういうふうに行きますが、やりようによったら⑤ぐらいまでは、地域の工夫でできないことはないでしょう。実際、ある研究、HIPOP-OHP研究というのを昔やって、ポピュレーションアプローチする会社6社としない会社6社つくってコントロールスタディーっていうのをやったことあるわけですね。身体活動量を増やすキャンペーンというのをある会社でやって、これは全員参加で2カ月歩数計つけてポイントして達成したら物をあげますというようなことをやって、まあ増えているわけなんですけど、実はこの過程で一番有効だったのは、シンプルな方法で、社員に近い駐車場を使わせないというのが一番有効でした。だからもう、会社から500メートル以内の駐車場は社員駐車禁止にすると、歩数量は一気に増えるので、これが一番多分有効で、これ、Atherosclerosisに出した論文なんですけど、HDLコレステロールは運動量増えたら増えますから、効果がどうなるかって見て、キャンペーン実施企業では未実施企業と比べて明らかにHDLコレステロールが、交絡要因を調整しても増えているということが出ています。この論文が評価され、何でこの雑誌に取ってくれたかという、悪い人を集めたんじゃなく全社員のデータということなんです。普通は何かそのリスクのある人を集めて運動してHDL増やせてやるけど、これ全社員のデータで、こちらが非介入企業で、こちらが介入企業でやっていて、差が出ているので論文は取ってくれたという背景があるんですけど、効いたのは駐車場を遠くにするというのが一番効いたということになります。

目標設定で妥当な評価指標は何かということと、妥当な評価指標であってもない場合もあるので、この両方への視点で考えましょう。大きな目標、脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少、虚血性心疾患の発症を防ぐ、人工透析、入院件数、生活習慣病の割合みたいなものがあるんですけども、どれだったら妥当で、しかも自分のところで評価することができるかということもありますし、それから大きな目標の後には中間目標が当然あるので、より具体的なものじゃないと難しいと。

それから、割と指標として用いる言葉の定義が不明なことがあります。ここで書いている虚血性心疾患っていうのは何をもちいて虚血性心疾患と思っていますかという、非常におもしろい答えがいっぱい返ってきます。それで、例えば生活習慣病とは何ですかとか、要するに何でもいいんですけど、決めておいてくれ

ればいいんですが、そのときの思いつきでやってもらったら困る。だから、例えばここで言うと、「虚血性心疾患はICDのコードがついて入院した人です」ぐらいのレベルでいい。だって診断を求めているわけじゃないので、医学的に。でも、その最低限の定義を決めておれないという訓練があまりされていないので、変に専門家に聞きにいったよくわからないものを持ってくるか、それか謎の定義を決めて意味不明のものになっていることが結構多いので、今、協会けんぽ各支部で、まともなアドバイザーをちゃんとつけろという指示をしています。また各エリアで相談できる研究者がいない人は、こちらから紹介するので私に連絡しろという指示していて、2カ月前には鹿児島のように紹介したところで、あと他にも問い合わせがあります。だから、データ提供してもこういう問題があるということです。

これは、健康日本21の循環器の目標なんですが、循環器のほうは割と疫学研究の歴史があるので、1層に生活習慣があって、2層に危険因子があって、3層に最終的なアウトカムがあるという、この関連性、割と研究できいいに出ている分野だと思います。それでもなかなか難しい点がありまして、例えばこれは中間評価のときの循環器疾患の年齢調整死亡率です。スタートラインはここから始まっているんですが、目標がこの点線で、もう既に3~4年経つと目標達成しちゃっているという感じで、実は循環器のところはすばらしく目標を早々に達成したと威張って歩きたいぐらいなんですけど、これは全くの統計上のものです。

これ、Epoch JAPAN研究って、複数のコホート研究を集めて自分が研究代表でやっていて、いくつかのコホート研究に協力していただいているものなんですけれども、ベースラインのコホートの年数が新しくなると、死亡率というのは右下がり全部下がっていくんです。だから、最近の人ほど死なないので、要するに根拠とした疫学研究よりも、現実が未来のほうに進んでいるので、どんどん前倒してずれていくということです。だから、名目上の目標達成ができていくということなので、これも考慮しなきゃいけないということがあります。

実際にこのような時代効果も入れて調整してというのは、実は村上先生のほうにやってもらって、調整する統計的手法というのは作っているわけですが、それでも現実と乖離してきます。それから、もう1つやっぱり、先ほど津下先生も言われていましたけれども、死亡で評価するってなかなか厳しくて、これはインパクトモデルっていう手法で、日本人の虚血性心疾患の推移、治療と予防の寄与がどのぐらい大きいかというのを出したもので、1980年と2010年の虚血性心疾患の死亡数で見ると、実数はこのブルーです。80年が青で、2012年がこも青のところ、実数はこういうふうに移しているわけです。少し増えていますね、高齢化がありますから。ところが、実際は高齢化して、何も他の対策がないと、この上で積み上がっている分だけ、諸条件が1980年と同じだったら、これぐらい増えたはずだというモデルなんです。だから、対策をしたからこれで済んでいて、実際何もしなければこう増えた、だからこれは抑制効果として見込まれるということで、治療と予防の効果がどのぐらいあるかというのをやってみると、35%が予防の効果で、56%が治療の効果というふうに推計されています。ですから、この治療の中には実は降圧剤から病院に入ってステント入れたまで全部入っていて、予防の効果はかなりの部分はその減塩と喫煙率が減ったことによるものになります。こういうふうになっているので、実は治療効果が結構これで見ると大きいので、死亡率で評価するとこれが全部乗っかってくるので、健康日本21では予防の効果で評価しちゃっているんで、先ほどのリンクで見ると治療のほう全部吹っ飛ばすことになります。ですから、実際は発症率で見ないとだめなんだろうというのが、こういうモデルからわかる。これはちょっとわけのわからんモデルで、興味のある方はこのInt J Cardiologyのほうに出ていますので、見ていただいたらよくて、私も途中で諦めて、循環器センターの西村部長が全部これをやったんですけど、脳卒中のほうは破綻してモデルはつくれなくて、虚血性心疾患だけになったということなんですけど、こんなような状況になります。

それで、もう1つ最後になりますけど、健康増進法で、国の責務と県の責務というのがあって、都道府県は、8条のほうに健康増進計画をつくらなきゃいけないと書いてあります。市町村は、実は努力義務になっているはずなので、マストでつくらなくていいはずなんですよね。市町村の計画見るといつも思うのは、無理して国と同じようなものをつくらなくてくださいということをやっているんですけど、健康増進計画を2017年からどうしたかということ、第2次健康増進計画、第2次の市町村版の健康日本21と、第2次の食育推進計画とすこやかまちづくりを、全部1つにしちゃって、すこやかまちづくりの中に全部入れ込んでしまうということをやりました。いろんな計画がごろごろ走っていて、計画立てるためにずっと同じ人が計画つくっていて、見てたらそんな暇あったら現

地で働けとか言いたくなるわけですね。ちょっとここは整理しないとだめだと。だから、まちづくり戦略を基幹として3つを統合運用しようという話になっています。

こういうふうにして「学んで知る」と「つくる健康」と「みんなで広げる」ということで、ポピュレーションアプローチを入れた上で全部つくり直すということで、まちづくりのほうに統合してしまって、1つになっています。何項目もつくって全部国と同じような並びにする必要はないんじゃないのというのは、特に小規模な市町村についてはこういうのでいいんじゃないかなというふうに思っています。最終的には「住みやすいまちだと思ふ」というのを目標にしています。以上です。

○辻先生 どうもありがとうございました。

それでは、また全体討論に入りたいと思いますけれども、いかがでしょうか。

先ほどの、多分津下先生の議論のときの延長になると思うんですけども、先生もまさに心疾患とか虚血性とか、いろいろその高血圧を減らすとか、そういう目標があって、その次に多分中間指標的なものがあると。今健康日本21の計画を見ていると、例えばその高血圧疾患は減らしましょうみたいな、そういうある程度疾患ベースの目標があった下に、例えば食事摂取基準みたいなところで、塩分は8グラム以下にしましょうとか、多分そういう個別の対策の目標が掲げられていて、要はどこにそのレイヤーを設定してやるのかと。個別具体的な行動目標を目標設定してあげると、多分都道府県はもうそれをしっかりやるという形になるので、そんなにその都道府県の資質の差というのが出てこないの、非常に楽といえば楽で、ある程度均一にはなるんだけど、創意工夫がなくなっていくという、このレイヤーの設定の仕方が難しいなど。結構この議論をすると、マイナスの健診データを見て、こういう課題があるからこういう課題設定とか指標設定をしましょうという中で議論してしまいがちなんですけど、その先の行動目標を国で定める必要があるのかどうかというのは、今後の議論として結構大きいポイントになるのかなと思うんですが、そのあたり何か。

津下先生と岡村先生、それぞれからどうぞ。

○津下先生 やっぱりこれ、健康日本21の場合は、国民健康づくり運動なので、国民健康づくりにつながっていく指標の出し方と、関係者向けの出し方が必要。そのレイヤーのイメージをどうしたらいいのかなというのはずっと考えていて、国民向けの訴え方、生活習慣を良くしたらこういう状態が良くなって、こういう病気が減るよという、そういうものと、保健事業とかその自治体、関係者として、じゃあその地域住民にそうしてもらうためにはこういう働きかけだとか、それをするためにこういう計画があってこういう事業があるんだという、その国民のそれを動かすための、それが取り組み。現在はそれが何となく混在していたり、整理されていないまま21の指標の中に入り込んでいるのかなと。なので、指標の意味合いを整理し、それが国民に、やっぱりその生活習慣病というものの流れを意識してもらうような、健康寿命の延伸100歳まで元気でいようとか、そのためにはちゃんと治療も受けようとか、何かそういうような、そちらの流れでいくものと、それを下支えする自治体とか保険者がそれぞれどういう達成目標を考えていくのか、ここを整理したらわかりやすくなるのかな。自治体の人が、じゃあこれを減らすために何をすればいいんだよね、これはできているけどこれはできてなかったよねというふうに考えられると、21と保健事業が動いていくのかなと。どういう方法で住民の健康状態をつかんでいるかということ、21の市町村版とか都道府県版のチェックリストなんかをつくって、都道府県としてはここのレイヤーのところにはこういうアプローチとか、こういう評価をちゃんと見ているかということと連動させると、動きやすいのかなというふうには思うんですけど。

国民向けと自治体向けと、両方あったほうが良いと思ってます。国民向けのメッセージだけだと、やっぱり自治体は、それだったら住民が動くことだから私たちは啓発すればいいよねってなっちゃうので、啓発だけじゃなくて、どういうアクションを伝えていくのか。例えば特定健診でその設定、一部の人しか対象者ではないと言ったけど、だけど健診の項目の中に腹囲があることによって、皆さん腹囲を意識する、そういうポピュレーションアプローチとしての波及効果というのも期待できるよねとか、そういう裏方としての21の構造というのが整理されているとよいのかな。そして国民としての自発的な運動としてのその流れとその裏方の流れがかみ合っているといいのかなというふうにちょっと、イメージ的な話で申しわけないんですけど。

○辻先生 岡村先生。

○岡村先生 これは、未受診者対策の研究班やったときにも思ったことなんですけど、例えばある市町村と話をする、いろんな媒体とかを流して、情報も持っているんだけど、どの手段でどういう層がどれ

だけ見ているかというのを考えてやっていますかと尋ねると、あまり考えてやられてない。なので、どれをやったらどこに届くかということがまず大前提としてあると。すると、じゃあその相手が見えてきたら、どういう情報をまず相手、こちらが流したい情報と、今度相手が欲しがっている情報とのせめぎ合いになってくるので、合致点があればそこを突破口にするのが一番楽だというふうな話になってくるので、それがひょっとしたら疾患単位でのほうが興味ある人がいるかもしれないし、逆に働き方とか生活習慣とか生活リズムのほうが気になっている人がいるかもしれないしということがあります。多分働きかける層の構造によって違ってくるので、それを戦略的に考えてできていればいいなと思うんですけど、やっているところももちろんあるんですが、そこは考えずに、広報は別の部局なので知りませんみたいなのところが多いことも確かです。

○辻下先生 今その個人に対する働きかけが、いろいろな中間的な層を経て動くことがあります。国が直接個人に対してメッセージを運ぶだけじゃなくて、それが「場」、職場とか場を通して、これポピュレーションアプローチで場を通して環境づくりも啓発もいろんな事業も含めて場を通してアプローチするのと、企業とか健診、保健指導って「個」にアプローチをできる、個の手段を持っているので、それは医療の関わりもあれば健診、保健指導の関わりもあれば、そういう、それぞれが関係するメンバーが、こちらは医療専門職だし、こちらは行政とか企業とか場になる。場をつくる人たちへのメッセージというのは国民のレベルに割と近いけれども、場でやれること、だから血圧を下げましょうというのは場に対しては働きかけはできないわけですね。だけど、熱中症予防で塩分をだあっと置いておくとか、そういうことはしないでねとか、そういう場の人たちが知っていれば適切なアプローチができることもあるので、専門職じゃないけれど、その健康に、その環境づくりと関わる人に向けたメッセージはわかりやすく。それから医療専門職、これは個人に対してアプローチをして、治療を中断しないとか、いいコントロールとか、だから糖尿病でも有病率を減らすという目標よりも、8.4がいいかどうかは別として、一定の範囲内でのコントロールができていてる人を増やすというような目標値を組み入れていくと、病気になったら終わりじゃなくて、なってもコントロールすれば合格だよなという、それが医療側の目標値としてセットされると、かかりつけ医も含めてこの動きに動員できるのかなと思ったりします。

○辻先生 はい、田淵先生。

○田淵先生 主観的健康感をとという話が午前中もありましたが、個別のいろいろな健康指標は悪くても、主観的健康感が良ければいいのではないかとという話もあり得るかもしれません。健康であればいいという考え自体が、ある意味では偏っているので、主観的健康感だけじゃなくて、幸福感なども含めた、健康より上位に位置するような目標指標も一部組み込んでみてもいいのではないかと考えました。認知症であっても幸福を感じているような人々もいるとか、生まれながらに障害があっても幸せに過ごしているとか、健康というものの概念を幸福というようなよりもっと上の概念というような指標との兼ね合いで主観的健康感を捉えるような形にしてもいいのかなというふうに勝手には思っています。

○辻先生 橋本先生、どうぞ。

○橋本先生 健康寿命は内容がそれほど理解されないで使用されている指標である。中身を見ると、ADL制限、仕事とか家事とかの制限、学業の制限、それから外出の制限、そういう内容です。国際生活機能分類上、活動制限とこれまで説明してきたんですが、参加制約の部分が随分強いんです。辻先生が午前のセッションの最後におっしゃったように、バリアフリーによって、仕事とか外出とかを改善できる余地がある。そういう健康感という概念を導入し、そういう指標を主要指標に位置づけているんです。その辺のところを説明することによって、メッセージが変わってくるという気がする。ぜひ検討いただきたいと思います。

○辻先生 今のお話に1つ補足させていただくと、主観的健康感の健康寿命もちゃんと測っていますので、健康日本21では。ほとんど誰にも注目されてないんですけど。

○橋本先生 位置づけとしては補助的な指標です。目標設定に入っており、数字も全部出ています。ぜひ一緒に見ていただきたいと思います。

○辻先生 ありがとうございます。他にどなたか。はい、近藤先生。

○近藤(克)先生 岡村先生に質問なんですけれども、スライド番号でいうと6と7ですね、5と7。上にオレンジ色の棒が3本並んでいて、健診受診組で3割ぐらい死亡率減っているというのは、結構再現性ある数字だというご紹介があった。その下の丸がいっぱい並んでいるほうからいくと、健診受診者の50%って数字が入っているので、そのうち保健指導の対象になり、実際にそれを修了する人って考えると、全

体100から見ると1.6%で、健診を受診した人を100とすると、これ3人ぐらい、3.2人ということですよ。そうすると、上のオレンジ色のグラフをどう考えたらいいかという質問です。

○岡村先生 上はですね、先生これ、基本健康診査のときです。それで何があるかという、今は特定健診だけをはじいているでしょ、実際のところは、肥満していない人も指導に行っているし、要医療で受診している人もいますから、現状は下の丸で、町によったらその特定保健指導以外のことをやっているかもしれません。上の時代というのは、基本的にどちらかといえばモノカルチャー経済で、高血圧とか非常に多かった時代なので、基本的には高い人は受診勧奨をどんどんされ、それでその間の人は、別に他のこと考えず、減塩か何かを指導されということになるので、今の保健指導率とかと違ってこの上の効果というのは、要医療になっている人と、一般的な保健指導した人も全部含めてのものと、あと自分で気を付けた人もいて、セレクションバイアスがかかっていますから、セルフでやったものも全部乗っかってこんなもんです、というのが上の現状だと思います。

○近藤（克）先生 そうすると、下の円でいうと、右にX%、赤字でY%とあるようなものも含んで組み込んでのものだということ。

○岡村先生 それから、多分これにセルフの自己管理した人と、それから特定保健指導じゃない保健指導の効果も全部含めてこんなもんだという理解していただければいいかと。

○近藤（克）先生 先生のスペキュレーションで構わないですけれども、要はセレクションバイアス、その健康意識高いので健診受けているようなものが、この3割のうちのざっとどれぐらいじゃないかという、今までの経験からいうと。

○岡村先生 これ先生、多分地域と職域でかなり違っていて、もともと企業の健診っていうのは強制ですから、企業で本人さんが受けている部分というのは、あまりセルフケアの意識が入っていない人もいます、恐らく。だから、その企業で見たらいいんだけど、企業では受けない人がレアケースになるので、その解析は多分できない。だから、実際のところのスペキュレーションとしてはかなり難しいと思いますが、市町村のこの人で、多分これ市町村の健診なので、効果って話半分ぐらいだろうと私は思いますけど、これ全くのスペキュレーションでわかりません。だから、これ下の寶澤先生の論文通すときに、7つか8つ落とされまして、ひどいレビュアーからだと一行で「セレクションバイアス」と書いてあって、レビュアーコメント一行というのがあって、散々落ちまくりました。いいじゃないいくら落とされてももう論文いっぱい書いているからって、わけわかんないこと言って、通るまで叩きつけて頑張っていたというケースなんです。要するにトータルとして受ける人の結末はこのぐらいだということであって、健診そのものの効果がどのぐらいかというのもスペキュレーションの域を出ないと思います。

○近藤（克）先生 自治体によって、健診受診率というのはかなりばらつきがありますよね。それを使って、受診率が高いところのほうが効果が大きいというような分析って、誰かが苦勞すればできそうな気がするんですけど。

○津下先生 愛知県で、市町村で健診受診率が高い地域ほど無関心層もいろんな人も受けていて、受診率が低いところというのは、あまり広報していないのに健診に来る、非常に関心層が受けている。だから健診データは逆に、受診率高いところのほうが良くない結果が。なんですけど、断面で見るとそうなので、ということ。

○近藤（克）先生 ちょっと10年単位の、この場で話しても気が長すぎるかもしれない話なんですけど、あまり言う機会がないので。海外のいわゆるRCTでやったエビデンスだと、こういう総合的な健診ってエビデンスどうなのというのが相次いでいますよね。でも、日本だけは国策として健診をやっている。そうすると何かポピュレーションアプローチとしての何か波及効果はありそうな気がしていて、本当のところ効果はどうなのよという点について、いつかすっきりしたいなという思いがある。ここの研究班には多分そういうふうに思っている人が多くいるところで、誰かが言い出さないといつまでも進まないんだとしたら、答え出るのに10年ぐらいかかりそうだけでも、何か仕掛けていくことはできないか。どっちの結果が出てもすごくインパクトが大きくて、プログラムレベルだと効果ないように見えたけれども、国策レベルであれば効果あるというのもあり得ると思うし、もし効果がないとしたら、もっとポピュレーションにシフトしましょうという話になりますし。

○岡村先生 逆に割と公衆衛生のほうから、健診の無効性がどうのこうのって話が出てきやすく、臨床のほうからいうと、何かもう血圧を測らないとかあり得ないだろう人間として、みたいなのが前提でくるので、そもそも話が全くかみ合わないんです。だから、恐らく全員血圧を測ってガイドラインどおりに管理

すれば、それは効果はあるでしょうということしか言いようがないんですが、患者さんが実際に動いてくれるかどうかというのはまた全然別の話です。

○津下先生 ただ、日本人の寿命がこれだけ延びてきて、そしてメタボ率とかいろんなデータも改善してきていて、これを止める勇気ってありますかっていう、だからこれは、だから年に1回、私はそういう、単にその生活習慣改善しましょうだけではなくて、1人1人に自分の状態を測ってフィードバックをするということの教育的な効果、健診の指導は受けなくても、そういうそのテレビでも130を超えたらって言うていて、自分の血圧知らなかったら、130という数字がどういう意味を持つかわからないので、そういう意味では、どういう政策をとって、だからどういう結果だったかということについては、国際比較ができるというのは重要だろうなとは思いますが、でも、データのいい結果が出ているわけですから、寿命もトップクラスで、これだけの人口規模でトップクラスの寿命になってきていると。課題は個々あるにしても、その効果のところは1人1人に対して働きかけるということの効果が怪しいとは言えないと私は思ったりします。

○辻先生 1つ、皆さんに聞きたい話がありまして、循環器疾患分野の目標設定（岡村先生の資料の19頁）では、一次からずっと、このような美しい図をつくっていただいています。つまり、アウトカムとして循環器疾患の予防が第3段にあって、そのために第2段で危険因子を低減させて、そのために第1段で生活習慣を変えていくという形で、目標や施策がきれいに整理されています。こういったものが他の分野でもつくれないかなといつも思っているんですけど、例えばがんだったら、うまくつくれるかなと思うんですね。そこで皆さんにお聞きしたいんですけど、例えば山之内先生にお聞きしますが、こころの健康で自殺減少といった目標があるじゃないですか。それを第3段とした場合、第2段や第1段は出せるのでしょうか。あと相田先生にちょっとお聞きしたいのですが、歯の話でもこのようなものを作れるのでしょうか。その辺がきれいにいせれば、わかりやすい目標と施策を市町村に出せるのかなと思いますけど、いかがでしょうか。

○山之内先生 めっちゃつくりたいです。で、つくりたいのでつくろうと思います。そのときに、自殺を最終段階にしちゃうと、自殺ってまたこれ実際最近3万人から2万人に減ったのは、もうアベノミクスだろうなと思っています。そういう中で、他の要因がいっぱい入るようなものを最終アウトカムにしているちょっと今の現状があって、恐らくそのうつ病による今の、勉強中なんですけど、例えばうつ病や不安障害による新規の発生率とかを最終アウトカムにして、医療にかかる人、それからそのコントロールする人って、糖尿病モデルみたいな形でこれをつくっていければいいのかな。第二段のところは恐らく職域における何か配慮とか、学校に対するだとか引きこもりとか、そういったことがあるのではないかな。第一段のところはちゃんと寝ようとか、休みを取ろうとか、いろいろ学校教育とか。

○辻先生 ソーシャルキャピタルとかね。

○山之内先生 はい。そういったことで閉じこもり防止とか、そういった形でつくって行って、むしろその今精神4つあって、ばらんばらんなので、むしろもう不安・うつとかぐらいにもう限定をして、例えば統合失調症というのは、これどんなに健康で啓発とか健康局的な働きかけをいくらしたところで、なっちゃう人はやっぱりなっちゃうので、むしろその環境によって左右される、それから市町村の人もやりやすい。

それから、もう1つ医療のほうで、医療福祉のほうで今地域包括ケアを精神科にも、という話が出ていて、やっと構築が始まりました。その中で、今まで精神の世界が、いわゆる統合失調症の慢性の人の福祉をどうするみたいな、そういうちょっと暗い感じだったんですけど、それをこれからその保健ですね、まさにこの健康日本と関係してくると思うんですけど、保健に着目をして、いかに地域で支えていくかみたいな。それは別に慢性のほうだけじゃなくて、うつ、不安だとかそういったことを相談に乗れる仕組みだとか、そういったことを地域ぐるみでつくっていかうという流れもありますので、そういったところと、午前中に近藤先生が、省を超えた、国土交通省とかいろいろ言っていましたけど、そういう意味では、厚労省内の局同士の連携を図りつつ、今の厚労の精神の人もぜひ協力したいと言っていますので、そういった形でこういったものをぜひつくりたいと思います。

○辻先生 お願いします。じゃあ、相田先生いかがですか。

○相田先生 歯科・口腔分野でもできると思います。歯があって噛めるとか、人と会うことにためらいを持たない、会話をできるというような口腔の機能を最終アウトカムにして、そのために虫歯や歯周病を減らすというモデルです。そのためにたばこを減らしたりフッ化物応用をしたり、歯科医院でのケアをしたり

など、介入ができると思います。大変重要な観点だと思います。

○辻先生 後で、これから村山先生にもお話していただくんですけど、第二次で栄養・食生活に関する相互の関連図がきれいに書いてありましたですね。それぞれの要因同士を矢印でつなげて、この要因を動かすとあの指標が変化するんだよってというのが非常に印象的だったですよ。ですから、ああいうイメージを他の分野でも作れたら良いと思います。よろしくお願ひします。何か先生ありますか。

○村山先生 栄養・食生活については、後で具体的などころをまた見ていただきたいと思いますが、循環器疾患でこのようにフローチャートつくっていただいたのが、非常に私たちとしてはありがたかったです。地域での活動の場で、これを用いて説明をすると、栄養関係の人たちが自分たちは何のためにやっているのかということがわかってもらえるし、このくらい寄与できるのかということが目に、数字に表れたというのが非常に大きかったと思います。

ただ、先ほど岡村先生おっしゃったように、実は本当は発症率でないと、予防の効果というのは見えないことを考えると、発症率というのは使用できないのでしょうか。

岡村先生から循環器疾患の死亡率に対する生活習慣改善の効果の推計の論文を送っていただいて、その論文に生活習慣の中で喫煙率の低下については記載されていましたが、減塩の効果については記載されていなかったのでしょうか。

○岡村先生 細かい注釈で書いています。こうしないと見えないぐらい。

○村山先生 すいません、ちょっとよく見えなかったもので、ご説明いただき、ありがとうございます。発症率の部分というのはいかがでしょうか。

○岡村先生 これ、なかなかすぐというのは難しく、去年可決された循環器疾患対策基本法の中では、実は条文に発症の情報を収集するというふうに書いていて、しかも情報は循環器病センターで集めるというふうにはなっています。ただこれは基本法なので、方向性を示しているだけです。本当にそれで動き出すかどうかはまだまだです。がんだけががん対策基本法はあって、登録方法は別につくらなきゃいけなかったもので、そこまで進めるかどうかは全然別儀です。先々はそういう体制ができたらもちろんいいし、場合によっては本当はNDBか何かで、実は診療行為からある程度診断をつけていくことができるかというのがあって、ただ一番の弱点は初発か再発かわからないので、実は循環器の予防では使いにくいんです。本当にいつ起きているかわからない。それで、1次予防と2次予防って全く治療方針が変わっちゃうので、使いにくいところがあるんです。それはもうやむを得ないといえばやむを得ないというところなので、レセプトで見られる限りの初発みたいな、限定条件は付けるんですが、やっぱり本人に聞けない部分の弱点は当然残ってきますし、検査データが入っていないので、という弱点はあるんです。便宜的にはある程度、国循はDPCで、専門病院から集めるDPCデータの解析かなんかしていますので、あれもDPCから類推して発症を見ているみたいなどころがあるので、そういう利用の仕方が、まず最初かなど。個票をいちいち病院からって、なかなかもう難しいんじゃないかなと個人的には思いますけれども。

○辻先生 そろそろ時間ですけど、尾島先生、何か最後にこのセッションを通じて何かありますか。すいません、急に振っちゃって。何か話したそうな顔してましたが。

○尾島先生 国で示すのと、先ほども話に出ましたが、自治体でどういうふうにしていただくかというのを想定しながら、自治体でうまく回るようなのを誘導するようにつくっていけるといいなと思います。

○辻先生 ありがとうございます。

ということで、セッションⅡはこれで終了ということにしたいと思います。

セッションⅢ：ポピュレーション戦略の拡充

○辻先生 それでは皆さん、定刻になりましたので、座席にお戻りいただきたいと思います。

最後のセッションになりましたので、よろしくお願ひしたいと思います。

1つだけ連絡事項ですが、班員の皆さんには第3回班会議の日程調整表をお配りしていますので、ご回答をお願ひいたします。次回の班会議は1月開催ですので、今年度の研究成果を報告する会になりますが、基本的には今回の続きのような議論ができればと思います。つきましては、健康寿命に関する研究が課題となっている先生方には計画通り健康寿命の研究報告をいただきたいと思いますが、それ以外の先生

にはそれぞれの分野に関する目標項目をご提案していただければと思います。1月の班会議ではそういった議論もまたできるとうれしいなと思います。後で、今回の発言録とまとめて、次回の班会議でご報告・ご議論いただきたいこと、また今年度の報告書としてまとめていただきたいことを改めてお願いしますので、よろしくお願いします。

では、田淵先生お願いします。

[第1部]

○田淵先生 貴重な発表の機会をいただきまして、皆さんありがとうございます。

いただきましたお題は、たばこ対策等を通してポピュレーション戦略をさらに拡充するための方策について提案してくださいということでした。

まず、初めにたばこ対策自体は、既に健康日本21の第二次の推進の計画、方策のところでも、重要な観点が書かれています。まず、健康格差是正の観点からのたばこ対策についてポピュレーション戦略とあわせて説明させていただきまして、その後、どういった視点で目標を設定したりアクションプランの原案のようなものを設定したり考えていったら、現状をどう変えたらいいのかということのを少し提案させていただきたいと思います。

皆さんが使っている図とほぼ一緒なんですけれども、ポピュレーション全体の推移は、リスクレベルがいろいろある中で、全体が介入前から介入後に並行して動いてくれば、大きなインパクトがあるんですが、実際にはそんな都合よく動いてくれなくて、せっかく介入してもリスクの高い人はそんなにリスクが改善しない、格差が広がるだけということが容易に起こり得ます（2枚目のスライド）。

喫煙率の格差の実態がどうなっているかという、このグラフは医療保険の種類を聞いて医療保険の種類別に喫煙率を見たものです（3枚目のスライド）。国民生活基礎調査の2010年のデータを使って、何十万人という人を医療保険別に比較してみたときに喫煙率がどうかという、共済組合の方が最も喫煙率が低くて、生活保護や無保険の者が含まれる「その他」のカテゴリーでは喫煙率が最も高く、次に市町村国保の者が高い。これは、年齢調整した喫煙率であり、2010年の人口分布を使って調整しています。健康の社会的決定要因の代表の1つとして保険者という変数を使えるのではないかと思います。

しかも、医療保険別の情報は、日本の医療や検診などの制度と関連しており、医療保険別にアプローチできるルートが違ったりするわけですから、実際の対策にも活用しやすいという面があると思います。

医療保険別ではなく、学歴別に受動喫煙の割合を比べてみますと、大学院卒の人では6%ですが、中卒の人の場合には32%が受動喫煙にさらされているというように、格差があります（4枚目のスライド）。たばこ問題を健康格差是正の観点からも考えていく必要があるということがわかるわけです。そして、取り組むべきことは世界的なエビデンスから分かっており、ある対策を実行すると健康格差や喫煙格差が減らせますとわかっている。それに相当する一番の例は、たばこの値上げです（5枚目のスライド）。健康格差を提示しても改善できないじゃないかということと言われるという話があったんですが、たばこを値上げすると、むしろ社会的に不利な状況の人、貧しい人にこそ効果がより高いということがわかっています。健康格差も縮小できるとデータから最も推進すべきだとわかっている対策を進められるように目標値やアクションプランに載せる戦略をうまく提示していく必要があるのではないかと思います。

これは、いろんなメディア、多彩なメニューによって、たばこ対策が届きにくい人へのハイリスクポピュレーションアプローチ戦略と、いわゆるポピュレーションアプローチ戦略の併用が有効だと考えられますという、今日1日通して皆さんと議論してきた同じ内容を提示しただけです。ただし、たばこ対策の場合には、どういう対策をしたらいいかというのがすでにエビデンスからわかっているということが重要だと思うんですね。そのときに、ちゃんとわかっているんだということを明確に示すことの一例としては、さっきエビデンスをどこまで取ってくるかという話を僕も会議でさせてもらったんですが、今回辻先生からも、新たな項目の1つとして新型たばこのことを挙げていただきましたけれども、最新の2019年7月に出されたWHOによるMPOWER2019の報告書（7枚目のスライド）では、電子たばこを間違いなく有害だと書いています。加熱式たばこについても、今までの報告書では項目がなかったのですが、初めてその項目が足されて、たばこと同じ有害物質が出ていて、紙巻きたばこよりも害が少ないとは言えないと指摘し、加熱式たばこをたばこ製品としてFCTCにより規制すべきだとしています。この見解に

については僕も全くの同意見です。エビデンスという意味ではまだ不十分ではあるのですが、どこまでの方針を世界的に求められていることだとするのか、その解釈は、皆さんと議論した上で、WHOの意見も参考にして、日本の取るべき姿勢というものをを出してあげたいと思います。

現状の健康日本21の第二次のたばこに関する目標を羅列します（8枚目のスライド）。成人の喫煙率を2022年までに12%（男女合計）、この目標値1つを取っても、残念ながら達成されそうにはありません。その達成されないということをしっかり受け止めて、なぜ達成されないのかということを考えないといけないと思います。

これ（9枚目のスライド）はスペキュレーションで、その達成困難理由がわかっているわけではないのですが、喫煙率等の目標値が掲げられた一方で、具体的な政策（の進め方やアクションプラン）は明記されず、と書きましたが、これは完全に正確ではありません。実際には、こんなように対策してくださいという文章も含まれてはいるのですが、明記されずというのは、自治体等のたばこ対策に取り組む団体が、こうすればいいんだとちゃんと分かるようになっておらず、優先順位にのっとった対策が日本全国で実施されたわけでは全くなかったという観点からです。それが実行されなかったということが、目標に届きそうにない原因かもしれないと書きましたが、もし世界的に有効だとされるたばこ対策が実行されたらどのように喫煙率が減るか、今日来ていただいた片野田先生が別の厚労省の研究班等で推計してくださっています。より効果的なたばこ対策を進めれば、より目標値の実現につながるということは言えるわけです。

健康日本21の第二次の文書から一部抜粋して、喫煙のところでどう書かれているかということ、「国は、受動喫煙防止対策、禁煙希望者に対する禁煙支援、未成年者の喫煙防止対策、たばこの健康影響や禁煙についての教育、普及啓発等に取り組む」と書かれています（10枚目のスライド）。また他の場所には、増税によりたばこの値段を上げることが重要であり、FCTCに則り対策を進めることも重要だと書かれています。ちょっと曖昧だったり、自治体で具体的にどうすればいいのかと明記されているわけではありません。

これ（11枚目のスライド）はたばこ対策の6本柱を優先順に並べたものですが、この第1番に挙げられる増税やたばこの値上げというのは、どの自治体の関係者も、私のところだけの力ではできないとなり、それはある意味仕方ない面もあります。しかし、2番目に挙げた職場・家庭など全ての空間の禁煙化を進めるとは、具体的にはこの職場を全面禁煙にすることです。その場合に、喫煙所をどうするかとか、屋外に喫煙所をどうするかとか、各論の問題がネックになって、現実的にはうまく進められなかったりする。3番目に挙げた脱たばこ・メディアキャンペーンとは、あえてテレビCMなどの、と書きましたけれども、単に脱たばこ・メディアキャンペーンとなると、世の中の多くの人が、一般市民公開セミナーを1回でもやればいいでしょうみたいな感じに変わったりしちゃいます。テレビCMなどの、と書いたのは、WHOの定義によると、少なくとも3週間以上続く、テレビを見る多くの人、たばこを吸っている多くの人にも届くキャンペーンをやりたいということ。具体的な対策内容がうまく伝わっていないから、残念ながら各自自治体でより有効だと考えられる政策の実行につながっていないのではないかと考えています。

10枚目のスライドの健康日本21の文章では、「受動喫煙防止対策」と書かれていたのですが、その言葉は全面禁煙化法を作ること示唆します。実際には全面禁煙にならない例外も規定されていますが、最近できた改正健康増進法があり、さらに各自自治体でより厳格な条例を制定すればいいという意味だと考えています。東京都の事例もあり、大阪府の事例もあります。健康日本21の目標値設定において、どこまで踏み込むかという問題ですが、各自自治体でもかなり有効な受動喫煙防止対策はできると分かっています。この具体的なところの対応を明らかにするような形で目標値を提案できたらと思っています。

禁煙支援と書かれていますけれども、実際には大規模なクイットライン、WEBや電話による禁煙無料相談、しかもクイットラインではたばこの箱に日本全国統一のクイットラインの電話番号が記載される仕組みとセットでないと効果を上げないと考えられます。たばこ対策に関して推奨する具体的内容は、11枚目のスライドに示すようにいろいろあるわけです。しかし、たくさん挙げすぎても、各自自治体でできるわけではないわけで、何らかのできることをやって「やりましたよ」となっちゃうという面があります。それぞれの対策について、より具体的にやるべきことについて、国がやるべきところと各自自治体でやるべきことを現状の文章では区別できていませんので、区別する書きぶりがいいかもしれません。優先順位第1位の増税というようなものは国が一番やりやすいとされますが、各地でたばこの消費量を下げること

よって増税につなげることができるということもわかっています。

たばこのモニタリングは、世界的に絶対やるべきですよとされています。日本のタバコ対策において現状で、唯一「優」という評価をもらっているのがたばこのモニタリングですが、I Q O Sなどの加熱式たばこの使用率が10%を超えているというのが現状ですので、I Q O Sとか加熱式たばこ問題についても、もう無視できないレベルに拡大しているということが言えます。加熱式たばこ等の新型たばこのモニタリングを新しい項目として入れるべきだと思います。

これまでがたばこ対策の話なんですけど、運動、栄養、メンタル、アルコールなどの分野で、今後どのような取り組みが必要かという視点で考えますと、タバコ対策と同じような提案ということになります。もちろん全ての分野が重要ではあるのですが、現実的に全て何もかも網羅的に同じような取り組みをすることはできないと思います。そういった観点から、しっかりエビデンスのある具体的な政策を優先的に実施していく必要があると思います。現実には、これまで計画を各自治体に任せてみて、実際にやられたことは何かというと、残念ながら優先順位が高いことが実現できたとは言えない。そういった意味で、飲酒に関しても、日本では朝から酒を売っている店があるという話がありましたが、アルコールを朝からは売らないようにするとか、WHOが指摘しているように日本の居酒屋等における「飲み放題」ルールをやめるようにしていく必要があると思います。ナッジの観点からも日本の居酒屋でのデフォルトの状況が「飲み放題」で、多量飲酒を誘発しているわけです。その「飲み放題」が世界的にも批判されていますので、それをなくしていくという目標設定も重要だと思います。時間も押していますので、他にも言いたいことはあるんですが、これぐらいにしたいと思います。ありがとうございました。

○辻先生 どうもありがとうございました。

それでは、何か皆さんからご質問、ご意見ないですか。はい、尾島先生から。

○尾島先生 今、各自治体が健康寿命日本一とか目指していて、関連から見ると、多分たばこ対策が一番効くんだと思います。そこで、各自治体に何かそう思ってもらえるようなエビデンスとか、自治体で何を頑張ったらどのぐらい健康寿命が延びるんですよとか、何かそういうのを実感を持ってわかってもらえるといいなと思うんですが、そういうエビデンスはありますか。また、新型タバコが非常に重要な問題で、新型タバコ固有の対策として何かこういうのをやるべきとか、そういうことはありますか。

○田淵先生 初めのほうは、皆さん方が研究成果として数値を出してくれていますので、今何%ですよとは提示できませんが、その数値は出せると思います。それこそ喫煙に関してデータを出せないようだ、他の分野でも出せないぐらいにタバコ問題に関する研究が多くあると思います。たばこ対策に優先順位位置いていないというのが、残念ながら現状の健康日本21における記載の順番からも分かります。たばこ対策が一番はじめに出てきてもおかしくないのに、5番目だったりするわけです。それは何の付度なのかはわからないんですが、より高い順位で表示するのが、本当の優先順位の順番だと思いますし、いろんな面で優先順位をはき違えることが起きると思いますので、うまく改善できたらいいなと期待をします。

新型たばこの対策に関しては、たばこ産業側の情報戦略で、かなり歪められているような状況があります。WHOの意見というのは、僕からすると極端だと感じる場合もあるんですが、世界にはいろいろな意見があり、イギリスで主流の意見は、実は電子たばこ容認なんです。イギリスは情報発信力が大きいので、あたかもイギリスの意見が大勢を占めているかのように見えるんですが、世界的な意見では、電子たばこや加熱式たばこは危険だという意見のほうが主流です。とはいえ議論の余地はある。それはなぜかというと、長期的なデータは当然ながらないということがあります。現状の時点でどうするかという判断は、我々専門家の判断に基づいて決めるしかないと思っており、WHOの意見は参考にできるとしています。

○辻先生 はい、津下先生。

○津下先生 自治体において、たばこ対策啓発事業として、健康日本21でいうと健康増進計画で、啓発みたいにおっしゃるんですけど、啓発として今1番人気あるのは認知症予防とかそういうもので、たばこってまず吸っている人がだいぶ減ってきた、で3割。たばこ吸っている人は大体啓発事業なんか来ない。女性は吸う人は少ないし。自治体が今まで啓発事業と思っているアプローチではだめだと。もう私たばこ吸っていないし、たばこ止めたし、関係ないし、たばこ吸っている人というのはちょっと違うよね、というふうに見ていて、市町村の従来の健康増進としての啓発のアプローチでは、人も集まらないし、関係ないよね、になっています。大事なことは、やっぱりこの2番目の職場・家庭の中で喫煙しないでほしいということや、なぜ東海道新幹線で喫煙ブースがあるんだとか、そういうのを本当に嫌だということを書いて

いくということしかちょっとなかなか手がないのかなというふうに思っています。

それからもう1つは、大学と、就職してたばこに曝露するところの対策が弱い。今敷地内、大学は全て禁煙になったんですかね。ちょっと前までは、健康をうたっている大学でも喫煙室があったりしていたぐらいだったので、ちょっとびっくりしたというのはあるんですけども。学生時代に吸い始める人が非常に多かったんですけども、その吸い始めが職場か大学あたりが多かったのも、その対策、その人たちは徹底的にそこについて責任を持ってやってもらいたい。それから、保険者別で見ると、船員保険が圧倒的に喫煙率が高い、船乗りさん。なので、やっぱり対処するポピュレーションをくっと絞って何かするというふうな対策は必要のかなというふうに思います。

○田淵先生 どちらも必要だと思います。テレビCMの話もしましたが、テレビCMを見る人も減っていますよね。インターネット等多様な媒体でアプローチして、マルチチャンネルでアプローチしないと届かない時代になっている。テレビ見る人に喫煙者が多いと考えられているのですが、そのことも合わせて、いろんなチャンネルでやろうというときに、国がやるべき方針と、都道府県レベルでやる方針と、市町村でやる方針について優先順位を明示して、こんな対策をやりましょう、他の先行事例で優良事例がこうありますという紹介とあわせて計画にのっとって最適な対策実施できるようにできたらと思います。

○辻先生 片野田先生から何かありますか。

○片野田先生 最初のその人が集まらないという点についてコメントさせていただきたいんですけど、新型たばこ、受動喫煙、健康増進法の改正は、今結構ホットなトピックで、思ったより人が集まります、非常に関心が高い。それは、喫煙者の方であっても新型に興味がある人もいるし、保健医療従事者であれば、その健康増進法改正でどうなるか、どうしなきゃいけないかという話題は、非常にホットなトピックなので、その2つは今が旬だと思います。

もう1つは、田淵先生が指摘した優先順位の話ですが、優先順位も大事だけど、組み合わせが大事だと思っていて、健康増進法が改正される今は、禁煙支援のチャンスでもあるはずですよ。敷地内を禁煙にする、あるいは屋内を禁煙にするだけじゃなくて、吸っている人にそのタイミングで禁煙サポートをするという、その組み合わせが非常に大事で、今はチャンスなので、健康日本21が数値目標を立てたというのがこれまでも一番大きな進歩だとは思いますが、その次のステップとしてHOWの部分、あるいはどうやってやるかの部分を、その組み合わせも含めてうまく提示できれば、何か身のあるものになるんじゃないかなと思ったりもしています。大学は、原則敷地内禁煙で、屋外の喫煙所は認めるのが今の健康増進法のたてつけなので、大学によってはそれつくるかつからないかでいろいろ揉めているところだと思います。

○辻先生 他にどなたかいらっしゃいますか。はい、岡村先生どうぞ。

○岡村先生 あとはやっぱり、今の話でもあれなんですけど、数値目標はもう入っているんで、次の設定根拠をどうつくるかという実はベーシックな話も詰めなきゃいけない。今の計画は止めたい人が止めるという個人の意思に配慮した目標値になっていますという話になるので、すると次の仕掛けを何かでおかないと、次の数値目標がまた何の根拠もなく半減化とかゼロ化って言われると、ここで話している分には多分全く問題ない。ところが、それが外に出ると、いろいろな反応があるので、その対処法をある程度、まず根幹のところは決めないと、ということはあるので、そこをどうしたらいいかというののちょっと話しておく必要があると思うんです。

○辻先生 どうですか、先生方、その辺。

○田淵先生 過去の目標の扱いをどうするのかというのは、決まっていますか。今ある喫煙率12%という目標を達成できない、となるとと思いますが、その場合に、その目標値は全くなきものとして、新たな論理で次の目標値を立てるという戦略になるでしょうか。

○岡村先生 私の乏しい行政経験から言うと、政治的に一番揉めないのは、達成できてないからこのまま同じ目標で行きましょうという、多分一番どこも無風で行きます。それだと困るので、行政的というか、政治的に揉めない範囲で合理的な数値を何か決める方法を考えないといけない。

○田淵先生 なるほど。止めたい人が止めるという率でいうと、止めたい人は結構減るかもしれません。国民健康・栄養調査のその数値がどうなるか次第です。喫煙率12%の目標値を引き上げることはよくないと思っています。そういう意味でいうと、現状維持ですか。

○岡村先生 現状維持以上には悪くならないと思うんですけど、それじゃあまずいでしょ、医学的には。というところがちょっと懸念です。そこがちょっと、言っているのか悪いのかわからなくて黙っていたん

ですけど、二次の目標値を決定する過程でそういう議論をしたので。

○辻先生 どうぞ、片野田先生。

○片野田先生 アナロジーで、がん対策推進基本計画のときのその死亡率の数値目標の話も同じで、10年間で20%減らすという目標値があったのですが、第3期のときに揉めに揉めて、結局取り下げになったという経緯がありました。個人的には、喫煙率12%の据え置きは個人的にはありだと思っていまして、それを上げるにしろ下げるにしろ何らか説明が必要になって、おっしゃるとおりそれに非常に労力を割かれた結果、潰れちゃう可能性も当然あるわけです。それなら、もう12%は据え置きにして、その中身の部分をきちんと議論した上で組み立てたほうが、より実のあるものになるんじゃないかと思っています。

○岡村先生 一次のときの目標値がなくなった過程を間近で見ているので、ちょっと一筋縄ではいかないだろうというのが、まだ現状でもあるんだろうというふうに思っています。

○田淵先生 その喫煙率12%を維持することに、片野田先生が「ありだ」と言ったのに僕も賛成です。さらなる将来の目標としては、喫煙率ゼロにより近く、例えばニュージーランドという国では、たばこのない社会というものを目標にしていますが、たばこのない社会というのは喫煙率ゼロじゃなくて5%未満です。将来は目標値としてニュージーランドのたばこのない社会に準じて5%未満等の数字を打ち出せたらと思うのですが、今は現実的にそれは厳しいと思いますので、そういった意味で、現実路線で12%を維持して、本日提案させてもらったような具体的に市町村や自治体がどうすればよりよい対策、より実効性の高い対策にできるかというところのガイドを充実させるというところに労力を割くのはありじゃないかと思います。

○辻先生 この問題というのは、たばこだけじゃなくて、第二次でいろんな目標値が出ていて、到達されないで10年目になるのも結構あると思うんですけど、じゃあ第三次でどういう目標値にするのというときに当然出てくる議論ですよ。ですから、その辺も考えながらやっていかなきゃいけないかなと思います。

私が今、心を痛めているのは、歩数がどんどん減っていることです。二次のときには増やすという目標数値は出したんですけど、三次でそこをどうするか。歩数が減っているという現実を認めて、減少の抑制で行くか、増加を目指すか。私としては、あらゆる方法を駆使して歩数を増やすという目標とアクションプランを出さなければ、それぐらいの気持ちでやらなきゃ日本人は健康にならないと思っています。三次の策定にあたってはもう1回その辺の議論をしなきゃいけないですよ。

ですから、喫煙率目標だけじゃなくて、それを実現させるためのアクションに係る目標ですとか、皆さんそれぞれの課題について、もう1回考えていただきたいと思います。

他に何かありますか。はい、どうぞ。

○田淵先生 目標自体に好事例としてある市町村のこと、例えば調布市がつくった受動喫煙防止条例のようなものを制定する、そういったような目標の設定はできますか。都道府県別だと、大阪府ではレストランにおける屋内禁煙化の広さの基準を30平米まで狭める（国の基準よりも厳格な基準）とやったのですが、こういった政策は各自自治体で実現できることということ。都道府県では現在より厳格な受動喫煙防止条例を定めようと頑張っているところがありますが、それがより高い世界標準レベル、すなわち例外なく屋内禁煙ということ、それを目指した条例を制定する都道府県の数をできるだけ増やすような目標等、そういう目標値の設定はできますか。

○辻先生 喫煙率を下げるための対策として具体的な部分にまで言及するならば、その対策と喫煙率との間にそれなりのエビデンスが必要だと思います。それがあれば、議論の余地はあると思います。

○津下先生 今自治体という話があるんですけど、男性の働き盛りの人は、自治体の関与が薄い。保険者の協会けんぽの喫煙率が高いので、支部別のその喫煙率、そういう取り組みをしている事業所数を増やすとか、または健康経営はそういう職場管理の中で、受動喫煙だけじゃなくて本人の禁煙を促す仕組みを職場、職域の中にどう浸透させるか、そのために地域・職域連携でもって職場アプローチをかけないといけないのではと思います。地域がいきなり喫煙者へのそのアプローチって難しいので、保険者かその事業所をかませた対策をしているところを増やすなどはどうなんでしょうか。

○辻先生 ありでしょうね。

○岡村先生 協会けんぽの場合は、基本的に個人に対するアプローチというのはある程度何か健診のときにやるしか多分なくて、事業所にやるって多分不可能で、その企業数は何万というレベル、都道府県の中で。なので、普通の国保でいうところの加入者の数ぐらい企業の数があるんですよ、支部単位とすると、

ほぼそれに何かその具体的に個々の職場に、って不可能で、規模の大きいところに訪問して、何かその健康職場の認証かなんかとあわせてアプローチするという試みは今始めているわけですけど、それでも100人以上のところなんかは上澄みのちょっとなんです。すると、もう従業員数5人とか10人とか3人とか2人とかいうところで、そこが人数のボリュームゾーンはそこが占めているので、実際にそのアプローチすること、個々の会社単位というのはそれは多分不可能で、というのが状況で、でも扶養家族なんか難しいので、国保と一緒にやれというふうに今言っているぐらいなので、実際のところ無理だと思います。だから、本人へのアプローチは健診機関ですかね。健診機関は協会けんぽの言うこともかなり聞いてくれますし。だから、健診の場で保健指導をやってもらう、多分そこを使うしかないだろうと個人的に思っているところです。

○辻先生 ありがとうございます。基本的に、これは研究班であって国の検討会ではないので、研究班としてエビデンスに基づいた筋を通すことがメインだと思うんですけど、ただそのとき、1つだけのプランを示すよりは、むしろいろんなオプションを出した中で、それぞれのエビデンスや長所・短所とかいろんなことをつけて国に提言することが大事なのかなと。それを受けて、国が検討会やって実現可能な施策を作っていくと思いますので、我々の段階で、この提案がポリティカルにどうか、受け入れられるかどうかとか、そういったことで自制的になる必要は、研究班としてはないと思っていますので、よろしくお願いします。いろんな観点から出していただければと思います。よろしくお願いします。

他に何かありますか。

○津下先生 すいません、喫煙ではないんですけど、最近ちょっと学校の支援なんかで薬物の話をしてほしいとか、できるだけ薬物依存の怖さというのを早目に知っておいてほしいとか、それからスマホ依存とかいろいろあって、新しい健康課題、依存という観点で、まだ数字もないかもしれませんが、何とかアプローチしていく必要があるのではないかと。メディア依存とかスマホ依存やら、生活が崩れる1つの原因でもある。学校の先生たちは、そのあたりはかなり問題意識を持っているので、それはメンタルに関わる指標との関連で成立していくのか、今後取り組まなければいけない、見ていかなければいけない健康課題かなという気がします。

○岡村先生 今の部分は、結構やっている人が久里浜の先生と被っていて、私実はアルコール・アディクション学会の理事やっているんですが。

○辻先生 ゲーム依存もありますよね。

○岡村先生 はい、そちらのほうでゲーム依存とかネット依存とかいろんなのがあって、要はアルコールに近いぐらいのエビデンスが各依存の領域で違っているので、どこまで目標値に入れられるぐらいのエビデンスが揃っているかを1回確認したほうが恐らくよろしいような気がします。いろいろ何かお話だけだったり、研究レベルだったりというのがあって、そのその研究員の審査員をやっている、いろんなものが出てくるんですけど、かなりエビデンスがちゃんとしているものとしていないものが混じっていると思いますので、どこまで実際具体的な目標にできるか、一回久里浜に聞いたほうがいい気がします。

○辻先生 そうですね。ありがとうございます。

よろしいでしょうか。まだ10分ぐらいありますけど、だいぶ皆さんお疲れのようで。

はい、相田先生。じゃあ、相田先生が終わったら、次に村山先生のほうに移りますので、よろしくお願いします。

○相田先生 会議終了まで少し時間がありそうなので、研究班としては政治的な話はあまり考えなくていいというお話ですので、例えば口腔がんにも関係があると言われていたHPVワクチンの接種率を上げることや、また学校での事業としてむし歯予防のフッ化物洗口などが、目標としてあり得るかもしれません。フッ化物洗口に関して、小学校などの教育現場では、忙しいからやりたくないという意見があったりして、学校により実施状況に大きな差があるかと思えます。学校との連携は文科省ですし、午前中には国交省と協力する話が出ましたが、他の部署と折衝しなければつくりえない目標値というのも、研究班としては出してもいいでしょうか。

○辻先生 私とすれば、特に2番目のほうは、是非とも思えます。最初のHPVですが、現実にはさまざまな動きがあって、それに健康日本21が首をつっこむべきか、ちょっとわかんないんですけど、エビデンスをもとに筋を通して班として提言するというのは全然いいかなと思います。ただ、一次の時に喫煙率半減ということばかりが注目されて議論されて、それ以外の部分で国民の理解が広がらなかったという反省が私にはあります。そのようなことも考えた上で、健康日本の第三次で扱うべきこと、そうでないことを

分けて考えた方がいいのかなと思いますけれども。
よろしいでしょうか。じゃあそういう形で。

[第2部]

○辻先生 では、最後のセッションになりました。村山先生、お願いします。

○村山先生 ありがとうございます。大変お疲れのところ、最後までよろしく願いいたします。

私のほうからは、ポピュレーション戦略の拡充ということで、特に栄養・食生活関連の側面からお話をさせていただきます。

資料は、パワーポイントの打ち出しと、それからフードシステム学叢書というものがついておりますのでご参照ください。

本日のアウトラインですが、まず1点目に、これまでの指標を振り返ってみたいと思います。

2点目としては、これらの指標が、栄養・食生活介入の理論モデルに適用したときに、どこが足りていてどこが足りないのかということと、それから中間評価の結果から見た課題をお話したいと思います。

3点目に、今後どうしたらいいかということで、ポピュレーション戦略の有効性について日本ではエビデンスが少ないため、海外の例を中心に、3つの側面からお話しをしたいと思います。

最後に、次期に向けた指標の提案として、食環境の指標と、追加で食行動の指標の提案をさせていただきますと思っています。

まず、第二次のときの栄養・食生活の目標の考え方は、ベースとなる全体の構造の図に当てはめて、このように整理がされております。本日のお話は、この赤い文字の部分を中心に、高齢者や子供よりは、生活習慣病予防を中心にお話を進めたいと思います。

それらの指標については、上下関係があります。先ほど辻先生から構造的な図というお話がありましたのは、恐らくこのことだと思います。この第二次の目標設定のときは、生活習慣病あるいは上位の健康課題について関係のある生活習慣の目標について、エビデンスができるだけ強いものを中心に設定しました。その後、この間、エビデンスが少なかった主食、主菜、副菜と疾病や死亡率との関連についての論文も増えてきておりますので、策定時に無かった関連も確認されてきた部分はあります。そして構造としては、健康から食事あるいは食行動、そしてその結果と、それを支える環境という構造で策定をしております。

岡村先生がお作りになった図がこちらですが、このような形で病気とリスクファクターと、そこにぶら下がっているということを確認しながら栄養・食生活の目標設定をしたということです。

次に、2点目の栄養・食生活介入の理論モデルから見た既存指標の位置づけと中間評価から見た課題についてお話をします。

こちらの理論モデルについては、本日は専門外の先生が多く、見慣れないものと思いますので、考え方については、私が書いたフードシステム学叢書の解説を後ほどご参照いただければと思います。栄養・食生活の分野では、政策の因子が環境因子に影響して、それが個人の因子に影響して行動の変容に至るというモデルが設定されています。これは、様々なモデルがある中の1つの例です。環境因子は、地域レベルのもの、組織レベルのもの、それから食物を購入する時点でのもの、それから情報的なものというふうに区分されています。

こちらも同様のモデルですが、介入が中間因子の変化、そして中間の結果と健康の結果に影響するというモデルです。栄養学の場面でも、たばこのお話と同じように、経済的なインセンティブがエビデンスとしては最も強いということが示されています。ただ、今日は、経済的な介入、例えば健康によくないものを値上げして、健康にいいものを値下げするといったことは難しいので、省いた形でお話をさせていただきます。しかし、諸外国では、アメリカではソフトドリンク税を導入して買いにくくするとか、私がかかわったフィジーの栄養政策では、輸入食品で脂肪が多い輸入食品に輸入関税を高めて買いにくくする等、既に実施はされているところであります。

こちらが比較的最近出された、政府の健康的な食環境政策の指標のモデルです。その中で、既に健康日本21（第二次）で使われているのが、食品中の成分を変えるですとか、食物提供面から、給食での栄養管理の向上というようなことは含まれております。また、食品表示は義務化されました。これらを考えますと、今回抜けている部分で次期考えたほうがよいのは、食物の宣伝、プロモーションの部分と、販売時

点でのポイントオブパーチェスの時点での対策です。

少し細かくなりますけれども、それをもう少しブレイクダウンして表した表がこちらになります。食物の提供面と、それから食情報の提供面と、それからその一体化した部分に分けて、それぞれのセッティングでどんな食環境整備が、世界では行われているか、あるいは日本で行われているものに下線、黄色の部分は今後必要ということで整理をいたしました。

こういった健康的な食環境をつくるべきということは、WHOが数日前に出したEssential Nutrition Actionsの大きな3つの柱の中の1つ目に含まれており、ヘルシーダイエットの食環境を整備するということが、重要な栄養のアクションの1つであるということでもあります。ちなみに、ライフコースでのアプローチも柱になっています。

ここから中間評価に基づく課題に移ります。食環境指標の、食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業の登録数は増加、飲食店数については増加をしています。ただし、この食品企業の目標、指標に入っているのがスマートライフプロジェクトに登録があった企業数ということですので、目標が100社であり、目標自体が少ないということがありまして、目標に向かってほぼ達成してはいるんですけども、まだ規模的には少ないという課題があります。したがって、国民へのカバー率は低いまたは不明という状態です。もう1つはそのインパクトがどのくらいなのかは不明ということです。インパクトというのは、例えば減塩商品売り上げを売りました、でもその売った数がどのくらいなのか、どのくらい販売した塩の重量が減ったのかということについては、この指標では取れていないということです。さらに言うと、健康への効果がどのくらいだったのか、推計値では先ほど岡村先生に出していただきましたが、明らかにこの対策の効果かどうかはよくわからないということでもあります。

そして、飲食店数は、自治体から報告されたデータで、増加しているという状況になっていますが、カバー率は不明です。

また、給食の施設の栄養管理ですが、管理栄養士の数については、若干増加はしてきておりますけれども、今後指標自体を少し変えることになりましたので、注視していかなければいけない状況です。

こういった中で、食事の内容の指標について、今日全部ご紹介できませんので、食塩だけ示します。比較的うまくいった項目だけ見ていただくということになります。食塩摂取量の平均値は減少し、1,000キロカロリー当たりにしても減少傾向であります。

また、地域差ですが、都道府県間格差は縮まったという結果にはなっております。

このように食塩摂取量は減少しましたが、先ほど申し上げたように、食環境指標については国民全体へのカバー率が低くて、インパクトは不明ということ、それから、販売段階での指標がないということが、食環境の目標の課題だと思います。

次に、本日の内容の3点目です。最初のお話で、辻先生からも国、全体の方向性ということでお話がありました、誰でも自然と健康になれる環境づくりということに向けて、次のステップへということになります。

それを考えるに当たって、海外の例を少しご紹介したいと思います。時間限られていますので、3つに絞ってお話をさせていただきます。

1つ目は、製造段階で食品中の栄養成分を健康的なものにするという観点です。これの典型的な取り組みが、イギリスのCASHという減塩の取り組みです。もうご存じの先生方もと思いますが、イギリスでは加工食品からの食塩摂取量が8割ということで、かなり高いということがわかっていたので、ここを減らしていくという戦略を取りました。特に、ターゲットとなったのがパンですが、徐々に10年間で20%の塩分濃度を下げていく。そうすると、ほとんど人が気付かないうちに塩分濃度が下がったパンを食べていったということです。目標に達成したパンの割合もモニタリングしていきまして、どのくらいのパンがどのくらい減塩したので、どのくらいの塩が減らせたか明らかになっているということでもあります。これは、国も一緒になってやっているのですが、主にはパン業界が自主的に減塩の取り組みを進めたということです。

このイギリスの減塩運動の成果としてよく出されるのはこの図で、食塩摂取量が減少し、血圧の変化と死亡率の低下ということが示されています。

ただ、これを日本で適用できるかということが非常に難しいところです。というのは、ナトリウムの摂取源についてのインターマップスタディーの結果を見ると、イギリスにおいてはパンというのはかなり大きく占めておりますが、日本ではいろいろな食品から食塩を取っていて、パンや特定の食品からとって

いるわけではないということです。厚労科研でのデータに基づきますと、家庭内での調味、例えば煮物をつるとかそういうときの食塩、塩をかけるとか、そういったものと、それから外から買ってくる、加工食品から摂取している部分が約半々ということですので、両方に対する対策が必要ということがわかっています。

ということで、イギリスのCASHを日本で適用できるかということ、特定の加工食品の減塩では、イギリスほどの効果は期待できないと考えられます。しかし、特定の食品をターゲットにすることで、減塩がどの程度広がったかとか、例えばそのデータを収集することで何トン減塩できたとかを見える化することができるかもしれない。そうすると、そのことが他の食品のほうにも波及する効果があるかもしれないということで、1つ考えてもいいやり方、戦略なのではないかと思います。

これを後押しするものとして、WHOから Nutrient Profiling という考え方が出され、これは食品をその栄養成分によって、健康にいい食品とそうでない食品に分類する、あるいはランク付けするという考え方です。この考え方が、今世界で広がっていきまして、Access to Nutrition Foundation という団体が、Access to Nutrition Index というものを作成し、健康によい商品づくりをしている食品企業のランキングを作成しており、今影響力を世界で強めています。どういうことかということ、企業が、Nutrient Profilingを自社の商品についてつくり、例えば冷凍食品であれば、冷凍食品の栄養成分についてデータベースをつくり、それが健康的な方向に向かうように自分たちでモニタリングして改善していく、そういう取り組みをしていると、この企業のランクが上がるという仕組みです。日本企業は上位に2社入っています。大手の食品企業ほどこういった世界的な取り組みの動向には敏感で、非常にこれは気にしており、これに合った取り組みをしようとしている。何でそうかということ、投資家はランキングが上位でない企業には投資しないという動きになっており、企業の持続性に関わるのでやるんですとおっしゃって、それは非常に何か説得力があると思いました。ということで、1つ目の食品中の成分を健康的な広報に変えること、例えば減塩とか、食物繊維等を増やすことの有効性はあると思いますので深化・拡大していくことが望ましいと思います。

2つ目は、販売段階で、健康的な食品あるいは料理の選択肢を増やすことについてです。それについては、取組と効果のレビューが添付のフードシステム学叢書の健康寿命と食環境整備の章にありますので、後ほどご紹介したいと思います。セッティングベースで取り組みが行われていて、海外では、その効果が検証されています。ざっと見ると、第二次で取り上げた給食あるいは飲食店での健康的な食事の提供というのは支持されている、効果があるとされています。でも、もっと効果があるのは金銭的なもの、インセンティブであったり安くしたり高くしたりすることですが、それでも第二次の指標で目標で挙げているものは有効とされていますので、これについてはさらに強化するといいいんじゃないかということです。

3つ目は、販売時の健康的な食品や料理を選択するように促すナッジの話です。これは、女子栄養大学の林先生からご紹介いただいた最近のレビューを紹介したいと思います。3つのレベルから7つのナッジについて、どれが食行動の変容に有効かというレビュー研究です。全体的な効果はそれほど大きくないけれども、特定のナッジの効果、特に行動的なナッジを利用した場合に、健康的なオプションをより選びやすくすることが示されています。例えば、お店に行ったら取ってすぐつかんで持ち帰られるようなタイプのものを健康的なものにするとか、デフォルトを健康的なものにするというようなものです。あとは大きさの改善ということで、健康的なオプションのほうを大きなサイズで、不健康なものは小さなサイズでというように、すぐ行動に反映されるものの方が強い影響をもつことが示されています。

本日の内容の最後は、次期に向けた指標の提案です。今までの話から、特に今回は食環境指標を整理し、方向性をご提案したいと思います。

1つ目は、第二次にある食品企業や飲食店で健康的な食品を提供する指標です。

ターゲットの栄養素として、第二次では食塩と脂肪だったのですが、食塩と食物繊維のほうが重要かもしれない。日本人の脂肪の摂取量はそれほど多くないので、再考が必要かもしれないということです。

そして、食品企業と飲食店は分けて考える方がよいと思います。今後、国として直接やるべきことは、食品企業に対する取組です。今までお話ししたこととの関連で言うと、取り組む食品企業だけでなく消費者が食べる食品のカバー率をより高くすることと、企業や業界の自主的な改善を促す仕組みを作ることです。まずは、ある特定の食品の食塩量であったり、食物繊維量を改善していくことです。例えば、日本において、パン工業会によると、パンのシェアは3社で9割を超えていますので、インパクトが

見える化しやすいと考えられます。日本人のパンを食べる量からすると、食塩摂取量に対する貢献というのは少ないかもしれませんが、見える化する取り組みとしてはやりやすいというふうに感じました。その際に、先ほどの栄養プロファイルを作成して、企業内でモニタリングをしつつ、自社の商品を減塩していくことを後押しする仕組みができないか。食品企業の人とお話をしたときも、国がある程度何%にしろという基準を決めるよりは、減塩とか食物繊維でもいいんですが、自社で進められるほうが取っつきやすいというふうなお話がありました。国は、企業内でモニタリング、減塩を進めている企業を把握し、登録してもらい、その際にどのくらい減塩できたか、減塩商品の減塩程度と販売量から算出した量をその企業から把握すれば、国全体として何トンの塩が減ったとかということが少し見える化できるんじゃないかというふうに考えました。

飲食店については、国は自治体の取組を後押しし、モニタリングすることが役割だと思います。

給食についてですが、前半でお話ししましたように、義務教育の学校については、栄養素等の提供基準があって、栄養管理が進んでいますが、課題は保育所と事業所です。今後、学校給食は文科省がやっているように、できれば国が保育所給食の実態把握、モニタリングができるとよいと思います。これは、自治体を経由することで、自治体も自分たちのところの実態把握と改善ができます。

それから、給食については肥満・やせを指標にして、今後達成状況を把握していくことになっていますが、給食の食事の提供量を把握している自治体はかなりありますので、例えば給食の食事の食塩量をモニタリングするとか、そういうことも可能かと思います。これは給食施設間の格差の是正に向けて有効だと思います。

最後にスーパー、コンビニについて今まで指標がないので、これは販売時の取り組みを促すという意味で検討する必要があります。スーパー、コンビニ等で食品を購入する時点での無関心層への行動変容をどう促すか、ナッジの話も含めて、あるいはヘルシーメニューを出していくということも含めて、対策ができるかよいと思います。例えば、国がスーパーマーケット協会やコンビニ業界と連携して、一定の取り組みを実施している企業数をモニタリングする体制をつくるなどのご提案です。

食環境の指標以外で、食行動の指標についてです。FAO、WHO等から Ultra-processed foods の健康影響についてのレポートが最近出ました。高度な加工食品は生活習慣病のリスクになるということを示した食行動の指標として、高度な加工食品は利用しないということの裏返しで、生鮮食品を利用する人の増加などが考えられます。もし入れるとすれば国民健康・栄養調査で把握していくことになると思います。もし、指標を増やすことが難しいということであれば、第二次の共食の指標はこれに入れ替える、より生活習慣病との関連の強いことがエビデンスとしてあるものに入れ替えるというのも1つの考え方だと思います。実際にこのレポートの中で、日本は ultra-processed food and drink products を摂取している国の順位でいうとかなり上位になって、意外と食べているということがエビデンスとして記載されています。ultra-processed foodはどのようなものかは、こちらをご覧くださいと思います。以上です。

○辻先生 どうもありがとうございました。

何かご質問とかご意見とかないですか。近藤先生どうぞ。

○近藤（克）先生 加工食品の率が、先進国ほど多いとぼんやりと思っていたんですけど、しっかり日本で調べたら、調理と加工食品がざっと半々だったというデータは初めて見たデータです。減塩みそと減塩しょうゆをRCTで本人がわかるかってやったら、わかってない人が結構多かったというおもしろい結果を国内の研究で見たことがあるんです。家庭内調理でも日本ってみそとかしょうゆ使う割合が結構多いような気がするので、減塩みそ・しょうゆを、強力にみそ業界、しょうゆ業界がやってくれれば、それでもそこそこ減るんじゃないかなという気がするというので、その辺の様子どうかという質問が1点。

もう1点が、財務省が発表している塩需給実績、あれって使えないんでしょうか。なおかつ、あれっていきなり財務省に届けるというよりも都道府県を通じて情報を集めているんじゃないかなと、これは想像ですけど。もしそうだとしたら都道府県ごとにその数字って都道府県のその担当部局は知っているはずなので、そんなのをモニタリング指標に入れると、食べているところと生産地って違うかもしれませんが、でも全国でうちは日本一だと、みっともないとか言って一生懸命下げるようになれば、全体的に下がるだろうしという、以上2点の質問です。

○村山先生 ありがとうございます。減塩調味料についてですけども、確かに減塩調味料を勧めることは家庭内減塩につながる可能性はあるのですが、その味に慣れて、この味じゃなきゃと思っていると、その

使う量を増やしてしまう可能性もあります。

○近藤（克）先生 それは小規模のRCTなんですけど、日本でやられた研究の文献で、実は本人たち減塩だと気付いていない人が半分以上だったとかいうのがあります、すごく味に敏感な人はこの濃さでなきゃとかっていうでしょうけれども、私みたいな雑い人間は、いつもこれくらいかなって適当に目分量でやっている人は、減塩だからと言って変えない。だから結果として減るといふ人は、やっぱり減塩調味料が普及すればするほど結構何割といるんじゃないかなと思うんですが。

○村山先生 実際に、日本高血圧学会が減塩食品の登録制度をやっている、そこで通常の食塩量の調味料等からどのぐらい置きかわって、それによってどのぐらい減塩が進んだというのはデータが出ていますので、恐らくその説明はできるかもしれません。

それから、財務省に届けるデータは、自治体でいうとどの部局か、私もそのルートは把握していないんですが、おっしゃるように使えるかもしれません。

○近藤（克）先生 あと、あのデータ自体は、意味があるのかどうかというの詳しい方に聞きたいなど。

○村山先生 データをどうやって取っているのかですね。

○近藤（克）先生 プラス、この数字が、人の口に入る塩の量を反映しているのかどうかですよ。もし反映しているのだとしたら、結構きれいな関連がある。だとしたら、これをモニタリング指標に入れて、なおかつもし都道府県が把握しているのであれば都道府県単位の指標を入れたりして、モニターしながら下げていけば、口に入る食塩も減っていくんじゃないか。これが口にする食塩量と関係がない、その製造過程だけで使われていて、口に入らない、何かソーダとして使っているナトリウムとかが多いとしたらあんまり意味ないでしょうし、偶然の一致かもしれない。この指標がどれぐらい意味があるのかを、詳しい方がいたらお伺いしたいなど。前からちょっと引っかかっていたので。

○村山先生 ぜひ検討させていただければと思います、ありがとうございます。加工業用とすれば、一般の家庭に直で行っているものじゃないんだろうとは思いますが、どこに行っているものなのかですよ、どういうふうに使われているか。

○近藤（克）先生 例えば、塩鮭なんか昔に比べればしょっぱさが減ったような気がする。そんなのが積もり積もったもののだとしたら意味があるかもしれないというふうにちょっと思ったものですから。

○村山先生 ぜひ検討させていただきたいと思います。ありがとうございます。

○近藤（克）先生 あと、減塩みそ、しょうゆも意味があるかもしれない。先ほどの見せていただいた絵の左からナトリウムの摂取源というところを見ると、しょうゆと調味料を合わせると26%で、そこその割合になる。イギリスのパンほどではないですけど、でも結構な量になるので、そんなのをモニタリングできたら意味があるのかなと思いました。あと、このスープというのも多分みそ汁か何かですよ、きっと。（「そうです」の声あり）そうするとこれもみそですもんね。そうすると、そのみそ、しょうゆ、調味料合わせると4割ぐらいになるので、それをがっちりモニタリングするというのは意味があるかもしれない。

○村山先生 ありがとうございます。

○辻先生 他はいかがでしょうか。

○近藤（克）先生 イギリスでも、最初食パン業界が反対した。まずくなるからというときに、何かどこかの研究者団体が、消費者は減塩でも全然わかってませんよ、という、そういったエビデンスを示したらついてきたという話があった。国内でも減塩しょうゆ、みそで、半分以上の人がわかっていないとかいうエビデンスが論文になっているので、そんな研究結果を本格的に普及を開始すると多少は違うんだろうなと。

○辻先生 1つよろしいですか。消費者庁の話ではあるんですけど、現在の栄養表示って分かりにくいですよ。なので、もっとわかりやすいものをと。例えばオーストラリアのヘルススターレーティングでは、健康的な食品ほど星の数が多くなっているんで、消費者に分かりやすい。そういうことで、食行動を変えるほどのインパクトみたいなんですけど、その辺はいかがでしょうか。

○村山先生 それが、話の中の Nutrient Profiling で、これ文字で書いてあるからわかりにくいんですけど、緑とか黄色とか赤とかいうラベル表示をつけて、健康にいいものを識別する取り組みです。

○辻先生 これがそれなんですね。

○村山先生 そうです。そういう取り組みをして、食品選択を健康的なものに促していくということは世界的に今始まっているもので、それを売る場面でもそうですし、もう1つはそのつくる場面、製造の場面で

も、自社の商品のプロファイリングを使って、自分たちでより健康的なものにしていくためにモニタリングしていく。プロファイリングは、両者、消費者向けと、それから自分たちの自社製品の改善と両方に向けて使っていくような形になっています。

○辻先生 ATNI、Access to Nutrition Index も、すごくいい取り組みだと思うんですが、日本ではまだ数社しかやっていないですよね。日本国内でこういうことは可能なんですかね。

○村山先生 可能と言えば可能かもしれませんが、膨大な書類を出して審査を受けるようで、膨大な観点から審査をしなければならないので、かなり大変といえば大変です。それを考えると、既存のものを利用するというのも1つなのかもしれない。

○辻先生 それもそうですね。

○津下先生 健康な食事を使ったスマートミールというのを、今武見先生を中心に栄養改善学会で、いろんな学会が協力してみんなで進めています。というか、他の学会がわいわい騒いでいるだけなんですけど、栄養改善学会の人たちがきちんと調査をして、丁寧な仕事をされています。給食とか外食とか、あとコンビニとかからも結構引き合いがあるという状況はあるので、そういう地道なこともやっていかないと。きちんと見ていくとか、評価をしてもらえると、よりそういうスマートミールやってみたいなという企業増えてくるかなというふうに思っています。なので、食環境の整備の中で、官主導のものだけではなく、その学会とかみんなが応援しながらそういう患者さんもみんな安心して食べられるような食事というのが必要なんだというメッセージは出してもらおうのいいのかなというふうに思います。

1つ、共食の指標を止めようという話があったんですけど、やっぱり栄養素食べるだけにやっているわけではなく、子供のときからのその楽しい食事のことというのが基本、大事なかなというふうにも思っていて、高齢者だとやはり孤食についての問題意識というのが非常に大きいということもあります。食べることが、その単に健康目的ではない部分という、楽しみとかそういう部分を満たしながらも、その健康に合致したものをメッセージとして出せる。何か健康、ヘルシーというともう受けないという話も聞いたことがあって、だからスマートミールにしたというふうな話で、おいしいということをどう合わせ技で出していけるのかということをおもいました。

それから、先ほど、冒頭に辻先生がおっしゃった、死亡率も下がり健康寿命が延びている、だけどその行動指標があまりよくないんじゃないかと、そのギャップをよく聞かれたりします。日本人はなぜこんなに健康なんだ、日本人の食事のどういう面がいいんですかということ、健康日本21の中で、反省もいろいろあるかもしれないけれど、例えば子供のときから食育で、赤、黄、緑をみんな知っていると、日本の食文化のいいところは何かだったっけという振り返りもできると、何か前向きになれるのかなというふうに思いました。外国でいって、バランスはいいけどポーションサイズめっちゃめっちゃ大きいとか、子供のときの給食がないから、栄養の概念がそもそも小さいころに入っていないとか、そういう話を聞いて、日本人だからこそ成人になって食介入しても何とか健康、バランスの取れた食事という概念がそもそも後天的にはなかなかよくわからないという話を聞いたこともありますので、食育との関係。

あと、もう1点言いたいことは、食事はこういうふうに非常に緻密に組み立てられているんですけど、他の分野、例えば運動の分野はここまで緻密ないろいろな対策の組み立てができていないように思うので、栄養のほうはかなり検討されているので、それに他の分野はどこまでやっていけるのかという、全体の構造も必要なかなというふうに思いました。

○村山先生 1点だけいいですか。スマートミールの件なんですけど、実はこれから、整理が必要と考えることがあります。今回の第二次では、自治体での健康的な食事、減塩や低脂肪の食事を出している飲食店の数を把握しています。今後、スマートミールを自治体でどのように展開していけるかを検討する必要がありますが、まずその各自治体の基準とスマートミールの基準がマッチしているかどうかの把握ができていません。既存の自治体の健康な食事の基準と、学会で出しているものとの対応の確認をこの研究班でさせていただき、次の指標の根拠を出せればなというふうに思っています。

○辻先生 ありがとうございます。他にどなたか。はい、どうぞ。お名前を教えてください。

○串田先生 静岡県立大学の串田です。村山先生の協力で来させていただいています。私はスマートミールの認証関連にも関わっていて、スマートミールは認証店を増やして、その利用者の健康にどれだけ寄与したかというモニタリングも必要だという一方で、その関わった飲食店がどれだけその売りに貢献できたかというところも見ていく必要があるというふうな課題を抱えています。国民健康・栄養調査の対象者で、1料理当たり最もその食塩摂取量が多かった料理が何かというとカップ麺で、5. 何グラムぐらいだ

ったと思うんですけども、カップ麺でも最近であれば減塩商品を出している一方で、そのカップ麺を食べた人数はそんなに多くなくて、国民全体の食塩摂取量への寄与は少ないと言えます。その寄与している料理の中で最も利用者が多かったのは食パンで、食べた人数はかなり多いということなので、寄与は0.9グラムぐらいです。カップ麺がどれだけ売り上げ良くなって、その減塩カップ麺がどれだけ売り上げ良くなったかというモニタリングができれば、もし売れているということであれば、その食塩を下げていくという方向が有効ということになります。スマートミールもそうなんですけれども、どれだけ売り上げに貢献できたかというところをモニタリングしていくのは、研究者としても必要なと思っています。

○辻先生 はい、近藤先生。

○近藤（克）先生 先ほど津下先生もちょっとおっしゃったんですけども、世界の中で、OECDの中で最も肥満が少ない国が日本ですよね。その要因って何でしょうということを、結論を出すのは難しいとは思いますが、こういうのは考えられますよねっていうのは、ぜひどこかで整理していただきたいなど。そこから他の分野も学べるのが何かあるはずなんです。例えばこの受療率が年々下がっているだとか、重症なコントロール不良の糖尿病の割合が減っているだとか、そういうのもきっと都道府県別に見ると、その中でも特に減っているところとかいうのがあります。そういうところにどんな要因が絡んでいる可能性があるのかということを、まずは仮説レベルでもいいので出して、エビデンスレベル低いですけど、専門家の意見で、みんながそれありじゃないって半分の人が認めたら、とりあえず本当っぽい、今アベイラブルな範囲ではというのをまとめる。そういうところからちゃんと裏づけをとるための計画を立てて、徐々に裏つけていくみたいなアプローチは、肥満が少ないというのは特に有名なもので、そんなのを切り口に他のところでも少しづつやれるとおもしろいというふうに思います。

○津下先生 日本では、こういうところでお菓子が全然出てこないですよ。海外で朝からこうやっていたら、何度かおやつが出てきたり、食べながらするというのが当たり前ですよ。だから、日本人は当たり前だと思っていることが、何かちょっと国際的にみると不思議かも。

○近藤（克）先生 今10人ぐらいなずいたので、そういうところもあるかもしれないとか、何かそんなのでいいのでまとめていけないか。

○津下先生 何かこういうその働き方ということを、ちょっともし他の国の人たちと一緒にやっていると、もう日本人絶対おやつ会議中には出ないこと自体がものすごく不思議がられるので、気付いていないことがいろいろあるのかなって。

○村山先生 肥満でいうと、新潟県の男性は最も肥満者の割合が低いんですよ。どうしてかよく聞かれるんですけど、新潟県民にはよくわからないんです。他の地域との比較で観察をしていくと、新潟県の男性はお酒を飲むときに塩辛いものは食べるんですけど、揚げ物をあまり食べないように思います。また、甘いお菓子も少ないように思います。新潟県民は運動頻度も歩数も少ないので、肥満が少ないのは食事の特徴によるのではないかと思います。

○辻先生 他に何かございますか。ありがとうございます。だいぶ時間も迫ってきましたので、今日途中からいらした先生方、村上先生と横山先生、途中からのご参加ですけど、何かご感想とか何かあったら、ご発言とかあったらいただきたいと思います。

○村上先生 いや、楽しく聞かせていただきました。たばこは増税することで押さえ込むんですよ。ただ、食事ってインセンティブを与えて安くしたらいいのかなと、ふと思ったんです。例えば、減塩のみそだったら半額で売るとかね。それで買っちゃいますよね、それで2倍使ってもとかね、2倍使って一緒なんですけど。だから、何かインセンティブ、経済的なインセンティブってやっぱり大きいんですよ。だから、食事もそういうアイデアってあるのかなと。罰則として高くするというのは良くないと僕は思うんですけど、安くするというのも1つあるんじゃないかなというのが、ちょっとだけ意見言いました。

○津下先生 すいません、自治体で農産物が余るものありますよね。それを、その野菜などをその健康応援店に安く出してもらえないかという話をやった自治体あるんですけど、農協かどこかがダメとかいって進まなかったというのがあるんですけど。

○村上先生 そこは国が補助金出せという話ですよ。

○津下先生 国とか地域レベルでやろうとする、健康な食事を出そうとしても、食材費が高いからどうしても料金上乘せしなきゃいけないって、お得感がないというので、申し訳程度に1品ぐらいその健康の料理を出しているという状況になっている。それが安く、その旬の野菜がうまく回ってきて出してもらえ、それは自治体でもできそうかなと、農村部は余った野菜があるのを知っているんで、できそうかなと

思ったんだけど、その自治体だけではできなかったということがありました。何かサポートしてもらえるとありがたいなど。

○辻先生 横山先生、何かありますか。いや、今の話じゃなくて全体通して。

○横山先生 じゃあ全体通してということで、途中で来たばかりなんですけど、ここに来る直前に、実はちょっと女子栄養大で循環器疾患の疫学の授業をやっています、まさに岡村先生のこの三層構造の図を使って詳しく説明させていただいたんですけども、他の分野に関しても、やっぱりこういう形できれいに整理されていくと、教えるに当たって理解がすごく深まるかと思しますので、ぜひ他の分野もこういうきれいなものが今後できていくといいなというふうに強く思います。

それから、あとは国としてはこういう形できれいにまとまっているんですけども、都道府県レベルの健康増進計画になると、一部これ真似している都道府県もあるんですけど、あまりこういうその全体構造とか考えないでつくっているところもあるので、都道府県でもその真似できるようなこういった図の整理の見本といいますか、都道府県でもそういうまとめ方ができるようになっていくといいのではないかなと思いました。

○辻先生 ありがとうございます。そろそろまとめにかかっているんですけども、朝の10時からずっと参加していただきました健康課の相原さんからまとめのお言葉をいただけますでしょうか。

○相原先生 朝10時から、もう5時前ですね、とても長丁場でしたけれども、午前中は健康づくり運動の目玉ということで、どういうフィロソフィでいくのかというか、どのような考え方にのっとっていくのかというお話をいただいたのかと思うんですけども、辻先生からの情報と近藤先生からの情報提供いただきまして、現在の健康日本21第二次をどうブラッシュアップしていくのか、あるいはどう新しい概念を入れていくのかというような、とてもエキサイティングな議論が行われたのではないかと考えています。

セッションⅡでは、津下先生、岡村先生から情報提供をいただきまして、やはり、当然その目標を設定すると、それに妥当なその指標を設定して、評価をしてPDCAサイクルを回していくということが国、自治体その他いろいろなどで行う必要があるというところで、やはりどうしてもふわっとした目標を設定してしまうと、後で評価がすごい困難になってしまうということもありますし、調査の継続性ということもありますので、その設計は緻密にやる必要があるのではないかとこのことを痛感したところでございます。

最後、そのポピュレーション戦略の拡充ということで、田淵先生、村山先生からお話をいただいたところかと思いますが、なかなかいろんなしがらみがあって難しいところもあるのかなというところもあるんですけども、やはりでも小さな一歩でも進めていかなくてはいけないと考えておりますので、ここでのディスカッションをもとに、また健康日本21の推進専門委員会やあるいは次期健康づくり運動の策定委員会、まだできていませんけれども、それに相当するような委員会等で第三次の健康日本21の設計及び推進を図っていきたいと思います。本日はどうもありがとうございました。

○辻先生 どうもありがとうございました。

以上をもって終わりたいと思いますが、最後にもう1回確認ですけれども、第3回の班会議を1月ぐらいに予定しておりますので、日程調整よろしくお願ひします。繰り返しですが、次回の班会議では本日の議論を受けまして、目標項目の提案をしていただくということで、よろしくお願ひします。健康寿命関係の先生方は、健康寿命に関する研究報告ということで、よろしくお願ひします。

では、以上で、閉会といたします。お疲れさまでした。どうもありがとうございました。