

会 議 録

1 会議名

第2回上越市健康づくり推進協議会

2 議題（公開・非公開の別）

(1) 平成27年度上越市における保健活動の取組状況について（公開）

(2) その他（公開）

3 開催日時

平成27年11月18日（水）午後7時から

4 開催場所

上越市役所 木田第1庁舎 402・403 会議室

5 傍聴人の数

0人

6 非公開の理由

なし

7 出席した者（傍聴人を除く。）氏名（敬称略）

・委員： 16人中 13人出席

林三樹夫、高橋慶一、石塚明温、小島雅之、上野憲夫、大平真由美、荒屋ひろ美、鈴木美枝子、上野光博、五十嵐由美子、飯塚俊子、野澤朗（中野敏明代理）、岩野俊彦

・事務局： 笹川高齢者支援課長、細谷係長、今井国保年金課長、小林主任、牛木福祉課長、池田主任、須藤指導主事、渡辺健康づくり推進課副課長、飯野係長、長嶺保健師長、外立保健師長、柳澤保健師長、植木栄養士長、川合主任、坂上主任、伊倉主任、塚田主任、和久井主任、田鹿保健師、山口保健師、八木保健師、太田管理栄養士

8 発言の内容

【開会】

飯野係長：ただいまより、平成27年度第2回上越市健康づくり推進協議会を開会する。

本日は、島田委員、高林委員及び安田委員がご欠席されている。また、協議会設置要項第6条第2項の規定を満たしているので、会議が成立することを報告申し上げます。本日の会議は午後8時30分を終了時間としているので、ご協力のほど

よろしく願います。それでは、協議会の規定により当会議の議長を林会長に願います。

【議事】

1 平成 27 年度上越市における保健活動の取組状況について

林議長：議題に沿って進めるが、まず、議題 1「平成 27 年度上越市における保健活動の取組状況について」事務局から説明をお願いします。

渡辺副課長：表紙をめくっていただいて、私から 1 番の A3 の資料と 2 枚目のカラーの A4 の資料について説明させていただく。これまで実施してきた保健活動を振り返り、またデータ分析もお示しつつ、今までもたくさんのご意見をいただきながら活動を進めてきた。27 年度に入り、分析した結果からさらに保健活動の進め方を考えていきたいので、今日こちらの表をご覧になっていただき、皆さんからご意見をいただきたいと思っている。

この表は、老人保健法時代の実態を一番上の段に記載している。老人保健法は、今私どもが行っている保健活動のもとになる法律で、平成 19 年度まで老人保健法で行ってきた。老人保健法の評価は何を何回実施したか、何人その事業に参加されたかを評価指標にしていた時代で、そのときにやっていた上越市の健康増進計画については、以前は「健康シティ上越・2010 計画」という計画があり、それを一度見直した時代の分析である。この時代は、糖尿病がとにかく年々増加している時で、糖尿病予防に力を入れていこうと。この増えている人工透析をどうにか抑えたい、介護認定割合も高値を示している。平成 20 年度からは、高齢者の医療の確保に関する法律ということで、その中で医療保険者が特定健康診査、特定保健指導を実施しなさいという法律に変わり、また、今まで何人来てもらった、何回やってきたという評価方法から、どういう結果に導き出されてきたかという内容に変わってきている。ちょうど法の改正もあったため、これを機に上越市も保健活動を見直した結果、健診結果を郵送していたものを受診された方に手渡しして、健診結果説明会をしてきたということと、糖尿病の治療のガイドライン及び高血圧の治療のガイドラインに基づいた訪問基準をきちんと絞り込み、どこに重点を置いて行ったらいいのかを繰り返し、課題を見直しながら進めてきた。その中で高齢者についても、介護予防は生活習慣病予防ということで、それまで大人気だったデイサービスも廃止して、平成 22 年度からは健康支援訪問にチェンジしており、生活習慣病予防に特化した講座を進めながら訪問指導を行ってきた。

評価については、要介護認定者、透析導入者への訪問及びレセプト分析において進めているところである。

この活動を進める中で、今まで上越市はどちらかというとメタボリックシンドローム、お腹周りや肥満の方よりも、痩せているのに血液での有所見が多いことに重点を置いてきたので、国の特定保健指導の該当者が少ないというところで、上越市としては独自に重症化予防を前面に出してきたが、最近の若い年代の方たちの健診結果を見るとメタボリックシンドロームが目についてくる。それと、2枚目のほうにも出てくるが、健診の有所見の値がさほど高くない保健指導判定値の方でありながら、幾つかの健診項目の有所見が重なることで大きな疾病を発症するという背景が見えてきた。今までのレセプトの分析を見ていると、20年度以降、高血圧については外来が伸びており、上越市は高血圧の方が多いので、きちんと服薬に結びついているのではないかと考えているし、逆に糖尿病は減ってきているけれども、件数が少し減っていて費用額には変化がないというところに着目していきたい。

その先、今度は入院の医療費であるが、糖尿病、脳梗塞、虚血性心疾患については上昇が見られる。この数字についても、毎年、動向を見ていかなければいけないと思っているが、介護保険は重度の方が減ってきているというところでは、きちんと保健指導を継続して、入院の部分を増やさないようにしていかなければならないと思っている。この流れを見ながら、訪問対象者の基準について今までただ数字だけを追ってきたのではないかという部分を私ども振り返って、健診項目の重なりで、緑色の保健指導判定値の方で発症されている方たちの様子を見ると、対象者の見直しと訪問する保健師、栄養士の力量形成というところに目を向けていかなければと思っている。ただ、まだ半分の方が健診を受診されていないという事実がずっと続いているので、未受診の方のただ忙しいとか、時間がない、お金がかかるというような言い訳ではなく、本当にこの人はどうして行動に結びつけないのかという分析がまだできていないということ。また、職域から国保に異動して数年で発症される方が見受けられるというところでは、今はまだ入口の部分だが、働き盛りの方に保健指導を進めていきたいと思っている。それから、2枚目のA4の表は26年度の脳梗塞、心筋梗塞になった方の健診等の状況ということで、健診を受けている方の中で、ご本人も私どもも赤い数字の高い値にどうしても目を向けやすいのだが、この有所見の重なりという部分にも着目すべきだと

感じている。

次に、2番として生涯を通じた健康づくり活動を進めていく体制づくりということで、部内においても各課で健康づくり、生活習慣病予防という観点から全体の活動を進めているので、このあと報告をさせていただく。生活保護の受給者については前回もお話しさせていただいたが、発症することによって社保から国保、そして国保から生保にいつてしまう方、また、生活保護の方については、ご自分の生活習慣を見直す機会がないとか、元々疾病を持って生活保護に入られる方が多く、生活保護の医療費がかなり増高してきているところで、予防に努めることでどうにか増やさないようにできないかということで関わりを進めている。2番、3番の母子保健活動と学童については、やはり小さい頃からの生活習慣が大切だということで、今までもお話しさせていただいたが、乳幼児から保育園、学校につながる中で切れ目なく、その子たちがきちんと生活習慣を確立できるような関わりをしていきたいと思っている。

それでは、1番から担当より御説明させていただく。

田鹿保健師：資料の4ページには、生活保護受給者のこれまでの経過ということで、平成26年度の生活保護受給者1人当たり医療費が64万8,000円で、上越市の国保の1人当たりの医療費と比べると大分高くなっている。医療費が上がっている原因をレセプトや健診の結果で分析したところ、そちらに書いてあるように①番、肥満が多いという実態や糖尿病が多いという実態が明らかになってきている。糖尿病の治療で、受診されている方のレセプトを調べた時に早期腎症ということで、中には放っておいてしまうと透析になってしまう方もいて、その下の表は、早期腎症になっている一番若い方のこれまでの経過である。このまま放っておくと透析になってしまうし、透析になると医療費がとても高額になってしまうことから、この方の経過を見てみようということで出させていただいた。この方は48歳の女性のAさんで、41歳のときに初めて病院を受診された方である。統合失調症もあり、旦那さんと息子さん2人の御家族の方であるけれど、そのときには既に糖尿病の腎症を患っていた。これまでの健診受診歴はなく、服薬などのコントロールもうまくいかず、糖尿病の数値のコントロールもあわせてうまくいかなかったために、現在はインスリン注射を開始されていて、合併症の一つの糖尿病性網膜症に現在なってしまった。この方、糖尿病性網膜症になってからまだ1年たっていないが、医療費が1年間で約80万円かかる計算になった。この方をずっとこのま

ま放っておいてしまうと年間500万円かかる透析になり、人生を80年と考えると、あと30年生活をしていくのに約1億8,000万円かかることになる。また、週に3回の病院受診や水分制限、食事制限などといった形で、人生に大きな影響を及ぼすことにもなるので、まず私たちで、Aさんに保健師、栄養士が関わらせていただき、福祉課の担当のケースワーカーとやり取りさせていただく中で、今後Aさんと同様の方に対しての支援体制を確立させていくことを今後の取組として考えている。

牛木課長：生活保護受給者の関係については前回の資料の4ページ、5ページに記載させていただいたが、生活保護受給者は平成20年のリーマンショックを境に、全国的に大きく増えてきた。上越市においても例外ではなく、5年前に比べて世帯数で220世帯、人員で240名近い方々が増えている。生活保護費、いわゆる扶助費であるが、5年前は約15億3,000万円だったものが26年度の実績で19億5,000万円、4億2,000万円ほど増えている。このうち、医療扶助費は平成22年度では約7億円だったが、26年度では9億1,000万円で、生活扶助費全体では4億2,000万円、医療扶助費では2億1,000万で、全体の増えた額の半分が医療扶助費であり、そして医療扶助費の占める割合が5割近い47%ほどになっている。こういった現状がある中で、ここ数年代にわたり健康づくり推進課の保健師の皆さんの協力を得ながら、いろいろ取り組んできたところである。しかしながら、生活保護の世帯の構成を分析すると、高齢者世帯が4割近くおり、そして単身世帯が858世帯で、約8割が単身世帯である。また、そのうち60歳以上が540人ほどで、6割が単身世帯で高齢者という構成になっている。こういう状況であるので、単身で高齢者または単身で男性のみという世帯が非常に多い中で、今ほども説明があったが、食生活のコントロールがうまくいっていない、かなり悪い状況にあるのを誰が見ても推測できる。そういう状況を見ながら、健康づくり推進課の力も借りながら、ハイリスクの方々をピックアップし、保健師及びケースワーカーがそれぞれ訪問指導に取り組んでいるところである。健診の受診勧奨についても、25年度から力を入れ始めて、受診券の発送や案内チラシも年数回にわたって出す形をとっている。また、リスクの高い方をピックアップし、案内を配付して、健康講座に出ていただくよう働きかけをしているが、なかなかうまくいっていないのが現状である。これからも地道に続けながら、工夫や改善点などがなく健康づくり推進課と知恵を出しながら取り組んでいきたいと思っている。

塚田保健師：続いて、5ページの母子保健活動について説明させていただく。今後の将来的な肥満を予防するために幼少期からの体制を整えていきたいということで、前回の資料でもお伝えさせていただいたが、保健、医療、園、学校というそれぞれの立場で継続して役割を担っていくためには、まずは乳幼児健診で私たちがどんな健診を実施していて、どんな関わり方をしているかお伝えする必要があると思ったので、今回そういう思いで資料を作成した。乳幼児期の健診というと、医療機関で受けていただく健診も当然あるが、市で実施している集団健診は、3か月から3歳の間であれば5回実施している。肥満の予防という視点で、どの時期にどんな関わり方をしていけばいいのかを整理するために、小児肥満マニュアルを参考にまとめさせていただいた。それを整理したのが5ページの上段で、まず、乳幼児健診の実態であるが、保健指導の狙いとして保護者の方が今後の成長、発達の見通しを持って、それぞれの時期に特長に合わせた関わりができることを目標に、それぞれの健診で内容を考えて実施している。それから、集団学習と個別指導ということで、個別指導では問診やお母さんたちの悩みなども聞きながら実施している。健診後のつながりというところで、保育園で肥満度20%以上のお子さんについては、地区担当保健師と栄養士が連携して保健指導をする体制を昨年度から実施している。言い忘れたが、肥満で一番大事になると思われる体格、保護者の方が自分の子どもの体格がどうなのかを考えてもらうという部分で、健診で毎回、身長と体重を計測するので、母子健康手帳の成長曲線のグラフページを活用し、お子さんが前回からどれだけ増えているのか、身長と体重のバランスはどうかという点を、必ず保護者の方に確認してもらうという作業を行っている。出発点として、3か月健診で皆さんとやり始めるのだが、その後の健診でも続けていくことで、健診が終わったあとも引き続き子どもの体格に関心を持って、継続してみたいという思いで実施している。あと、課題になるが、今お話ししたようにそれぞれの月齢の特徴に合わせた内容で集団学習を行っているが、3歳児健診については個別指導を重視しており、集団学習は実施していないのが実態である。市の健診の最後であるので、今後は将来的な肥満という要素も取り入れながら集団学習を行っていこうと考えているので、内容については今検討しているところである。

それから、先ほどお話しした健診後の保育園との連携を昨年度から始めたところだが、なかなか実施率100%とはいかないし、保育園だけでなく幼稚園に行っ

いるお子さん、それからまだ入園していないお子さんもいる。ほんの一部の子どもだけではなく、全部とは言えないが、より多くの子どもたちと関わっていく仕組みづくりを考えていきたいと思っている。目指すべき方向性としては、お子さんの体格を保護者の方が確認できるというところで、既存の母子健康手帳を活用して、保育園や乳幼児健診で実施したものを園や学校までつなげていける仕組みを今考えている。肥満度についても、15%以上の幼児については園内で経過観察をして、20%以上になったお子さんについては必ず地区担当保健師、栄養士が連携して、関わりを持てていければと考えている。

須藤指導主事：続いて、3番の学童について説明させていただく。25年度からモデル地区を指定し、血液検査事業を行ってきた。個々の経年変化を項目別に見てみると、25年度の検査項目別では要検査だった児童は、今年度はHDL コレステロール検査結果を除いて要検査者はゼロであり、総合判定結果でも昨年度要精密検査だった児童、生徒の半数近くが異常なしとなっている。いずれの場合も地区担当の保健師、栄養士が保護者、児童に個別指導をしており、効果は非常に大きいものと考えられる。その反面、異常なしだった生徒が要精密検査や要生活指導になる場合も見受けられる。今検査値には異常は見られないが、10年後、20年後を見据えると学校での集団指導のあり方が大きく影響してくるのではないかと考えている。ある中学校のモデル校の養護教諭から、現在は中学3年生の児童について、その児童が中学1年生のときに集団指導を行っていなかったために今年度の結果が悪いのではないかと、中学1年生のときの集団指導がいかに重要かという話をされていた。また授業参観の日に保健指導に関わる授業を公開したところ、保護者の反応がとても良かったとの話も聞いている。9月に地区担当の保健師、栄養士、モデル地区の養護教諭が集まって、今までの取組や成果についての話し合いを行ったが、集団での学びがあつてこそ個別の指導につながっていくので、有所見者のみの指導では改善に結びつかないのではないかと。集団への保健指導と継続した指導があつてこそ、子どもたち自身が考えていくのではないかと、授業参観など保護者が来る機会を捉えて保健指導を行うなど、学校での取組や工夫が今後は必要になってくるのではないかと話し合いがなされている。今後については、モデル校で有効だった取組をまとめ、それをモデル校以外の市内の小中学校で活用できるような資料等を作成していきたいと考えている。

次に、7ページの肥満傾向について、小学生では約4割、中学生は2割弱に相関

関係があるのではないかが見て取れた。反面、そういう傾向のある児童生徒にも要精密検査、要生活指導が見られているので、これについても学校での集団に対する保健指導が今後重要になるのではないかと思う。

8 ページは、あるお子さんの経年変化を表したものであるが、3年間を通して、上手に指導ができると数値が下がっていく傾向が見られており、本人も自覚して取り組んでいることが見て取れる。

林議長：これより資料に沿って協議をしていきたいと思う。まず、最初にこれまでの保健活動に対する評価と今後の課題ということで、事務局から説明を受けたが、今までは保健活動の中で、上越市の健康特性を意識した活動、成果が出るように具体的な保健活動ということで、非常に評価されている面がある。例えば健診結果の手渡しや結果説明会の開催、訪問基準を決めて個々の健康に応じた指導をしており、一定の評価がされているし、また成果が出ていると聞いている。今後は、それぞれの検査項目に着目した指導からメタボリックシンドロームなど、いろいろなリスクファクターを抱える方々へのアプローチをしていきたいといった説明があったと思うが、これ全般を通じて皆様からご意見はあるだろうか。課題のところで、訪問対象基準の見直しということで、高血圧、高血糖、脂質異常、腎機能低下、心房細動、これらの重なりを組み合わせで考え、検査対象者を絞り集めるということであるが、動脈硬化の診療ガイドラインとかのスコア化されたものを使っていくのか、保健活動で具体的な視点があるのか、高橋委員からご意見を伺いたい。

高橋委員：最終的には医療費及び市民の健康状態の改善を図っていくということで、介護の重症度や入院患者の減少、大きな疾病を抱えないことが狙いだと思う。高血圧を治療するのも、糖尿病を治療するのも、最終的には合併症や障害の進行を防ぐことが目標にある。24～26年度の高血圧性疾患の件数は増えているが、費用は下がっているのは、幅広くより軽傷の方も治療しているということなのか。高血圧の治療がより行き届くようになってきて、脳内出血の数が減る傾向になってきている。そうであればいいなと考えたくなるようなデータである。糖尿病についても、件数の変動は大きいですが費用は同じくらいで、決して大きく減っているわけではないが、入院の件数、費用とも下がり気味だと。ただ、腎不全や脳梗塞、虚血性心疾患というのは長年の高血圧や糖尿病の積み重なったものから起こるので、長年のいきさつからくる人はこれからある程度増えていくだろうと。そうすると、

今対策を強化していかななくてはいけないのだが、こういった方がある一定の期間増えていくのはやむを得ない。ただ、それをしのげばその先は少なくなると思うので、5年先、10年先の見通しを立てる必要があるのではないかと。

林議長：検査項目を見てみると、先ほど高橋委員がおっしゃったとおり高血圧と高血糖のコントロール、それから脂質異常については大分医療の届くところがあって、治療によってある程度コントロールされている。もちろん治療が十分なされていくかという点については、保健活動の中できちんと見届けていくという面があると思うが、これらの重なりによってゆっくりと腎機能が低下し、CKDになって血管が弱っていき、腎不全に至るといった例について、長い経過で保健活動の中で着目して活動していくのかなと私も思った。腎機能低下について、上野委員からもし何かあったら発言をお願いしたい。

上野（光）委員：上越市の糖尿病の患者の入院が、件数も費用も長期的に見て減っている傾向がある。これは全国のデータを見ても腎不全に入る糖尿病の患者数も徐々に減っているということで、全国的なデータでも糖尿病の治療が成功しているせいなのか、糖尿病は腎異常を引き起こすため、4割が糖尿病性腎症であるので、そういった糖尿病に対する治療対策が腎不全の増加を頭打ちにさせている一番大きな要因なのではないか。腎不全の数自体も26年度に減っている傾向もあるので、長期的に見て糖尿病の数が減っているということは、例えば腎症になって腎不全になるまでには時間がかかるわけだから、徐々に少しずつ腎不全の数も減っていく可能性もあり得ると思うので、これはちょっと経過を見ないと分からない。それから、脳梗塞と虚血性心疾患が少し増えている要因をどう考えればよいかがこのデータからはつかめない。仮に高血圧や糖尿病、脂質異常等が絡んでメタボリックシンドロームの方たちがこれを押し上げているかという点が気になった。それから、要介護のところを見てみると重症の要介護4、5の方は減っているが、それ以外は結構増えている傾向だというのはどう解釈すべきなのか。重症の人が減っている分だけ軽傷の人が増えていると読み解くのか、または別の要因なのかというところをもう少し解析していただけたらと思う。

小林主任：脳梗塞と虚血性心疾患の件数が増えている要因については、なっている方の9割が男性で、うち健診未受診者が7割いる。残りの3割の方が健診を受けていながら倒れているのだが、この紙の2枚目にあるように、一つ一つは軽いが、幾つかの重なりがあり、通院もしているけども10年ぐらいで倒れている方が多く、年

代で見ると70歳以降の方がものすごく多いので、やはり長年の症状の重なりが今年になってたくさん出た感じを受けた。健診の結果説明会等で見ていると、軽度の症状の重なりが何年も続いている方がとても多いので、今後それを一人一人にお伝えしていかなければ状況は改善しないと危機感を抱いている。

林議長：次に健診の受診率が低いということについてであるが、これは毎回話題になるけども上越市も無料クーポンを出したり、個別に訪問するなど工夫されているが、これについては何かご意見はあるか。

上野（憲）委員：26年度からの実践として医療機関への受診勧奨と継続した服薬の支援を前に聞いたかと思うが、服薬の支援継続とは実際にどのような方法で行われているのか教えていただきたい。

長嶺保健師長：継続した服薬の支援とは、例えば高血圧があってかかりつけの先生からの内服薬が出ていると。その中には、継続的に服薬しないで途中でやめたり、受診自体が途絶えてしまう方が多いので、これを防ぐために継続した服薬の支援という形で実施している。また、糖尿病についてもきちんとHbA1cの管理状況を見ながら、服薬やインスリン等も含め、具体的な生活改善だけでなく継続した受診及び服薬の指導も行っているとご理解いただきたい。高齢者健康支援訪問として、70～74歳の方のところに訪問させていただく時も、きちんと内服されている方に関しては、きちんと処方されたとおりに内服できているのかを継続的に見ていくという形で指導させていただいている。以前、この会でお話が出たかと思うが、かかりつけの先生方は処方後の内服状況などの継続的な管理が難しいとの話もいただいているので、血圧のコントロール、継続した受診、内服といったところをかかりつけの先生と連携して支援していくことが私どもの役割と考えている。

高橋委員：今ほどのご説明で、継続した服薬の支援とは具体的に通院からの脱落者に対する働きかけをするということなのか。ずっとレセプトが出てきた人がある期間出てこなくなった、つまりは通院していないということなので、そういう方たちに対して働きかけるということなのか。あるいはちゃんと服薬しているかというのは、レセプトには処方の日数も出るわけで、処方されている日数を全部積算してちゃんとあっているかと。処方している総日数が半分しかなかったら、通院が続いているかどうかはレセプトから伺えるわけであるが、そういう方には、保健指導を働きかけているのか。あと、それに関連して通院して薬が出ている人たちが健診を受診した場合、健診の結果が良いのか悪いのかの付け合わせができると思

うが、そういう分析はされているのか。

林議長：高橋委員のご意見に付け加えて、訪問活動をする際に訪問対象者のレセプトを訪問者は内容を吟味できるのか。

長嶺保健師長：市では、国民健康保険の方のレセプトに関しては見ることはできるので、特定健診の受診者であれば訪問の際に国保データベースシステムを確認して、平成25年度分からの受診歴が入っているので、何月にどのような検査をして、どういう内服薬が出ているかを確認している。さらにどの月が抜けているのかを調べることも可能なので、訪問する時には事前に訪問対象者のデータを確認の上、訪問するという事は保健師、栄養士の研修を通じ共通理解をしている。しかし、継続の訪問の中で確認することが抜けてしまっていることもあるので、今ご指導いただいたとおり、きちんとそこは徹底しなければならないと考えている。あわせて、先ほど高橋先生からもお話をいただいた、内服して血圧なり糖尿病のデータがコントロールされているかどうなのかという点も、かかりつけ医のところで受けた検査結果がある方からは、きちんと値を確認させていただいている。また、どうしても先生から検査データをいただけていない方もいるので、そういう方には、毎年の特定健診の結果を元に確認させていただき、本人とお話ししながら、きちんと受診、服薬はなされているかを確認させていただいている。

小林主任：国保データベースシステムは、健診データ、医療データ及び介護のデータが突合されたものを見ることができるようになっており、上越市は脳梗塞が多いということで、心房細動で医療機関にかかっている方を今抜き出している。それを見てもみると、先ほど先生がおっしゃっていたように抗凝固薬が処方されている月とされていない月があるのがわかるので、きちんとその旨を地区担当者に伝え、該当者に治療を中断しないように指導する仕組みを作っていけたらと思っているが、現在はまだ機能していない。

高橋委員：糖尿病に限って言うと、何年か前に厚労省で大きなプロジェクト「J-DOIT 1, 2, 3」があり、その2番目が糖尿病の通院患者の通院中断を防ぐというプロジェクトで、通院を中断する方が非常に多く、中断による合併症が進行するのを防ごうとする試みの大きな地域プロジェクトだった。幾つか手を挙げた地域で積極的にその中断者に働きかけをするという、そのようなプロジェクトがあるくらい中断者を減らすことは重要で、通院実績はあるけども実績がよくない方、また中断している人に積極的に働きかけることは非常に大きな成果が見込めると。今の話で、通院を

中断しているあるいは通院の間が空いて十分ではない方は把握できるとのことなので、そういう人たちに積極的に働きかけて、規則的な通院に引き戻すということを誰かがやらなくてはならない。マンパワーがある医療機関は自身でやっているところもあるが、それは例外で、最終的には保険者がやるしかないのではないかと思う。国保の場合、保険者は市なので中断が長引いた人を早く引き戻す働きかけをするのは重要である。また、薬の処方日数と通院のペースが合わない方についてはそちらのデータで把握できると思うので、医療機関で気づけば言うけども、言ってもなかなか従わない方もいるので、そういう方にも働きかけをお願いしたい。

林議長：今心臓由来の脳梗塞の話が出たが、今上越市において抗凝固薬、ワーファリンなどの処方状況などが見解があれば、発言をお願いしたい。

上野（憲）委員：私も薬のセミナーなどで話をするのだが、30人集まったところで、1か月分薬が処方された場合に1か月きちんと飲んでいくかという問いに、きちんと服用していると答えた人は1割くらいで、ほとんどは飲み忘れである。今おっしゃった抗凝固剤について、服薬する意義がわかっている人は何の文句も言わず、高い料金でも支払ってくれるのだが、やはり抗凝固剤であるとワーファリンなどは1日の薬価が500円くらいになる。そのほかたくさん薬が出ており、1割負担にしろかなり高額になるため、そのあとにプラザキサやプラビックスなどの良い薬が処方されて、生活を第一に優先する方に幾ら説明しても、それをわざわざワーファリンに戻してほしいとドクターに相談に来る。私ども言いづらいののだが、その場合はよくドクターと相談して、もう少し安価な薬にするとか、ジェネリックに変えているけども、やはり高額な支払いはこたえる方が多いと思う。やはり65歳を超えた仕事を辞められた方には厳しく、我々も説明に大変苦慮している。

高橋委員：今の心房細動と抗凝固薬に関して言えば、国保の範囲で心房細動、あるいは発作性心房細動と診断名が出ているレセプトの人で、抗凝固薬が出ている人はどのくらいなのか。また、診断名があるにもかかわらずそういう薬が出ていない人はどのくらいなのだろうかと非常に興味がある。診断名があるにもかかわらず、薬を飲んでいない方がいればぜひとも抗凝固薬を飲んでほしいし、是非ともその働きかけをすべきで、それは重点目標になるだろうと。確かにワーファリンは安いですが、必ず採血をする必要があるので、毎月受診して採血をする覚悟がある人にはワーファリンの処方の良いのではないかと。その辺は、患者さんとの相談になる。

林議長：保健活動で、医療機関との情報共有を大事にしたいとの話があったが、ケースワーカー等の介護に携わる方々との情報共有の状況を鈴木委員にお伺いしたい。

鈴木委員：介護と医療の情報共有ということで、今糖尿病や腎不全などのお話があって、そういった方々の非常に多くの医療介護を担当させていただいて、支援における金額の問題や自宅での介護は可能かなどの深刻な状態に直面している。その中で、かかりつけの先生とはファックスや直接お会いして相談させていただいたり、介護サービスの中でも血压等、健康状態の確認をしているし、きちんと服薬ができているのか、食生活はどうかなども相対的に他職種と連携しながら、今後さらに介護度が重くならないように活動を行っている。また、透析については、実は今日も担当から透析になってしまった方がいるとの報告を受けたが、そのような事態となると通院が困難になってしまい、介護者が仕事を辞めざるを得ないとか、通院に当たり介護タクシーが必要になり、さらに介護利用料が高くなってしまふ。そういった現状の中で、どうしていけばいいのかと苦しいところである。

林議長：次に、石塚委員から全体を通してご意見を伺いたい。

石塚委員：今皆さんがおっしゃったことに3つほど疑問がある。まず、服薬に関しては、うちの介護老人保健施設に入ってくる人は大体が飲んでいないのが実態であり、新しく入居される際には必ず残薬のチェックをするが、ほとんど合っていない。飲んでほしい薬も飲んでいないことを市やかかりつけ医がきちんと把握しているのか。それと、在宅の観点で申し上げると高い薬は困るので、3ヶ月くらいは同じ薬を処方し、それ以降になると薬剤師と相談して決めるが、かかりつけ医からはなぜ薬を変えたのかと尋ねられるのが現実である。そのやりきれない思いを保健師さんたちは恐らく把握されていないと思う。それが分かればかなり変わってくるのではないかと。また、健診の未受診者について、地域の保健師は関わることはできないのか。

それから、職域に関しての保健指導は不明とのことだが、会社組織の中の産業医や産業保健師との連携はとっているのだろうか。地域を良くするために連携をとるべきだと考えるが、何もやっていなくて不明では回答になっていないと思う。

林議長：質問の1点目の地域ごとの未受診者への勧奨について、町内会や健康づくりリーダー及び地域協議会等から働きかけるとか、あるいは町内会主催の健康講座など、受診機会の確保等の働きかけをしているようであるが、新たな取組などがあればお聞かせいただきたい。

小林主任：未受診者対策であるが、地区ごとに地区担当の保健師がいて、国保の対象者であるとか、去年や一昨年は健診を受診していたのかという情報を一覧にして、その情報を元に地区担当が健診受診していない方のリストを作成し、地区担当が訪問を行っている。健診を受けない理由として一番多いのが「医者にかかっているから」で、また、若い方だと昼間は仕事をしている方が多く、1件1件回ってはいるのが、保健指導もしながらの訪問になり、すべて回り切れていない状態である。

長嶺保健師長：後半で質問いただいた職域の関係だが、「保健指導が不明」と少々書き方が乱暴になってしまった。現在、上越保健所で職域の産業保健に従事している保健師、看護師が集まる会があり、ここ2,3年その会にお邪魔させていただき、上越市の課題をお伝えしている。実際に、産業分野の保健師、看護師は一人職場なので、どのような形で保健指導がなされているのかというのも情報交換したり、上越市の課題として、若い方が倒れているという点をお伝えすると、自分の企業の中で、どのような人が一番要介護になりやすいのか、またそれにつながりやすいのかというのを健診結果から絞り込んで、どのような方に保健指導をしていくのかを企業の保健師とツールを使いながらデータを出して、企業のデータを活用しながら保健指導をしていくべきハイリスクの方の抽出を行っている企業も幾つかある。そういった形で、産業の中で健康管理を担当する方がいらっしゃるところは今連携を進めているが、労働安全衛生法の関係で、中小企業などでその担当者がいないところがある。健診は受けるがその後のフォローがなされていないところが多いので、協会けんぽの活動と連携する動きも進めているので、国民健康保険だけではなく、いずれ国民健康保険に加入される働き盛りの方々を何とかしていくことが保健活動として今後取り組んでいかなければならないところである。それに対し、またご意見をいただければと思う。

林議長：この職域について、荒屋委員からご意見を伺いたい。

荒屋委員：職域では、健診は100%受けていただけなのだが、保健指導を受けてほしい人には来てもらえない状態が続いている。先日15年くらい前からBMIが30ほどで、腹囲が102cm、中性脂肪は低く、心電図に異常はなかったが、寝ている最中に胸が苦しくなって病院で心筋梗塞との診断をされた方がいた。ちなみに我々は、血圧計を持って測定のために現場を回るのだが、この心筋梗塞を発症した方は測定結果について、いつも同じ指導を受けるため、それが嫌だったのかこのときに測

定させてもらえなかった方で、そのような方にどのように接していくのが課題である。

林議長：次に2ページ目について、重なったリスクによって年月を経て、不可逆的な辛い思いをされている方の健診等の状況についてお示しいただいたが、この辺についてそれぞれの保健活動で感じられることなど、何かアドバイス等があればお願いしたい。

高橋委員：2ページの図はかなり歴史のある図で、今のメタボリックシンドロームに注目した特定健診という制度になる前の段階の研究で幾つかの地域でこういう検討がされ、肥満、血圧、脂質、血糖とだんだん問題点の数が増えていき、ある日、大きな病気が起きると。健診あるいはメタボという概念そのものが、そういう状況にいる人を早く見つけて、早く介入して働きかける対象を選ぶというのか本質であり、手段である。この図に詳細不明とあるのはどうしようもないが、通院や生活指導をして、必要であれば薬物を使って、肥満や血糖などの問題点を抑え込んでいくとこのようなことにはならないので、これはうまくいかなかった例を集めた図だと思う。それから、血圧とか血糖とか脂質において、少し高いけど異常が無いと判断しがちなのであるが、動脈硬化とか障害の蓄積を考えると、個々の条件をできる限り正常にしていけない限り、最終的に問題点になってしまうのは防げないと思うので、医療の反省点とすれば、妥協せず完璧を狙ってやっていかなくてはならないと。以前から生活指導などの働きかけを十分にすればそこまで悪化しなくて済む人は世の中にたくさんいるはずなので、問題はシステムとマンパワーだと思っている。

林議長：メタボリックシンドロームの面からアプローチする保健活動を今後展開していくというお話もあったので、その辺について具体的に進展がみられることを期待している。

次に、生涯を通じた健康づくり活動を進めていく体制づくりの中で、生活保護受給者についての医療、保健活動についてご意見をお伺いする。

上野（憲）委員：薬剤の内服で、服薬が正しくできない問題があったと書いてあるが、これは薬局の薬剤師や病院などとの関わりは持っていたのか。それとも何の手も打っていなかったのか。

長嶺保健師長：今回のこのケースは、過去を振り返った形で問題点を拾い上げたケースで今は関わって間もないところがある。コントロールが悪かったとか、服薬が正し

くできていないと担当のケースワーカーさんからの話を元に記載をしているが、その当時、薬剤師と関わるような仕組みはできていなかったと思われる。今ご意見をいただいたとおり、薬剤師や医師の協力を得ることも踏まえ、支援の連携の図っていきたいと考えている。

上野委員：保険薬局は調剤に特化するのではなく、在宅をしなければと生き残れないという国の方針が出ているので、ぜひ薬局の薬剤師を利用していただきたい。

林議長：私から、60歳以上の単身世帯で生活保護に入る割合が多いということで、現在独居老人の孤独死が社会的な問題になっているが、上越市においては何か特別な事情があるのか。

牛木課長：生活保護世帯の構成であるが、特に上越市だからこうだということはない。高齢者世帯が基本的に多いのは全国的な傾向であるし、上越市においても37.5%が高齢者世帯で、これも全国の傾向と大して変わらない。ただ、単身世帯が8割を占めており、さらに高齢者の方が多い状況である。また、就労したが事情により辞められたという方も相当おられ、最近傾向としては精神疾患、発達障害の方がかなり増えてきているように見受けられる。精神疾患をお持ちの方は、なかなかケースワーカーが働きかけたり、指導したり指示してもすんなり受け止めてもらえないため、繰り返し指導を行い、ケースワーカーも相当疲弊しているが、このレセプト点検などでハイリスクの方をピックアップしながら、一人で多くという思いで進めている。

林議長：健康面以外から支援の面で、ケースワーカーの方々の努力には頭の下がる思いである。

小島委員：先ほどから生保の方の食事のバランスが悪い、特に単身世帯が8割いらっしゃるとのことだが、実際にどうやって食事をなされているのか。ご高齢の方だったら、ヘルパーの方が作ってくれたりすると思うが、誰が管理してくれているのか。単身の方は恐らく自分では管理できないと思う。

牛木課長：生活保護費が月初めに支給されると、どうしてもおいしいものを一気に食べ始め、手作りではなくレトルト、コンビニの弁当といったものを食べて、そして生活保護費がなくなってくるとカップヌードルとか、非常に質素なものを食べて、月で相当食生活に変化があるのではないかと見受けられる。また、ケースワーカーが何を買って食べたのか聞いてもなかなか答えてくださらない方については、レシートなどを見ながら管理、指導をしているという方もおられる。当然、きち

んと支給額を平均的に見ながらバランス良く食事をとっている方も中にはおられるが、比較的若い単身の方は給付金が出た時に食堂へ行って、我慢していたラーメンやかつ丼などボリュームあるものをとられる。1人のケースワーカーが90人くらいを受け持っているので、一人ずつ常に付き添いながらの管理はできないという状況である。

林議長：それでは、次に2番目と3番目、ページだと5～8ページ、母子保健活動と学童期に関わる保健活動について協議したいと思う。全体にわたって、深く関わっている委員の方々からご意見をいただきたいと思うが、まず栄養面での指導の点で、大平委員からご意見を伺いたい。

大平委員：母子保健活動について、やはり乳幼児の時代というのは保護者が与えたものしか食べられない。自分で用意するとか、買ってくるとかはできない年頃なので、保護者にどう教育していくかがポイントではないか。まず、一番キーになるのは離乳期から味覚、嗜好が形成されるような3～4歳くらい、この幼稚園に入る前くらいの時期の年頃の子どもたちにはちょうど健診がない。1歳6か月と3歳にはあるので、その2回を活用していただいて保護者への啓発を考えていただければいいかと思うし、学童、生徒の時代になるとマスメディアの影響で痩せ願望が入ってきたり、逆にアスリートを目指す方はプロテインに頼ったりとか、子どもたちにも自分の思いが出てくると思う。1つの食育の場として給食があるが、成長の段階や速度も違う。個人差も非常に大きいし、例えば部活で運動をやっている子とやっていない子、スポーツクラブに所属している子、夜遅くまで塾に行っている子とかライフスタイルも様々である中で、基本的には男の子も女の子も同じで、みんな平等に配りなさいと小学校の時はそういう教育だったと思う。もしかすると今は違うかもしれないが、その中で全体量はこれだけなんだけど、自分の活動量とか、今の体格とかその日の体調に合わせて食べられる、そういう栄養教諭の頑張りにこれから期待したい。

林議長：次に、学校教育という観点で上野委員からご意見をお伺いしたい。

上野（光）委員：私が注目しているのが子どもの領域での肥満、それから6、7、8ページの肥満度とか血液検査について、本当に教育委員会の皆様を始め一生懸命に取り組んでいらっしゃるかと最初に敬意を表したい。今日、改めて6ページのデータを拝見して、コレステロールの数値とかHbA1cの数値データの年次推移を見せてもらって、非常にインパクトのある結果だと驚いている。要精密検査の方が2年後

には減っているということで、いい傾向のある一方で、昔は異常なしという人の中に要精検、要生活指導のお子さんが出てきている。これをできるだけ減らすことが必要である。

それから、その前の5ページの小児肥満対応マニュアルのところで、肥満度30%以上から49%はただ落とすような個別指導と書いてあるが、7ページのところで見ると、単に20%以上の区切りで示しているが、これを細かくして、肥満の程度に応じてどうなのかというのを示していただけたら良かったと思う。

もう一つは、モデル校は9校で進行中だが、あと1年か2年かもしれないけれど、こういった事業で非常に成果が表れているとしたら、これを市内の全学校に広めていくことも考えられるし、全校で採血検査を展開するのは時期尚早なのかも知れないが、学校のモデル校を少し増やしてみたり、モデル校以外の学校のデータと比べて、解析してご報告いただけるとありがたいと思う。先ほど、中学校1年生への集団指導が非常に重要だという話があったが、市内の採血検査は一般校だと小学校5年生と中学校2年生で実施しているわけだけども、そういう面から中学校1年生での集団指導に力を入れるべきだというのは、非常に大きな成果が得られるのではないかと思う。私もライフスタイル調査に関わっている身だが、できれば血液検査に肥満度のデータも加えながら、今後こういった細かい解析もしていただければと思っている。

須藤指導主事：モデル校以外でのデータについて、モデル校の解析がようやく終わり比較の段階に入っているので、これからまたモデル校以外の子どもたちの状態についても解析を進めていけたらと思っている。それが出てくると、どこに違いが表れているのかも出てくるので、今後の取組の一つにしていきたいと思う。

林議長：私ども外来で脂質異常を健診で指摘されて、二次検査をするかかりつけ医の立場から、経年的に2年たつと検査をした医師には経過及び転機はわからないけども、指導で改善したといった情報をフィードバックしていただくと医師の関心も高まるし、また医療と学童における保健活動とのつながりも非常に強くなってくると感じた次第である。

次に、高校の肥満の状況について、五十嵐委員にご意見をお伺いする。

五十嵐委員：当校の子どもたちの健康課題は、男子の肥満と女子の痩せである。特に肥満、子どもたちには体重測定を行っているが、肥満は病気じゃないと子どもたちは思っていて、動けるし、特に何かあるわけではないので。そういう子どもたちには

体重測定のほかにも血圧測定もして、1回だけではなく毎回してあげて、血圧いいねとか、下げるためにこういうことしようと、そこまでやって肥満指導に当たっている。この5ページの母子保健活動のところ、乳幼児期から肥満指導をしてくださるのを見て、すごくいい取組だと思っている。やはり、このときに肥満細胞を増やしたりしないでギュッと育ててもらい、そのまま大きくなっていただけると、小学生になった時に痩せた体だとそんなに肥満になる子もいないと思うので、小さい時の肥満指導を是非やっていただけたらと思う。

林議長：高校生において、肥満指導の際に血圧を測ることでその動機付けができるという具体的な良いお知恵をいただいた。

次に、野澤部長からご意見をお聞きしたい。

野澤部長：子どもを預かっている立場で、血液検査のこの先をどうするかというのは十分問題意識を持っているのでしっかりやっていきたいと思う。それも大事だが、先ほどの未受診者のことや生活習慣の話で、自分の体の責任は自分で負うという、基礎的な教育をしっかりやったまちとそうでないまちとでは、これから差が付いてくると思う。だから、対処も両方でこれまでいろんなことを行ってきたけれど、本当の予防の基礎は人の意識を変えることだと思う。先ほどからお話が出ているように、意識を変えることが難しい事例はいっぱい出ているので、我々も含めて意識を作るところからやっていくことだと思う。そういう意味では教育の責任は大変大きいと思うし、今の自分の権利とか義務とかという中に、やはり人間の社会に生きていく人の義務と権利の中に健康を自分でつくるということ。健康に関する義務、とかく権利の話になっているが、そういう意味では小さい頃から自分の体を守る、健康にする義務を学ばせる教育ができれば、今議論したようなこの人たちはどうしようとか、あの人たちはどうしようという話は少なくともなくなるので、ある意味では医療に助けていただく人たちで済むのではないかと思う。

小島委員：皆さんのおっしゃるとおりだと思う。本当に小学校から自分の体は自分で守る、食べ物を自分の目で選ぶという自主性を育てることが大事だと思う。

林議長：次に、県としての小児の生活習慣病への対策について、飯塚委員にご意見を伺いたい。

飯塚委員：私は、肥満というよりも母子保健活動の中で出た女性の痩せの問題について、低出生体重児が多い状況の中で、7ページの中学1年生から3年生の肥満度マイ

ナス 20%以下の方々の精査の結果がどうなのかが非常に気になったので、次回分析をしてお示しいただければと思う。

林議長：私、小児科医なので、この最後の項目について意見を述べさせていただくが、小児期の過体重と成人の肥満の関連で、留意すべきなことは小児期、乳児期、幼児期及び学童期、それぞれのステージで成人肥満との相関は少しずつ変わってきており、各ステージによって過体重の方への対応が違うことが言えるかと思う。まずは乳児期だが、この時期の肥満が幼児期以降の肥満につながるということはないとエビデンスも証明されていて、まず問題視することはないが、時々感じるのはお母さんが肥満だと発症する傾向にあるようで、肥満発症予防の意義についてさりげなくアドバイスをする必要があると思っている。また、今話が出たように、低出生体重児と糖尿病のお母さんから生まれてきた過体重児においても、将来肥満を発症する可能性が高いことに留意して健康指導を進めていただきたいと思います。それから、この表にもあった母乳保育と将来の肥満予防効果についてもだんだんエビデンスが出てきていて、可能な場合は母乳保育を進めていくべきだと考えている。

次に幼児期は、この時期の体型はまさに学童期の肥満と相関していて、この時期の体重の変化に留意することが重要である。特に急な体重増加は、乳幼児健診の場で母子健康手帳の体重曲線で把握することができる。ここで一つ、これがポピュラーになっているかどうかはわからないが、保健活動の場合に非常に利用できる新しい指標があるんじゃないかということでご紹介する。子どもの BMI の変化について、乳児期からの BMI を見ていると BMI の値が 2 歳頃から低下してきて、3~7 歳くらいに最低値をとって、その後成人に向けてだんだん増加し続ける。この増加はアディポシティリバウンドと言われているらしいが、この時期が早いほど将来肥満を生じやすく、将来のメタボリックシンドロームのリスクが高いと言われている。したがって、3 歳児健診の BMI が 1 歳半の BMI より増加しているお子さんは、アディポシティリバウンドが早く始まっているということだから、この辺に重点を置くと、生活習慣の指導や改善点を見いだすきっかけになるのではないかと考えている。上越市では 1 歳半と 3 歳の健診を集団でやっており、これは医師、保健師、栄養士等の複数のスタッフがそろっているととても充実した場なので、3 歳児健診で肥満のリスクの高い方に指導していくのは効果的かと思っている。この提案をご検討いただきたい。

それから、保育園や幼稚園での体重の経年的な変化を把握することは大事なことだが、1枚の紙を通してみんなで情報を共有することも大事だと思う。母子手帳に記載していても6歳までが限度なので、やはりその子の1枚の成長記録を用意して、それを乳幼児健診の母子手帳からの転載と、幼稚園、保育園での毎年の健診のデータを組み入れていくことで体重の増加が非常に把握しやすい。また、成長の記録はかかりつけ医の立場から言うと、外来でもついでに太っている方を見出すわけだが、今の現在の食生活についていろいろお話を聞いていくよりも過去に遡って、どこで体重が増えて、その時の過体重に至った経過、きっかけを見聞きしたほうが非常に指導につながりやすいと感じている。今は、過体重の方を見る時に、いちいち母子手帳や保育園の記録を持ってきていただいております、二重の手間になっているが、1枚の成長の記録をいつもお持ちいただくと、非常にかかりつけ医としても指導がしやすい、そういった生活習慣病への理解も進んで、取り組む医師が増えていくのではないかと考えている。

次に、学童期について、この時期の肥満には2つのパターンがあって、幼児期からの移行してくる肥満と、もう一つは小学校の身長曲線は1年間当たり大体5cmずつしか伸びていかないので、非常にゆっくりしたカーブをとるが、それに対して体重は比較的大きく伸びていく。大体、高学年くらいになると肥満かどうかは確定する時期なので、2つのパターンがあるということを理解しながら、学童期の肥満について理解しながら生活指導をしていかなければならない。特に、学童期は睡眠不足や運動不足が非常に生じやすいので、留意すべきだと思う。また、学校教育現場での生活習慣病については、非常にこの辺は難しく、本当は一番エネルギーをかけなくてはいけないところだが、マンパワーの面で非常に大変だし、また健康づくり推進課が非常に忙しい中で学校教育の現場で関わるのは大変かと思うので、養護教員の関わり方が期待される。今までも行ってきていると思うが、上越市における生活習慣病対策の取組、あるいは問題点について学校保健の研修会等の機会を通じて理解していただき、共通の問題意識を持って、ともに取り組んでいければと思っている。

野澤部長：いつもこの協議会の先生方の議論は素晴らしいと思うし、7年間の蓄積があって、これだけデータが出てくると今日みたいにいろんな話が出てくる。先ほど高橋先生がおっしゃったように、そろそろマネジメントの世界というか優先順位をしっかりと決めて、マンパワーも限られている中でぜひ次の回からは、ここではな

いか、ここを狙おうという戦術的なものもそろそろ議論していく時期に来たかなと実感している。7年前にスタートする時に尼崎式 CKD を徹底的に潰す、それから北海道の池田町のように全町訪問していく、それを上越市に当てはめた場合に尼崎でもないし、池田でもない方式として、その危険リスクから保健活動をやっていくという方式を行って、7年経って今こうなっているわけで、もう一度、この上越方式みたいなものを先生がおっしゃった教育の部分も含めて、議論する時期に来たのではないかと。誰がどうやってイニシアチブをとるのか、問題もあるかも知れないが、次の段階だということを凄く感じたので、非常に有意義な会だったと思う。

高橋委員：1つだけ小児と学童期の件で補足だが、資料の8ページの血液検査の経年変化の例で、コレステロールがちょっと上がってまた下がってと。実は何年か前に医師会で対応マニュアルを作ったことがあって、その時資料を集めていろいろ論議があったが、その時のデータとして小学校の中学年及び高学年、中学校の初期、後期と成長の段階で随分体質の変化があって、コレステロールの平均的な分布もずいぶん違ふと。平均コレステロールの数値自体が学童の年代によって違ふということがあって、学童の成長の変化が激しい時期のデータで、年代はもとより基礎値の時代の変化を考慮しなくてはならないという話はあったが、時期そのものが個人個人でずれているという問題があって、学年ごとの標準的な基準値を集めることができなかつた。その辺のことがあったということを念頭に置いていただきたいことと、この子の例だと13歳~14歳の間に大分体重を増やして、コレステロール値が上がって、15歳になって少し体重を絞ってコレステロール値が下がったと。これは一般の臨床でもあることで、ちょっとカロリーを多めにして体重を増やすとコレステロールが上がって、絞ると下がると。それと同じことが起きているのではないかと。成長期ではあるけども、成長し続けているので絶対的にはすごく高い数字ではないので、食事の内容や体重によってコレステロール値が結構変化することを実感して、実感を持って成長してもらおうという意味立てだと思ふ。成長期や若い人の場合のコレステロールが高い低いというのと、成人病の場合とはちょっと違う意味があるので、その辺は扱いを気を受けなくではいけない気がする。

あと、もう一つは前々からの問題提起はあったのだが、家族性高コレステロール血症という病気があって、500人に1人、場合によっては300人に1人という

説もあるが、遺伝的にコレステロール値が高い人がいると。大体一つの家系の中のメンバーの半分くらいの方はコレステロールが盛大に高いと言われており、そういう人たちは特別な医療的な対処がずっと必要で、世界で一番それを見つけているのはオランダで90%も見つけているが、大抵の国では10%も見つけてない。見つけていないということは対策を取っていないということだが、動脈硬化性の病気を起こす人の中で、実はそういう問題を抱えていた方の割合が高い。これは将来の課題だけでも、網羅的に血液検査をすることは、生涯にわたる対策が意図的に必要な人たちを早くから認識して指導をしていくという、非常に大きな対処になるので、1人を見つければ、その血縁者全員を調べればその半分はそういう人が見つかり、芋づる式に地域の問題点を発見するきっかけをほったらかしている状態になっている。家族とか遺伝の問題が関わってくるので、扱いは難しいとは思いますが、20年後くらいに小学校、中学校のときの健診で見つけているのにきちんと対応してくれなかったと言われても困るので、何らかの対策をあらかじめしておく必要があるので、ぜひ検討を始めていただきたい。

林議長：野澤部長がおっしゃるように、そういう期が熟してきたので、戦略会議ではないけども次回からポイントを絞った前向きな、もう少し先に進んだ内容で会議ができればと思う。これにて議長を解任させていただく。

渡辺副課長：本日誠にありがとうございました。貴重な意見をたくさんいただいたので、早速明日はこの会議を振り返って、今後自分たちがどういうふうに進まなくてはいけないかをきちんとみんなで検討させていただいて、上越市の保健事業をどう展開していくかをまた考えさせていただきたいと思う。本日は貴重な意見が多くてちょっと身が引き締まる思いだが、またぜひ次回の会議で、さらに私どもの進め方についてご意見をいただけるようお願い申し上げます。

9 問合せ先

健康福祉部健康づくり推進課 TEL：025-526-5111（内線1263）

E-mail：kenkou@city.joetsu.lg.jp

10 その他

別添の会議資料もあわせてご覧ください。