

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) 保健事業の取組状況と平成29年度の方向性（公開）

(2) その他（公開）

3 開催日時

平成29年2月8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

4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：15人中 14人出席

林三樹夫、高橋慶一、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、高林知佳子、五十嵐由美子、江嶋正樹、浅井正子、
野澤朗（中野敏明代理）、八木智学

・事務局：牛木福祉課参事、池田主任、笹川高齢者支援課長、細谷係長、今井国保年金課長、小林保健師長、秋山保育課参事、福永保健師長、澤田学校教育課長、須藤指導主事、横山健康づくり推進課長、田中副課長、春日副課長、玉井係長、外立保健師長、柳澤保健師長、植木栄養士長、坂上保健師長、川合主任、塚田主任、雲田主任、山口保健師、八木保健師、丸山保健師、五十嵐管理栄養士、小森主事

8 発言の内容

【開会】

玉井係長：ただいまから、平成28年度第2回上越市健康づくり推進協議会を開会する。

まず、最初に健康づくり推進課長の横山がご挨拶を申し上げる。

横山課長：本日はご多忙のところ、また夜分にもかかわらずお集まりいただき、厚く感謝を申し上げます。本年度第1回目を平成28年7月13日に開催したが、28年度の取り組みについてご説明させていただいたところ、皆様方それぞれの立場から貴重なご意見を頂戴した。保健活動を行う現場においては、いただいたご意見を踏まえて市民の生活に寄り添い、保健活動が市民に深く浸透することを目指して、健診の充実や、保健指導等の活動を展開してきたが、おかげさまで市民の皆様からも自身の健康への関心を持っていただき、生活の見直しによって健診結果データの改善や重症化予防につながる事例も出てきている。平成20年の健診、保健指導のしくみの大きな改革から9年、当市においては一貫して生活習慣病の発症予防と重症化予防に取り組んできたが、これまでの活動の振り返りや、検査データなどの分析により、常に見直しをかけ、上越市民の健康づくりにとって何が必要かを繰り返し検討し、取り組んでいきたいと思っている。

本日はすこやかなまちづくりへの取り組みの一つであります市民の健康について、中長期・短期的課題の現状と取り組みについて、ご説明させていただくとともに、平成29年度の取り組みについてもご説明させていただきたいと考えている。委員の皆様方からは、それぞれの立場からご意見をいただきたいと考えており、いただいた貴重なご意見をもとに、平成29年度の健康づくりの推進に向けた活動につなげていきたいと考えている。活発なご発言をお願い申し上げて、ご挨拶とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

玉井係長：本日の出席状況をお知らせする。委員15名のうち14名が出席されており、私立幼稚園連盟会長の安田様からは欠席のご連絡をいただいている。協議会の設置要項第6条第2項の規定を満たしているため、会議が成立することを報告する。なお、上越市教育委員会中野教育長は公務が重なり、野澤教育次長に代理で出席していただく予定であるが、所用で少し遅れているのでご承知おきいただきたい。

本日の会議は、午後8時30分を終了予定としている。なお、本日は4名の県立看護大学の学生が傍聴されているので、皆様ご承知おきいただきたい。それでは、協議会の規定により当会議の議長を林会長にお願いする。

【議題】

- 1 保健事業の取組状況と平成29年度の方向性
- 2 その他

林議長：議題に沿って進めていくが、議題 1 の保健事業の取組状況と平成 29 年度の方向性について、まず事務局からご説明をお願いします。

田中副課長：まず、1 ページをご覧ください。こちらの資料は、第 1 回目の会議でもお伝えした健康増進計画の全体像の図になっている。この中で①番、中長期的な課題として中重度の要介護認定者が多い、介護保険 2 号認定者が多い、新規人工透析患者が減らないという課題がある。その背景には短期的な課題として、Ⅱ度以上の高血圧者が同規模市に比べて多い、働き盛り世代の健診結果有所見率が高いというような背景があり、その中で活動を行っている。今日は①番の中長期的な課題の現状について、市の健診から見えてきた現在の状況について 2 ページから 7 ページでご説明をし、最後にこちらの資料下段に書いてある主な保健活動について説明をしたいと思う。それでは、まず介護保険の現状からお伝えしたいと思う。

細谷係長：まず、資料の 2 ページの上の図をご覧ください。こちらは介護保険、要介護認定者の人数の推移である。1 番のグラフについては、65 歳以上の第 1 号被保険者といわれる方々の要介護認定者数の推移、また折れ線グラフは認定率の割合を示している。当市の 10 月 1 日現在の高齢化率は、全市平均で 30.26%と年々高齢化率は上昇しており、そのうち 65 歳以上で介護保険の認定を受けている方が平成 28 年度は 20.4%となっている。平成 23 年度以降、22.5%前後の数字で推移していたが、平成 27 年度及び平成 28 年度では認定者数の割合が減少傾向にある。平成 26 年度、平成 27 年度新規で介護保険の申請をされた 65 歳以上の方の原因疾患を調べると、1 位が骨折で約 30%、次いで認知症が約 20%、以前は多かった脳血管疾患が原因の方が約 15%という形で、認定者数の数も減ってきているが、高齢化がどんどん進んでおり、高齢者の中でも 75 歳以上の後期高齢者の割合が大きくなっているということから、加齢に伴う骨折、認知症の割合が最近では増加傾向にあると考えている。

下段のグラフをご覧ください。こちらは 40 歳以上 64 歳以下の方、第 2 号被保険者と呼ばれる方、私たちが目標の中でも特に減らしたいと考えている方々である。そちらの認定者数、認定率も平成 24 年度をピークに減少傾向にある。2 号の方の要介護認定の割合で一番多い原因疾患は脳血管疾患で、4 割前後の方々、人数にすると新規が 75 名前後のところ 31 名となるので、ここの人数については予防できる方々だと考えている。

次に、裏面の介護度別要介護認定者の推移という横の帯グラフをご覧ください。まず、この表の一番下、計のところだが、この人数が平成 27 年度は 12,718 人、同じく平成 28 年度の計が 12,395 人という数が正しい数字なので、修正をお願いしたい。こちらは、先ほど田中副課長からお話があったとおり、要介護 3、4、5 の中・重度の方々が経年でどういうふうに推移しているのかを示した資料である。数字を見ると、一番上の要介護 3・4・5 のところを追ってもらえればと思うが、平成 23 年度から平成 25 年度は 5,000 人を超えていたところが、平成 28 年度では 4,886 人と人数が減ってきている。その要因としては、地域包括支援センターの職員の皆さんや医療機関の先生、薬剤師にも入ってもらい、しっかりと介護の重度化を予防するためにはどうしたらいいのかという研修会等を開催させていただいた。薬を処方されていてもしっかり飲めていない方がたくさんいらっしゃるということが分かり、薬局の方から訪問してもらったり、薬を飲みやすいように一包化していただいたり、また、ケアマネジャーにも疾病の重症化予防の勉強会に参加していただいたことも要因の一つかと思う。下段のグラフは、それに伴って介護保険の給付費がどんなふうに推移をしているかを示したグラフである。平成 27 年度については、介護報酬の減額改正により減っているが、認定者数が減っていることと、どうしても保険給付の金額が多くなる要介護度 3・4・5 の重度の方が一定程度減ってきていることから、給付費も少し下がっていると分析させていただいた。

塚田主任：私からは資料の 3 ページを説明させていただく。人工透析患者の推移ということで、過去 10 年間の新規導入者と透析継続者の推移を表している。色の薄い方が継続者、色の濃い方が新規導入者である。経年変化で見ると、新規導入者が減っていない現状がある。新規導入者を原因疾患別に分けたものが次のグラフで、透析に至る背景は色々考えられるが、糖尿病が悪化した結果、腎臓の機能に障害が出てしまう糖尿病性腎症を予防可能な原因疾患としてとらえて、新規導入者の内訳を腎炎などのその他の病気と分けたものである。糖尿病性腎症が原因疾患にある方のうち、健診や医療の経過がより分かる方を数名抜粋して経過表をまとめたものが次の資料である。4 ページの右端を見ていただくと透析導入時の年齢があり、透析導入前の健診結果や治療状況がどうだったのかを経年でまとめてみた。糖尿病性腎症がある方々なので、糖尿病の診断はされているが、実際治療状況はどうだったのかを見たときに、治療が継続されていれば実線の矢印が続くが、治

療が不定期だったり、中断されていると矢印が途切れたり、点線になったりしている。糖尿病の発症から透析に至るまでの経過が長いため、治療が中断したりせず血糖値をよい状態に保っていくことで、腎臓を悪化させないことが望まれる。これらの事例を見ると、30代や40代の頃に糖尿病を診断されている方々もいるので、若い世代への糖尿病に対する効果的な啓発の仕方も今後考えていく予定である。また、糖尿病だけでなく、高血圧や脂質異常などもあわせて持っている方もおり、透析導入前に重症化が進んで脳梗塞や心疾患を起こしている方が見受けられる。全身がかなり悪化した状態で透析を導入されていることが伺える。

雲田主任：私からは5ページについてご説明させていただく。データヘルスの視点で見た上越市の課題ということで、先ほど糖尿病性腎症で人工透析となった方の事例を見ていただいたが、そうなる手前でどこを押さえっていくことが新規の透析導入の予防または脳血管疾患等の予防につながるのか、市の現状はどうかということとを予防・健康管理の視点で見た上越市の課題ということで、国で示されている標準的な健診、保健指導プログラムの図に当てはめて考えてみた。上越市の健康増進計画の基本方針でもある健康格差の縮小と健康寿命の延伸というのが、この資料の一番下に書かれている。ここに向かって、一番上にある特定健診、特定保健指導の実施率の向上を図りつつデータの分析を行うことで、個々人のメリット、地域・職場のメリットが生じてくる。こうしたメリットを生かした具体的な取り組みを進めることで、真ん中に黒枠で囲ってあるメタボリックシンドロームの減少や糖尿病有病者の増加の抑制、高血圧の改善、脂質異常症の減少、CKD 慢性腎臓病重症化予防を進め、更にその下の新規透析患者の減少や脳血管疾患、虚血性心疾患の方を減らしていくことにつながると考えている。その中で、市の特定健診の受診者で重症化を予防しなければならない方の割合、メタボや糖尿病、高血圧の方の割合が平成24年度と平成27年度と比べてどうか、実際に何人いるのかを図の中に入れてみた。糖尿病の指標であるHbA1c、血糖値が高い方や、高血圧のところでは血圧Ⅱ度以上（血圧160/100以上）の割合が、今までの取り組みもあり減ってきている状況がある。一方、下の慢性腎臓病で尿蛋白が出ている方の割合が少し増えている現状があった。また、人数を見ると、メタボの男性1,387人、糖尿病の血糖値が高い方も男性女性を合わせると670人、血圧が160/100以上の高い方も900人弱ということで、まだまだ多くの予防していかなければならない対象者がいる状況がある。ここに対して、重症化予防の訪問等での保健指導

に引き続き力を入れていかなければならないと考えているし、このデータは健診を受けていただいた方であり、上越市は特定健診の受診率が約半分なので、まずは健診を受けていただく受診勧奨の取り組みも強化しながら、新規透析患者や脳血管疾患、虚血性心疾患につながる方を減らしていくことを目指していきたいと考えている。

次の資料 6 ページをご覧ください。市の特定健診を受けていただいた国民健康保険の方たちに対しても先ほどのような活動していくが、糖尿病性腎症で透析導入となった事例でも出てきたが、社会保険の時代、働き盛り世代から既に重症化している方もいた。働き盛り世代への取り組みについては、第 1 回目の会議でもたくさんご意見をいただいた。真ん中の四角の囲みのところだが、今年度の具体的な取り組みとしては、協会けんぽの保健師・栄養士への研修や人工透析予防サポート事業での保健指導、被扶養者に対して健診に来られたときの保健指導や健診結果説明会と企業に伺っての健診結果説明会や健康講座の実施をしてきた。また、勤労者福祉サービスセンターでの講座を 3 月に予定しており、重症化予防、発症予防についての取り組みについて知っていただけるように国民健康保険以外のところでもつながりを作り始めている。また市では、それより前の世代、子どもの頃からの寝たきり予防ということで、子どもの頃から自分の身体の状態を知るために、小・中学生に血液検査事業を実施している。次にその状況について説明させていただく。

須藤指導主事：学校教育課では血液検査モデル事業を平成 25 年度から実施している。今年度が 4 年目で、7 ページに取り組みの状況を書かせていただいた。検査対象校モデル地区は 9 校で、内容としては血液検査の実施、そして保健指導ということで、モデル地区については学校と地区の担当保健師、栄養士が連携して事前と事後の指導を行っている。特に事前、事後については保護者も交えての集団指導、あるいは個別指導というところで、中には全員の保護者と面談をしているという学校もあった。4 番目には児童・生徒の声を挙げており、血液検査や指導を受けて非常に子どもたち、保護者にとって有意義な指導であったということで、特に子どもたちにそういう声が多くあがっていることが分かった。それから、5 番目の検査結果からの読み取りで、平成 28 年の中学校 2 年、3 年生の子どもたちが、平成 25 年のモデル地区が始まった時からどういう変化を遂げてきているかをグラフに表している。ずっと検査を受けている 190 名の子どもに対しての内容である。左

側のグラフの濃い方が要精検者、薄い方が要指導だが、脂質代謝の総コレステロールや LDL コレステロールについては改善が見られてきている。ただ、HDL コレステロールの低下による要精検者が毎年 3、4 名いて、なかなか要精検者の割合が減っていかない現状が見られる。それから、右のグラフについてはモデル地区とモデル地区以外の学校の受診率と有所見者率を比べたグラフである。まず、受診率についてだが、モデル地区のほうは受診率に大きな変化は表れていない。左側が小学校 5 年から中学校 2 年まで継続して受けている子どもの変化だが、モデル地区は小学校 5 年のときは 96.3%が今年度 92.9%である。モデル校以外を見ると、小学校 5 年のときは 71%の受診率が中学校 2 年になると 42.8%で、受診率が低下している。また、有所見者率のグラフ見てもらうと分かると思うが、モデル校以外は小 5 と中 2 で受診するようになっているので小 6 と中 1 のデータはないけども、比べてみるとモデル校はぐっと下がっている傾向があるが、モデル校以外は下がってはいるもののモデル校よりも有所見者が多かったという現状がある。

以上のことから、取り組みの成果として保健師と栄養士が関わって指導すると有所見者率が非常に低下するため、このモデル地区の取り組みは来年 29 年度までだが、今年度までの取り組みの成果を 2 月の養護教諭の研修会で紹介する予定である。また、使用した資料は、市内の全小中学校で使用できるように校務支援システムのリンク集の中に入れて、平成 29 年度から全小中学校で活用できるように今整えている。そして、来年度の養護教諭の研修会で、モデル地区の養護教諭から発表してもらう予定である。

田中副課長：では、最初の 1 ページの資料に戻っていただきたい。今ほど学童期の事業から介護保険の現状までお伝えしたが、⑤主な保健活動についてお伝えしたいと思う。平成 29 年度の取り組みとして考えている新規拡充事業、赤枠で囲ってある部分について説明したいと思う。子どもの頃からの取り組みとしては、保育園での身体計測の値について成長曲線の活用と書いてあるが、保護者が成長曲線のグラフを活用して確認できるように考えている。また、学校での取り組みは今ほど説明があったが、モデル事業で活用した資料を市内全校の養護教諭と共有して、指導に活用していく予定になっている。また、健診を受けた方を倒さない、健診を受けてもらうために受診勧奨や保健指導をもっとスタッフを増やして実施していく予定である。次に、真ん中の右側に糖尿病性腎症重症化予防プログラムと書いてあるが、こちらについては現在プログラムを作成中であり、リスクの高い未受

診者や治療中断者の方などを対象に医療に結びつけることや、医療機関と連携して保健指導を行って、透析への移行を予防していきたいと考えている。その下段、市民公開講座では広く市民の方に脳卒中予防や慢性腎臓病予防についての講座を予定している。次に、働き盛り世代としては、中小企業の勤労者が加入されている勤労者福祉サービスセンターへの講座を年6回予定している。また、商工会議所を通じて企業従事者への個別指導、企業看護職への支援等も実施する予定である。高齢者については、介護予防・骨折・認知症予防のための講座とあるが、28地区サロンの中で2回行う予定。これらの事業を平成29年度の取り組みとして考えている。

林議長：それでは、事務局の説明を受けて皆様で健康づくりの方向性とその実践化について審議を行っていききたいと思う。議事の進め方だが、今ほどの資料に沿って、まず、最初に1ページのすこやかなまちへのライフステージ全般を通じた取り組みについての上段について広くお話を伺う。それから、2ページ以降の個々の事項について詳しくご意見をいただいて、そのあとで1ページの下段の各ライフステージにおける保健活動、来年度拡充及び新規の保健事業についてのご意見を賜りたいと思う。最初に、上越市においてはライフステージごとの健康課題を明らかにして、各世代の保健活動を健康福祉部全体で連携して万遍なく活動していると私は思っているが、その上段に関わって全体として何かご意見はあるか。

上野薬剤師：学童・思春期の小中高校生の休養面の課題で睡眠時間が少ない、また左側の身体活動の課題でメディア時間の増加とあるが、以前から何回も話が出ていると思うが、中学生のスマホの問題で、非常に夜遅くまで起きている。そして、朝はご飯を食べないで登校する。帰ってくるとまたスマホをいじっているということで、メディアの使い方を子どもに言ってもなかなか守れないと思うが、市では保護者との連携をこれからどのように進めていくのか。病院や薬局でもスマホをずっとかまっていて、一切会話もしない親子、スマホでやり取りをしている状況が伺えるのだが、その辺の対策も非常に大事ではないかと思うが、どうか。

澤田課長：ICTの問題は当課も非常に重要視しており、担当の指導主事を1人置いている。学校に出向いて、パソコン、スマホ、SNS等の付き合い方について指導するが、子どもにだけ指導してもダメなので、保護者がPTAで集まる機会等に指導主事がお邪魔して、こういったことの注意喚起をしている。話のメインは健康についてだが、そのほかにも生徒指導的にメールやSNSで起こっている問題があるので、

その両方を抱き合わせにして指導をしている最中である。また、当課の指導主事だけではなく、そういった指導ができる先生の養成という名目で研修会を開き、その先生を中心に学校内で子どもたちに話をする、保護者にも話をするといった方策もとっている。

林議長：メディアと子どもの生活習慣に関わることについては、学校保健委員会で子どもとPTA、医師、薬剤師と一緒に年1回開催している学校が多い。そこでも食習慣、食育に含めて、メディアの時間を減らそうという課題をもって発表されていて、学校での取り組みというのは当然理解できるものだと思う。また、日本医師会においてもスマートフォンと子どもの発達への懸念ということで、先日ポスターを作り、啓発を行っていることを紹介しておく。それから、高校生の取り組みについて五十嵐委員の方から、健康課題、実態を踏まえて健康づくりの活動についてご意見をお伺いする。

五十嵐委員：当校の生徒は、スマホが手放せない、注意をしないと授業中もスマホをかまっているという状態で、ルールを決めて授業中は見ない触らないということを徹底しているが、休み時間や空き時間になればスマホが友達という感じである。今当校では、基本的な生活習慣が一番大切であると考えており、保健師や栄養士から来ていただき、基本的な生活習慣を教える中で子どもたちの自立や生活習慣と学力が関係あるということは分かっているので、基本的な生活習慣をきちんと身に着けた子どもたちは学校の中で安定した生活を送ることができたり、自立した生活を送ることができたりすることを実感しつつあるので、基本的な生活習慣づくり、早寝・早起き、朝御飯の簡単なことがまずできるように指導している。

林議長：小学校と中学校の学校保健委員会に、行政の保健師あるいは栄養士が出向いて皆さんへの啓発をするというのがあると思うが、高校での保健活動の中にそういった行政の保健師、栄養士が関わる機会はあるのだろうか。

五十嵐委員：市と保健所が計画する思春期保健事業というものがあり、そこに私たちが乗っかり保健師、栄養士に来てもらい、性に関する指導や食習慣に関することを指導してもらっている。また、当校では学校保健委員会を年2回開催しており、学校医や栄養士に来てもらい、今年は高校生時代の健康づくりについて協議させていただいた。

林議長：それとこの先のことで、高林委員、上野委員に大学生の健康、生活習慣について、後ろに学生の方も傍聴しているので御意見をいただきたい。

上野（光）委員：五十嵐委員の発言がとてもいい方向に向いているような発言だったが、上教大の学生の生活を振り返り調査してみると、残念ながら身についていない。全国から集まっている学生なので、決して上越市出身の高校生が挙がっているわけではないが、全国的な傾向なのではないかと感じている。私も教育大学にいたので、自分自身で高校生の保健体育の教科書を3冊ほど持っているが、内容は素晴らしい。本当に専門家が知恵を振り絞って書いたのだと思うが、残念ながら授業を含めて保健に関する時間が非常に少ないのではないと思う。半分以上が大学に進学する時代なので、高校に入ると受験を重視するというのが学校現場の現実として多いのではないか。そうすると保健は、言葉は悪いがなおざりになりがちで、もっと健康教育の充実を図るべきだと思うが、現実には時間がないということも聞いている。そこで、上越市の高校現場に対しての支援はどう考えているかを聞いたかった。前回の会議でもそういった話があったと思うが、今保健所からの援助というお話があり、やはりこういうことは市にもできれば介入してほしいし、当校ばかりではなく一般的に大学生は健康についての意識、認識が低いと言われている。当校でも採血の授業をやっていて、本人の採血結果を返すが、なかなかピンときていない。肝障害がある、脂質、コレステロールが高いといっても、それによって生活習慣を変えようということに意識が結びつかず、我々も悩んでいる。一番の目安は、私は体重だと思っている。大学に入る前の受験期に太ったり、大学に入った後にも体重が増え、肝障害の有所見率が高くなるというデータもある。逆に痩せる学生もいるが、高校生、小学生でも摂食障害が低年齢化しているという話も聞いている。食育と眠育についてももっと充実した取り組みをして、その中でスマホなどのメディアとの付き合い方を小学生、中学生の養護教諭の取り組みにも重点化して結び付けていただけたらと思う。大学生を見ると、当校は教育系なので朝御飯を食べるよりも寝ていたいという学生の意見をしょっちゅう聞いていて、これが医療系であるとスケジュールがぎっしり入っていて1年目から欠席できない。大学の種類や学部によっても違いはあると思うが、そういうふうを感じている。上越市は小中学校での取り組みが良くなってモデル校の取り組みを行っているが、私の個人的な考えとしては、例えば成人式で、モデル校の学生が成人になって地元に戻ってきたときに採血をして、この取り組みが結びついているのかということも考えてみてはどうか。

野澤教育次長：高校生は生活習慣病だけではなく、例えば今年も1学期で30人、2学期で

30人、60人ぐらいが高校受験で受かった後、南城高校へ移っているという実態がある。中学校までの育て方と高校に行つてというところと、最終的に言うとその子たちこそ街に残る子どもたちだから、いろんな意味で健康や生活習慣、また働く意欲も含めて、誰かが手を入れなければいけないということで、今教育委員会が手を出そうとしているが、具体的にどの課がやるのかというのは、今までそういう対策課がない。学校教育課は小・中学校担当、社会教育課は社会人担当なので、そこを乗り越えていく体制を持ってやろうということで、テーマにはしている。そして、入口が開けば、今お話しいただいたような健康面では健康福祉部から協力いただくということになると思う。来年度はまず窓口を開けることから、県立高校の皆さんから上越市という自治体が入っていくことを認めていただくところからかと思っている。

林議長：次に、高林委員からご意見を伺いたい。

高林委員：うちは看護大学で看護師、保健師、助産師を目指す子たちなので、一般の大学生に比べたらまだいいかなと思う。傍聴席の学生も自分からこの会議を聞いてみたいと言った学生なので、生活習慣はいい方の部類の子たちだと思う。今日の会議に先立って、当校は毎年秋に全員を対象に生活調査をやっていて、その結果を見たら、「自分は今健康だと思うか」という質問に対し、「健康ではない」と断言する学生が各学年1人～3人くらいいる。その健康ではない理由は何かと聞いたところ、トップの回答が「不規則な生活」だった。実際に朝ごはんを全く食べないという学生が、どの学年も10人弱いる。今日当校の養護教諭と話をしたのだが、当校は割と苦学生が多く、そのほとんどの学生はアルバイトをしている。アルバイトは夜で、夜にご飯を食べ、そしてギリギリまで寝ているのでお腹も空かないし、朝ごはんを食べないまま大学に行く。いわゆる食の乱れ、生活習慣の乱れ、睡眠時間の不足等、一部の学生がそういう問題を抱えている現状がある。

林議長：ここで江嶋委員から保護者代理またご自身が正に働き盛りであるので、その立場から何かご意見あればお願いしたい。

江嶋委員：私自身も中学生と小学生の親である。少し話は戻ってしまうが、先ほどメディアの話で、私のうちも上の娘が塾に通っているのでスマートフォンを持たせている。余り使わないという約束の中でも、結局は見えていないところで使っているのが現状かと思うし、睡眠時間を削ってまで使うということはまずないが、市PTA連絡協議会を含めて各学校の話を聞くと、特に高校生になると授業中もかま

るし、1日のうち8時間は触っているという話も聞く。それが健康被害を及ぼすと、研修会ではそういう話を聞くが実際はどうなんだろうと。保護者としてはそんなことはないのではないか、事例を聞いたことがないという意見も聞く。そういう意識の薄さで子どもにもしっかり伝わらず、自分たちも使っているし大丈夫なんじゃないかという中で、少しずつそれが進んで健康被害が出ているのではないかと感じている。とりとめがない話で恐縮だが、メディアに関しては小中学校が対象になるが、市P連も今年度「アウトメディア宣言」というのを発表した。なるべく、テレビ等も含めたメディアと接する時間を減らして、睡眠時間の確保と食事をしっかりとるということを研修会等での指導を進めている。私も正直メディアは使っているが、使いこなせていないのが実情で、子どもに使うなど注意をしても、子どもの方がよく使い方を理解しているので強く言えない部分もある。これから各学校にも再度、まず親が意識をもって体に与える影響があることを周知するよう勧めていきたい。

林議長：子どものメディア時間の増加とともに外遊びの減少というのも資料に書かれている。これはお願いだが、上越市においても子どもが安心して遊べる環境づくりやあるいは世代を超えた地域の大人とのコミュニケーションを通じて社会性を育む機会、遊びの機会というものを考え、ぜひ実現していただきたいと思う。

次に2ページ目、介護保険の現状について何かご意見はあるか。

高橋委員：要介護認定者数の推移ということで、第1号被保険者が平成27、28年度と低下傾向で第2号被保険者においても平成25年度からだんだん減っているが、これは実際に認定者数の割合が減っているのか、それとも制度の変更によるものなのか。

細谷係長：平成27年4月に介護保険法の大幅な改正があり、認定について要支援1、2の軽い方々は介護保険の認定審査会の審査を経ないで、訪問のヘルパーとデイサービスだけを使う方はチェックリストでの簡易なやり方で認定を受け、サービスを使えるという形に制度が変わっている。その制度が始まって、認定者数が減っているのではないかという高橋委員のご意見かと思うが、先ほど資料の2ページの裏で数字の訂正をさせていただいた部分の元の間違っている数字が、チェックリストでの簡易な認定によってサービスの利用を含めた人数なので、この人数を重ねてみると若干増えている傾向にあるけども、割合で見ると21%にはまだ届かないので、全体的な認定者の割合は減少傾向にあると考えている。

浅井委員：補足で、今細谷係長のお話のとおり制度の変更というのももちろん要因ではあ

るが、全国的な傾向で見ると、第2号被保険者の若い方は上越市も含めて認定率が若干減少傾向にある。でも、第1号被保険者で見ると、全国的には制度の変更があっても増加傾向にある中、上越市では着実に減っているということは市の取り組みの成果なのではないか、非常に頑張っていると思う。

野澤教育次長：先ほどの説明で非常に興味深いところがあって、要介護3、4、5の重度化が減ってきたという話の理由の分析が、私の解釈では元々上越市というのは療養病床が少ないので、脳血管疾患になった人が次に出るときに出先がなくて、どうしても要介護3、4、5の認定を受けて介護になる。だから、その重いところを予防していくという見解だったが、先ほどの説明だと一旦介護になるのだけでも、重症化させない取り組みによって要介護3、4、5が減ったということである。もしそうであればとても面白いので、それを示すデータを出すべきで、今までどの程度の人が介護に移ったけども、そこから重症化率が上がったか、下がったかというのはデータで示せば、上越市は倒さないだけではなくて、重症化させていないということも見えるし、今やっている訪問事業等も全てそこに集約できると思う。今ほど高橋委員からもご質問があったが、入口が狭くなるほうが広くなるほうが、悪くならなければいいということのポイントとして仕事をして、重症化率が落ちていることをちゃんとデータで出せば一発で分かるのではないかと考えた。

笹川課長：野澤教育次長からのご指摘は、移行率のデータをきちっと整理しろというご意見だと思っている。大変恐縮だが、今この場ではそういうデータは持ち合わせていないので、今後皆さんにお示しできるようにデータの整理をしていきたい。

浅井委員：県立中央病院の整形外科部長の荒井医師に非常にいい情報を聞いた。骨折する高齢者を上、中、下越と地域別にみると上越が一番少ない。介護予防の取り組みの成果や要介護認定を受ける中で、骨折する方が非常に減っているんだと思う。

林議長：鈴木委員にケアマネジャーという立場から、要介護になった方に接して日頃感じているらっしゃる重症化予防についてご意見を賜りたいと思う。

鈴木委員：ここ数年、上越市の高齢者支援課からも度重なる重症化予防のアプローチの仕方や疾病予防の研修会を数多くやっていただき、かなり広くケアマネジャー自身の意識も変わってきたというところにも大きな要因があると思う。そこで、我々が自宅に訪問させていただいて、例えば骨折、脳梗塞等の様々な原因疾患の中でも、次に自分に何ができるかということを具体的に話し合っ、その目標に向かっていくことが生活の中で予防につながり、要介護度を結果的に下げていくこと

につながっていくと考えている。生活の質を上げていく、今までできなかったことができるようになるためにサービスを使っていくことで、ただ利用するのではなく、目標を持つというところが重症化予防につながると考えている。

林議長：重症化予防について、薬剤師の観点から上野委員のご意見を伺いたい。

上野（憲）委員：要介護や要支援の人が増えるのをどう減らしていくかについては、私たち薬剤師がケアマネジャー、訪問看護師や市職員とも協力して、重症化しないように服薬指導の徹底をして、その情報を即座に処方医に提供できる状況を作ることが必要だと、ずっと以前から苦慮しているがなかなかうまくいかない。

林議長：それでは、次に3、4ページの人工透析患者の推移と透析導入者の経過表について協議したいと思う。3ページでは透析導入者が経時的にも減っていないこと、もしかしたら予防可能である糖尿病性腎症の数を減らしていけばいいということが示されたが、高橋委員から糖尿病専門医としてご意見をいただければと思う。

高橋委員：糖尿病で腎症が悪化して透析になるという方の場合、実際には長年通院中断とか未受診で、長年放置したあとに高度の進んだ腎症になる方が大部分で、その段階から治療をがっちりやっても進行を止めることができる割合は低い。稀には大きな成果が上がって回復する場合もあるが、一番良くて余り悪化せずに横ばい、放っておいた場合と比べて悪化スピードがゆっくりになって、年月を稼いでいるだけで本当には良くなっていないという人が多い。今通院している人で、ちゃんと治療して、そんなに腎臓が悪くない人であれば治療を続ければ今後悪くなることはほとんどないと思われる。問題は、すでに長年通院しているが悪くなってしまっている人について、いかに時間を稼ぐかということと、今通院を中断していて未受診の方をいかに医療に引っ張り込むかという二つに絞られてくると思う。変な言い方だが、どんなにドジな治療をしていても未受診よりはまだましであると冗談のように言うことがあるが、それは実際本当で、全く定期チェックの入っていない人が主に悪くなってくるので、なかなか対策が難しいということになり、すでに悪くなった人をそれ以上悪くしないのはある意味かなり実りが少ない。どんなに薬を使っても、透析よりは安いと思うが、悪化を防ぐことができない場合もしばしばある。未受診の人は、そもそも医療の本線に乗っていないわけだから医療の側で頑張りようがないわけで、そういう問題があるけども未受診の人をいかに発見して医療にかかってもらうようにするのは、どちらかという行政の努力に期待するしかない。それから、通院中断の人を引っ張り戻すのも医療側か

らでは荷が重く、そこまで付き合い切れないのが現状であり、以前通院していた人を認識して連れ戻すのは行政に期待したい。病院に来るようにしてくれたら、そのあとは医療側にバトンが渡るとのことだと思ふ。

林議長：糖尿病専門医の観点からご意見いただいた。私は、小児科医で内科の先生方の事情はちょっと分からないが、糖尿病専門医といわれる方は少ない一方で、上越市の健康課題の重点的などころで糖尿病はクローズアップされているし、抱えている課題と保健活動も明らかになっている。内科の先生方は広く糖尿病の患者を診ているので、こういったことについてぜひ、活動内容と成果と医師の望むことについて発表する機会があればいいと感じた。

上野委員、腎臓の専門医の立場から重症化している事例について何か感じていることがあればご意見を伺いたい。

上野（光）委員：先ほどの説明や高橋委員からのお話にもあったように、医療機関を未受診の方、または治療中断の方が潜在的に進行して、末期腎不全の状態で見つかるということがここに示されているとともに、そのほかに糖尿病だけではなく、しばしば高血圧、脂質異常を伴うというのが普通にあるので、こういったリスクファクターを抱えて重症化するというのが腎症の特徴だと思う。私も市のCKDの対策の方たちと相談したり、また、私は上越総合病院で外来をやっていて糖尿病の患者の予約を入れているが、その時に受診しないと事務の方から自宅に電話をして予約の取り直しをしてもらい、受診を促している。高橋先生も開業医の立場でいらっしゃるが、予約システムの導入とそれが可能だとして、来ない患者を呼び出すということとはできないのか。

高橋委員：受診予定の人が来ないときに連絡をするというのは基本的な発想だと思う。受診中断者を呼び戻す活動というのは、学会発表のようなもので積極的にやるにはかなりの労力がかかる。それと、かなり組織的にやっても成功率は実は余り高くない。例えば、3ヶ月以上受診中断が続いたら働きかけるというのをプロジェクトとしてやってみて、その成果の発表というのでも聞いたことがあるが、なかなか難しいようだ。今の話で思ったのは、日が浅いうちは有効ではないかと思う。予約システムにして、予約日に来なくてある一定時間が過ぎたら連絡してみるのも悪くない方向じゃないかと思う。予約を取り直すのもいいサービスだと思う。ただ、それは予約システムを使っていればの話で、当院はいろいろな事情で予約システムを入れていなかったのだが、早急に予約システムを採用するつもりで資料

を集めているところだ。なぜかという、患者数が増え過ぎて時期によって待ち時間がとてつもなく長くなることがあるので、数カ月以内に予約システムを使う予定である。これを使うようになったら、予約日に来なかった場合に一定期間のタイムラグの後、事務に連絡させるというのはいいアイデアだと思う。そのためにはマンパワーがいるので、それがどのくらいになるか、今の技量でできるかどうかというのはあるかもしれないが、ぜひそれはやりたいと思うし、いい方法だと思う。病院の運営側の考えで、上越病院は予約日に来なかった患者を、電話で連絡するというのには実に見上げた活動だと思う。そういうことをしない病院のほうが多いと思う。

林議長：大平委員、栄養士の立場から糖尿病の栄養指導について課題やご意見があったらお願いします。

大平委員：若い方だと比較的、先々寿命が長いことと病気によって自由が奪われてしまうので危機感を持ってくださる方が多いが、だんだん年齢を重ねるにつれて、この年になって食事を制限してまで長生きしなくていいとか、好きな物を食べて死ぬならそれでいいとか、それを常套句のように聞く。患者がその気にならないと指導も効果を生み出さないの、いかに透析を導入しない気持ちになってもらうか、透析は時間もお金もかかるし、自分も周りも大変ということを理解してもらうまでに異常な労力を使う。そこを理解された人は少しずつでも効果が出てくるし、理解されない人は年数の差こそあれ、透析もしくはその前にもっと重篤な病変を起こして寝たきりのような状態になってしまう方が多い。人工透析の方の食事指導はなかなか成果が上がらないので、できればその前、糖尿病のうちに少しずつ基本的な食習慣を身に付けていただけるような関わりを持てればよいと思うが、その段階だと意外と多いのは、栄養士以外の方が曖昧な食事指導をされ、それで本人も理解したつもりになり、これぐらいが適量というのは頭にあっても、食事とイコールにならない。そこをイコールにつなげてあげるのに、やはり栄養士が入った方がスムーズに行くのではないかと感じている。

林議長：高齢になると、栄養のとり過ぎによって結局糖尿病が悪化するということだが、腎機能 eGFR も一度悪化すると年齢とともに加速的に悪化するけれども、糖尿病においてもそういう現象はあるのか。あるいは進行がゆっくりになるのか。

高橋委員：糖尿病患者の食事療法は千差万別だが、基本的には栄養士が理屈で組み立てた食生活をちゃんとやっていくというのは、基本的に多くの人間ができないと思う。

それ以前の問題で、何を食べているかに興味を持つ、どういうものをどれくらい食べているか。自分は食べ過ぎている、食べ足りないとか、そういうこと自体に全く無頓着で無自覚な人が多く、栄養素の種類に関して関心や知識がそもそも全くない人が多い。だから食べることに自覚的になることからまず始めなくては行けなくて、どういう種類のものをどのくらい食べたか後から聞いても、全く覚えていないということもよくある。そういう人に栄養指導で栄養素の話や単位の話をしてまったく無意味。食べるということに意識を向けることから始めなければいけないと思う。それと、栄養素とかカロリーとか指示するけれども、そのとおりにできるわけがないと思った方がいい。ただ、目安はなくては行けないので、数字として聞いたことがあるというのは重要だが、教えたとおりに食べるというのは全く当てにしない方がいい。色々な薬を使ってうまく結果が出るかどうかと体重が程良いかどうかで判定しているわけで、必要以上に食べていれば体重は増えるし、足らなければ減るし、程良く食べていれば程良い体重で安定する。カロリー制限どおりにできるとは期待しては行けないと思っている。もっと難しいのは、腎臓が悪くなってしまった人の指導はカロリー多め、蛋白少なめ、減塩とか、指導そのものも技術的に難しくなってくる。ただ、当院で診た腎臓の悪い患者は、絶対的に食べ過ぎで体重の多い人が多い。食べ過ぎている人に蛋白制限といっても難しいわけで、まず程良く食べることから始めないと行けない。栄養指導は糖尿病食、腎臓食という以前の問題で、とんでもない食べ方をしている人が糖尿病になっている。だから、栄養士が食事について根気よく話をして、常に意識を食事に向けさせるというところに引っ張ってくれば、十分だと割り切って考えるべきである。そこに進んだ人は、更にその先に行けると思う。

高林委員：上越は町場の部分と山あいの部分があって、高齢化率が3割となっているが、区によっては4割くらいのところもあると思う。若い人と暮らしていれば、透析に息子の車に乗せてもらって通うこともあるかもしれないが、一人暮らしや高齢者のご夫婦の世帯では、通う場合に運転もできない、バスも交通機関も余りない。透析で病院にタクシーで通うしかないと思ったとき、高齢者にとってはタクシー代がものすごく負担になると思う。上越市では何か特別なオンデマンドのタクシーとか、他県では前日までに予約すれば同市内だったら高齢者は300円、普通の方は500円で乗り合いというようなシステムを持っている市町村を知っているが、何かそういう取り組みはあるか。それは透析だけではなく、食べ物などの買い物

にも使えるのか。

牛木参事：人工透析の患者への支援については、人工透析患者通院交通費助成という支援制度を設けている。週2回以上の通院の方で、通う距離によって助成単価も異なるが、20 km以上の方で年間46,800円、10 km～20 km未満で39,000円、10 km未満で31,200円という支援制度を設けている。また、この他にも福祉有償運送事業でNPOや福祉事業所がそういった方々の通院支援をする取り組みをしている。山間部でどうしても手の届かないところも実際あるが、こういった制度を活用していただき、しっかりと通院、治療をしてもらう対策を講じている。

高林委員：そういった方たちは医療にかかるのも大事だが、普段の食生活がすごく大事で、野菜でも蛋白質でも元となる物を買に行かれるときの交通手段は自腹になる。今のお話だと透析に通われる方にはサービスがあるというのが分かったが、他には何かあるのか。

牛木参事：この他に障害者、高齢者のタクシー利用助成や車の燃料費助成といった取り組みをプラスして行っている。それで、どれだけその部分がカバーできるかというのは十分ではないと思うが、そういった支援策も講じている。

上野（光）委員：昨年、上越管内の透析施設6施設の集まりが保健所であり、各施設の現状について報告する会があった。今おっしゃったように上越市も妙高市も支援事業をやっているけども、通院にかかる費用は助かっているのかもしれないが、現場の看護師に話を聞くと看護というより介護的な仕事が透析患者さんの場合には非常にかかる。玄関までは来るけど、玄関から透析室までの移動について看護師の仕事になっている現状も今あって、要するに透析医療にかかる看護の仕事を中心にやりたいのだが、それだけでは済まなくて、通院で誰かが付き添わなければいけない患者さんが3割くらいいると言われている。その面で、単に補助金を出せばいいとかという話ではなく、人的な介護の援助も必要なのではないかという話も昨年出ていたと思う。むしろ、看護師からの要望的な話で、そういう話が出ていたので上越市、妙高市に対してやってほしいという保健所での話を追加でコメントさせていただいた。

高橋委員：すでに透析になってしまった人への手当てという話があったが、新規に透析になる人の数を減らしていかないといけない。3ページの1にあるように、新規透析導入者は横ばいだが、今透析医療がよくなったのか透析している人が着実に増えている。透析者の数が増えていくのを防がないと費用は増えるばかりである。

そこで何が重要かという点、1 つは腎臓が少し悪くなり始めた人たちの手当てをしっかりとる。通院、治療してもらうというのも大事だが、もう一つは食事療法ということで、先ほど申し上げた食生活が怪しいけども家族のサポートがないような人たちに、生活指導、栄養指導をする活動がないとなかなか難しい。栄養指導ができる体制が整っていれば、指導を受けるかもしれないが、そうでなければこれまでの悪い習慣どおりにやっている人たちが悪くなっていく可能性が高い。そうすると訪問保健活動・訪問栄養指導が必要になり、将来透析候補の腎機能が少し悪くなり始めた人たち、療養、通院環境が良くない人たちに対して訪問し、栄養、生活指導をするのが透析導入者を増えるのを防ぐ活動の中心になるのではないかと。医療の中でやることは医療が頑張るので、行政が頑張ることではないかもしれないが、これから始める予定の糖尿病性腎症重症化プログラムが正にそれであり、中身として今言ったことが一番重要なので、ぜひよろしくお願ひしたい。

浅井委員：今高橋委員から高齢者の栄養指導の話があったが、少し身近な他の地域だが、慢性腎不全になりそうな方の予防でヘルパーを利用されているリスクな方もおり、栄養士や保健師、看護師が全て訪問するわけにはいかないのだから、ヘルパーが使えるマニュアル的なものを栄養士、保健師とともに作成して、ヘルパーからそういったリスクのある高齢者をサポートするシステムを作っているというのが1つ。それから、先ほど予約システムの話があったが、上越市の場合は本当に一生懸命取り組まれていて、特定健診を受けられた方は紆余曲折あってもかなりサポート体制はできているけども、健診機関にいろいろ調査させてもらったところ、健診を受診された若い世代とか、特定健診ではなく健診機関の健診を受けられた方の1割はeGFRで何らかのリスクがあったという結果が上越市内の受診機関であったということで、そういう方々が治療につながっているかということもなかなか指導にも、治療にもつながらずスルーしている方も多い。そこで医療機関とのスムーズな予約システム的なものが構築できたり、サポートできたりするとまた一つ重症化予防につながるのではないかと。思う。

林議長：小島委員、歯科医として糖尿病予防についてご意見を伺いたい。

小島委員：直接的なことではないと思うが、幼少の頃からの早食いを徹底して指導していただきたいと思う。以前栄養士から食事のバランスについて指導していただいていた、私の不用意な発言で歯科衛生士のほうからも食事指導をしてダブってしまい、お叱りを受けたことがあるのだが、歯科衛生士のほうからは噛みごたえのある食

べ方、栄養士のほうからはそれとダブらない指導をお願いしたい。高齢者に関しては、歯科の立場から言わせてもらおうと、歯の残存数が多い方は認知症も少なく、ADL も高いことが統計的によく分かっているのので、高齢者の口腔ケアはまだ不十分なところもあると思うので、これから徹底していくべきだと思う。

林議長：5 ページのデータヘルスの視点で見た上越市の課題、特定健診、特定保健指導について何かご意見、ご質問はあるか。

小島委員：制度的なことではないが気になったのが、私は家族性にコレステロールが高く、薬をずっと飲んでいる。小 6、中 1 くらいの血液検査でコレステロール値や LDL 値が高いという結果が出て、家族性かどうかというのはこの年齢から診断可能なのかと、もし家族性だとわかった場合、この時期からも投薬によるコントロールが必要なのか。

林議長：その質問は7 ページの血液の件であるが、高橋委員から回答をお願いしたい。

高橋委員：家族性高コレステロール血症は昔から 500 人に 1 人と言われていたが、最近の調査で実は 300 人に 1 人ではないかという説もあり、1 つの家系の半分が発症することが分かった。幼いころはコレステロールが高いが、成人よりは低く、少し診断が難しいため基本的には家族調査が必要である。家族調査をして、家系図を書いて家族全員のコレステロールをチェックして、その書いたメンバーの半分がコレステロールが高かったら、まず間違いない。成人であれば、成人になりコレステロールが沈着して固まってきたりといろいろな所見が出てくるが、子どもの場合にはなかなかないかもしれない。最終的には遺伝子分析になり、かなりの割合で遺伝子異常は確定できるが、全てがまだ見つからないわけではないので、分かっているものでチェックしても引っかけられない場合もある。それと、そういう遺伝子検査をできる場所が限られていて、商業的にやってくれるところも最近はあるが、分かっている遺伝子を全部チェックしてくれるわけではなく、比較的頻度の多いものをチェックすることになるので、家族性高コレステロール血症と確定するにはそれなりの労力がかかるし、基本的にこれは遺伝なので一生高い。なので、かなり早いうちから対策は必要だが、うんと若い頃から薬を使うかは色々な論議がある。特に、女性の場合には妊娠との相性もあるので、本格的な薬を使うのは出産後になる。ただ、以前に比べると学童くらいの頃からコレステロールを下げる薬を使った方がよいという傾向にはなってきているようだ。生まれたときからコレステロールが高いので、人より早く動脈硬化を起こす。最近、ある論

議では生まれてからコレステロールの高さとその年月を積算していった総積算量があるところまで達すると動脈硬化性疾患が増えてくるという話があり、それに加えて悪い条件、煙草、血圧、糖尿病とかがあるとさらに早くなる。さらに男性と女性では、男性のほうが高い。なので、早いうちからコレステロールを少しでも下げれば生涯の積算は小さくなるため、よりちょっと下げるだけで良くなる。年齢が進んでから治療を始めると強烈に下げなくてはいけないので、程々で良いからより早期からコレステロールを下げる治療をしようという傾向になってきている。

一番の問題点は、候補者が見つかった場合に誰が窓口となって話をするのかということで、皆さん遺伝とか家系という話が出ると皆さんセンシティブになり、話し方が少し難しい。学童の場合、まず親に話さなければいけない。親に話した後は親戚全部に話さなければいけないという形になってくるわけで、逆に言えば1人見つければその家系を遡って行って、芋づる式に問題のある人が見つかるので、世の中の問題を持っている人を発見して、対策の網に入れるという意味では、学童健診をして300人に1人いるはずの候補者を探して、その家系の半分はいるそういう人を見つけ出して、たぶん本人たちは知らないはずなので、医療の網に入れるということは極めて効率的だが、遺伝的な問題があっても対策をとらないと将来の健康に響くという話を、誰がどういうふうに話すのかというのは難しい問題になる。そこはよく考えて、体制を作ってから話さないとかなり面倒くさいことになる。医者側もそれをよく心得ていて、適切な話をできるドクターはほとんどいないのではないかと思う。だから、どこでもいいから医療に行けばいいというわけではなく、ドクターの経歴、知識、勉強歴の兼ね合いで、そういうことを話せるドクターは誰かというのを認識した上で相談しなければいけない。

林議長：では、5 ページに戻るが、県の保健活動上越圏域の重点取組管理表というのを見ると上越市の掲げることと目指すところは同じで、この特定健診・特定健診実施率は上越圏域は高い方だが、全般について何かお話しただけか。

浅井委員：このデータヘルス計画、上越市の課題は本当によくできていると思う。今受診率向上はどこの市も一生懸命取り組んでいるところで、上越市は50%ということだが、決してほかに比べて低いところではないと思う。左側の地域・職場のメリットと書いてあるが、働き盛り世代へいかにアプローチするかというところで、うちも市役所と一緒に連携しながらまた来年はこんなふうに強化しようという打合せ

もさせてもらっている。やはり今は 20 代、30 代の有所見者がどんどん増えていて、40 代、50 代と逆転現象が起きそうなくらい増えているという中で、先ほどから出ている欠食の問題とか、野菜不足の問題とか、意識がそこにいかないという辺りをどう若い世代に発信して理解してもらおうかというところは、一緒に作戦を立てていきたいと思っている。

林議長：この方向性については、特に皆さん異論はないところかと思う。それでは、次に 6 ページ、以前から大きな問題になっている「働き盛り世代の健康づくり推進事業」今年度の取り組みについて、何かご意見を伺いたい。

上野（憲）委員：真ん中にある「人工透析予防サポート事業実施者の声」で、土曜日でも受診できる専門の医療機関とか、今聞いていると糖尿病でも 3 名、特に腎臓の関係だと上越地区にドクターはおられないと思うが、今ちょっと心配しているのは直江津地区の某基幹病院の問題で、そうすると直江津地区はほとんど透析ができる医師がいなくなってしまうし、透析施設としても非常に問題がある。本来であれば診察を受け、治療を受け、透析を予防しなくてはいけない人たちが、取り残されてしまうようなすごい危機感が色々な会議の話に出る。直江津地区のこの状態について、上越市はどのように対策を講じようとしているのかを心配しているが、また、上野委員が詳しいようなら説明をお願いしたい。

上野（光）委員：上越管内には 6 施設ある。大きな病院が労災、上越総合、県中、頸南病院、個人の病院が 2 施設で、計 6 施設が維持透析をやっている。先ほど、糖尿病専門医が 3 名で少ないとおっしゃっていたが、実は腎臓専門医も非常に少ない。これは県内の上、中、下越で見ても腎臓専門医の割合というのは配分的に低くなっている。土曜日でも受診できる腎臓専門医もいるが、心配されている直江津のある病院の話は、透析は今後も続けるということで決して廃止にはならないと聞いているし、現在見ている医師も専門医なので、今後も引き続き新潟大学の協力は必要だが、診療を続けることになっているので心配はない。ただ、先ほども言ったように、全て腎臓障害があると専門医にかかれというところちょっとオーバーになってしまうので、ある程度のところまでは開業医や一般の病院の医師に診ていただかないととても無理であり、これはちょっと考えなければならない。

林議長：CKD についてはどこまで一般医が診て、どこから eGFR を指標にして、どこからは腎専門医が診て、栄養管理等も含め包括的に管理をするという CKD マニュアルが示されているので、それでカバーできるだろうと思う。糖尿病については専門医

と一般医の境目、マニュアルはあるのか。

高橋委員：専門医でなければしっかりと説明、治療ができないということは、実際にはま
ずない。非常に数値の高い方の治療ができるドクターでも、専門医ではないとい
う人は世の中にたくさんいる。専門医であるが、臨床経験は十分ではなくて実務
についてはそうでもないという方もいて、専門医の数というよりは、糖尿病の治
療経験が多く、成績のいい積極的な治療をするドクターがどのくらいいるかとい
うところがむしろ大切であって、糖尿病の治療に熱意があり、やる気があって新
しい治療法を使っていこうという構えがある方がどのドクターなのかということ
になってくる。専門医の数よりは、実際糖尿病をしっかりと見るドクターの数のほ
うが少し多いと思う。ただ、そういうことは多くの患者さんには分からないし、
医者同士でもそういうことは明確に言いづらい面もある。糖尿病の基本はもう分
かっていて、程々に食べてもらって無茶食いをしないとか、体重を多くしないと
か、血圧はがっちり抑えようとか。薬についても、優先的にこの系統のタイプの
薬を使ってあちらは使わないでおこうとか、そういう基本はしっかりできている
ので、少し勉強してそのとおりにやれば今の薬の進歩もあって、6、7割は程々の
水準は維持できるので、それを普及するという事だと思ふ。普及した場合、残
るのは生活指導と食事指導といったところで、クリニックの外来ではカバーしか
ねるので、それは社会的なサポートがあればいいと思う。

高林委員：今のお話を伺って、必ずしも専門医でなくとも程々やる気のある医師でいいと
いうのは分かったが、一般の市民にしてみたらそういった話を聞きたいと思ふの
が本音だと思う。そのためにはどうしたらいいのか。

上野(光)委員：必ずしも1人のドクターにかからなければいけないという決まりはない。
腎臓の機能が落ちてきて、むくみが出てどうしたらいいとか、困ったときに専
門医に紹介することで、私の外来にも一緒にかかっている患者は何人もいるので、
1人に押し付けるということではなく、そういう態勢を考えていってもいいと思ふ。
あとガイドラインもかなり充実して出ているので、一般の医師もそれを見れば専
門医への紹介基準はきちんと出ているので、それに従って紹介するということ
でもいいと思ふ。ただ、その塩梅をこの地域でどうするかというのは一般市民や
医師にとっても分かりにくいところがあって、上越市は重症化予防プログラムの
3つ目のところに、かかりつけ医と専門医との連携という取り組み内容として上
げている。その中で、腎症の第4期もしくはCKD重症度分類でG3b、G4の人に対

して保健指導をするということで、正に上越市の保健師、栄養士の方たちの努力がそういう連携にも役立っていけばいいと思う。

林議長：荒屋委員、働き盛り世代の方の健康管理を担う立場から何か意見はあるか。

荒屋委員：信越化学は750人位従業員がいるが、一番困るのはBMIで35を超える人たちが何人かいて、全員男性でなかなか痩せてもらえない。そして、その中の1人が先日心筋梗塞を起こして、今日会ったのだが全然痩せておらず、どうして痩せないのか話をよく聞いてみると、元々小さい頃から太っていて、そして皆早食いだっただ。中性脂肪も高く、しかも煙草を吸う。煙草をやめさせるのも大変なのだが、とにかく痩せさせるのが大変。月に何回か現場に行き行って血圧を測ったりするのだが、血圧計が巻けないくらいの腕の太さであり、本人も私たちに言われることは決まっているので、来てくれなかったりもする。血圧測定に来てくれる人はいいいのだが、正に私たちが改善したいと思っている人がなかなか来てくれない。そして全然痩せる気がなく、困っている。

あと、透析のところで、会社の話ではないのだが、私の家には85歳の父親がおり、腎機能も悪く糖尿病の気もあり、医者には2週間に1回通院しているのだけでも、透析になったら困ると思いながら食事を作っている。ここまできたら無理強いをさせないで、元気で1日でも長く生きていてほしいと思っている。

林議長：7ページの血液検査モデル事業4年間の状況について何かご意見はあるか。

高橋委員：幾つか気になるところがあるのだが、1つ目、モデル事業は最終年度の5年目をやったら終わりになるのか非常に気になる。モデル校では要精検、要指導が着実に減ったとか、受診率が向上したというような話があったが、これは血液検査データを基礎にして指導するから成果が上がったのである。モデル校で、自己負担なしに基本的に全員が受けるものだという構えで働きかけるから受診率がいいのであって、採血データがなくて話をしたらこういう反応は得られないだろうし、この成果を今後どう生かしつなげていくのか。もし、やめてしまったら過去にこんな実績があったという結果が残るだけで、他に残る物はないので、この先どうやっていくかが考えどころではないか。

2つ目は、先ほど話題に出た家族性高コレステロール血症の問題があって、人口300人に1人は全世界どこにでもいるという話をしたが、虚血性心疾患や動脈硬化性疾患を起こしてしまった患者の中で調べるともっとも頻度は高く、広く知られていないところにこの問題はあって、そういう病気を起こしてしまう人

はたくさんいる。だから、国民全体あるいは地域の住民の家族性高コレステロール血症を発見して、早いうちから対策の波に乗せるということはとてもコストパフォーマンスのいい成果の上がる保健事業だと思う。それをやるためには、学童の採血事業というのは非常にいい事由であって、その先どうするかということに進行しなかったのが、遺伝とか家系とそういう話題に論議を広げると大変そうなので、教育委員会はそちらに手を伸ばす元気がなかったのかと勝手に想像している。将来的な発展性としては、ぜひその方向にも行ってほしいと思う。

3つ目は、コレステロールが高い低い、HDL が低いのが治らないという話があったが、1つの背景としては、総コレステロール、LDL も HDL もその高さはかなり遺伝的に決まっている傾向がある。本能的に HDL の低い体質、家系というのはあるようでどう頑張っても上がらない、それから家族性高コレステロール血症はないけども、コレステロールの高い家系、高い遺伝、むしろ低めの遺伝があったりする。背が高い家系、低い家系があるようになりかなり遺伝による差があるので、それらを加味して考えなくてはいけないことがあるかもしれない。だから、食生活とか生活習慣だけが原因だというアプローチをすると、中にはつらい思いをする子どもが出るかもしれないので、その辺りには注意する必要がある。HDL が低い方が何人かいて、それは本来低いもので頑張らないから良くなるということはないと思う。血液検査事業というのは、発展性のある将来につながる事業なので、今後より拡充する方向で活かしてほしいと思う。

林議長：活かして、そして拡充するというところで、この今日示された資料の表からだけだと全体としてみれば5番目だが、確かに全体の比率として脂質異常の子どもは減っている。また、個別指導をしていて保護者にも非常に好評だという話を前回も聞いたが、小学校で指摘されてその後、小6、中学校へ至って、実際に個々において成果を上げられたかどうかということも、今後血液事業のモデルを全校的に情報共有だけではなくて例えば無料化するとか、あるいは前回の会議で野澤教育次長がおっしゃっていたが、高校生への広がりを持たせるという含みもあったと思う。そういう経年的な個別指導の効果についても、評価をしてもらいたいと思う。

最後に1ページの下段、今までお話してきた疾病課題と取り組むべき方向性を受けて、平成29年度に拡充する保健活動及び、新規の活動が⑤のところに挙げられている。それぞれについて、ご意見があるとは思っているのでお願いしたい。順を追

って、まず成長曲線の活用というものを幼児期においても行うということだが、具体的にどのようなことをするかという方向性はこれからだろうか。この春から小学校、中学校において学童における成長曲線の活用がなされて、特に肥満との関わり、生活習慣病予防の活用として使うということについては、前回学校の養護教諭の先生にお話しをさせてもらった。幼児期においても、乳幼児期においても同様の活用なされるべきだと思う。成長曲線というのを具体的にイメージしにくいかと思い、ここに書いてきた。縦軸のほうに身長と体重。平均身長については標準偏差で、体重については正規分布しないのでパーセンテージで示して、それをもとに肥満度。こういった開発されたプログラムを今年から皆さん使っておられるけども、これを使うとあつという間に出る。ただ、肥満度に関しては小学生以降のプログラムなので、たしか4歳ぐらいからしか出てこない。成長曲線を活用するというのはどういうことかという、自分たちだけでなくこれを見て子どもや保護者への指導の際に使うと、非常にビジュアルでとても納得してもらえらる。私もこれを外来で使っているが、見ていて経年的にどこで体重が増えたか、増えたきっかけは何か、それについて考えて生活習慣を是正してみようという、大事な活用できるものだと思っている。こういったものを活かして、青森県では保育園においても成長曲線を活用して、個別の栄養指導を行って成果を上げている報告もある。ぜひ、前向きな良い活動を行ってほしいと思う。

それから、血液事業についてはよろしいかと思うが、健診会場での歯科健診についてはどうか。

小島委員：新たに特定健診の会場でも歯科健診を始めていただけるということで、希望制で20名まで。上野（光）委員も以前からおっしゃっているが、中学校までは口腔管理がいいが、高校または成人になるとかなり悪い状態になるということで、数年前から成人歯科健診を始めているけども、ほとんどの成人歯科健診が歯科にかかって健診をするというシステムになっているので、実際に受診率が一桁ぐらいでなかなか伸びていない。特定健診会場でついでに歯科健診を行うと気軽に受けられ、非常にいい機会だと思う。ぜひご協力をお願いしたい。

林議長：下段真ん中の受診勧奨の強化、保健指導・訪問指導の充実、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施については、今までお話あったことかと思う。それから新規事業で市民公開講座として脳卒中予防・慢性腎臓病予防の講座を行うということである。それから、今までずっと糖尿病については重点施策として保健活動を

しているが、やはり講座としては設けにくいものなのか。

田中副課長：糖尿病の講座は保健活動でやっており、広く皆さんに上越市として、新たに脳卒中についての講座を入れたいと思い集約した。

林議長：先ほどお話があったが、講座で骨折・認知症予防。最近これによる介護、重症化になる方が多いということだったので、フレイルについても講座も持つということである。それから、下段の新規拡充保健事業に、特に働き盛り世代の健康づくり推進事業についてかなり重点的になされるということで、4 つほど保健活動が具体的に提示されているが、これについて、最後ご意見を事務局のほうから具体的にあればお願いしたい。

春日副課長：今まで私たちは、国保の加入者を対象に健康教育等を実施していたが、今年度から国保以外の方へも支援を広げていこうということで、その部分に力を入れるとともに、来年度は新規事業として実施していく予定である。その中に書いてある勤労者福祉サービスセンターへの講座だが、こちらに関しては主に中小企業の事業主や、そこに勤務している勤労者の福利厚生を充実するためのセミナーになっているが、そのサービスセンター加入者の方に対して、私たちが健診結果から見た自分の生活管理という形で入っていきたいと思っている。来年度は、5 月から年度末の3 月にかけて年6 回開催する予定である。ただ、こちらに関しては単発のものではなくて、基本的には内容はシリーズとして実施するのだが、単発の参加も可能という形で進めていきたいと考えている。内容としては、主に自分の健診結果を知ることということで、まず健診結果から見た自分の身体の状態を理解していただき、それに対してどのような生活習慣に取り組んでいったらいいかというのを自分で考えていただくという方向で進めていきたいと思っている。この講座に関して、事前のPR も兼ねてこの3 月7 日にお試しで講座を開催する予定である。

林議長：最後に八木委員から一言お願いする。

八木委員：最初、上野（光）委員からお話のあった、上越地域の二次医療圏だが、医師の確保で非常に厳しい状況にあるというのは市も承知をしており、また上越地域、糸魚川、妙高も含めた中でも、上越、妙高の一部病院で縮小という話も聞いている。行政としてどこまでできるかという部分はあるけども、私どもとしてはまず上越市の地域医療の確保という視点で、全体あるいは個々に対応していきたいと考えているので、ぜひご理解をいただければと思っている。また、今年度開発を

進めてきた電子母子手帳だが、3月14日から運用を開始したいと考えていて、イベントを市民プラザで開催し、新年度以降随時運用を開始する予定である。新年度の予算の発表が2月21日で、今日項目の5番の中でお知らせをした。引き続きライフステージごとのアプローチを、とりわけ今ほど話のあった働き盛りの皆さんに対するアプローチについて、様々な事業を展開していきたいと考えている。当初予算の公表の中で、もう少し詳しく公表できるのではないかと考えている。新年度、健康増進計画の中間年ということで、ローディングをかける。この会議の中でまた様々な議論をいただければと思っており、本日はそれぞれの立場から大変知見に富んだご意見をいただいた。これからの私どもの保健事業の中で反映をさせていきたいと考えている。

林議長：熱心な討論、そして有意義なご意見ありがとうございました。

横山課長：この3月31日をもって、健康づくり推進協議会の委員の皆様の任期2年が満了となる。来年、29年度につきましては、今後5年間の健康づくり活動の指針となる健康増進計画の中間評価の年となるため、現在の委員の皆様からは、引き続きお受けいただきたいと考えており、今後各委員にお願いしたいと考えている。また、この計画については見直しということもあり、29年度に限り公募の委員も追加の予定でいるので、ご承知おきいただきたい。

玉井係長：これで平成28年度第2回上越市健康づくり推進協議会を終了する。

午後9時18分 閉会

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。