

# 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26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26年11月26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 14人出席

林三樹夫、高橋慶一、石塚明温、小島雅之、大平真由美、荒屋ひろ美、  
山岸義明、上野光博、飯吉令枝、高橋尚子、平野実、矢坂陽子、野澤朗  
(中野委員代理)、栗本修一

・事務局：八木高齢者支援課長、細谷主任、佐藤国保年金課長、小林主任、牛木福祉  
課長、藤田係長、丸山主任、福永保健師長、吉田学校教育課長、須藤指導  
主事、見波健康づくり推進課長、渡辺副課長、飯野係長、柳澤保健師長、  
長嶺保健師長、外立保健師長、橋本栄養士長、伊倉主任、塚田主任、浅野  
主任、藤崎保健師、秦管理栄養士、宮崎保健師、草間管理栄養士

## 8 発言の内容

### 【健康づくり推進課長あいさつ】

見波課長：本日はご多忙のところ、また、夜分にもかかわらず、お集まりいただきまして、厚く感謝申し上げます。国政では衆議院が解散し、にわかにはせわしなくなっているが、当市においても来年度の予算編成が佳境に入っており、慌ただしい中で年の瀬を迎えようとしている。

さて、本年 7 月に開催した第 1 回目の会議においては、平成 25 年度における各種の取組状況やこれまでの保健活動による成果とともに今後の課題等についてご報告申し上げたほか、今年度の保健活動として実施する内容、新たに行う事業や重点となる施策について説明させていただいた。委員の皆様からは数多くのご意見やご助言をいただき、重ねて感謝申し上げます。

本日の会議は、上越市健康増進計画に掲げた取組内容や進捗状況のほか、部内各課が役割分担をしながら行っている保健事業についてライフステージごとの課題や今後の方向性についてご報告させていただく。それぞれの団体の代表である皆様方より様々な角度からご意見をいただくことにより、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目指し、市民の皆さんにとってより効果的な保健事業となるようさらに検討してまいりたいと考えている。それぞれのお立場から活発なご発言をお願いします。本日の会議が実りの多いものとなるようお願い申し上げ、ご挨拶とさせていただきます。

## 【議事】

### (1) 平成 26 年度上越市における保健活動の取組状況について（公開）

渡辺副課長：「上越市の保健活動の年次推移」をご覧いただきたい。年表のようになっているが、上越市の保健活動を今までどういうふうに来てきて今日に至っているかということを説明させていただければと思っている。もともとは昭和 58 年に制定された老人保健法に基づく保健事業の実施ということで、健康診査、健康相談のほか健康教育、訪問指導、機能訓練というものがあつた、記載の事業について実施してきた。ただ、健康課題がきちんと明確になっていない中でとにかく事業ありきの保健活動であつたということと、保健指導の優先順位付けがないということで評価についても何人いたとか何回やつたということが評価にあげられていた。ここでは、病気の早期発見と早期治療というたいへん語呂のいいことで、今は疾病の発症予防と重症化予防ということで進めているが、どうしても保健事業については病気を見つけるために健診を受けるというような印象が強くなつてきている。いまだに健診は病気を見つけるためのものというような印象が強く残つてるところがなかなか健診の受診に結び付かないということが考えられる。そして、ポピュレーションアプローチ中心の保健活動ということで、イベント型とか何とか教室というものをやつて、来る人だけに実施してつたということで、

どれだけの対象者がいたのか、その中で何人相手にしたのか全く見えないような状況の中で進めてきていたということが反省に挙げられている。平成 17 年 1 月に 14 市町村の合併をしたが、合併する前に各自治体の担当者が集まって保健事業のすり合わせをしていった。合併してからはまず課題を明確化しようということで、平成 17 年度からレセプトの分析をきちんとするようになり、課題が少しずつ見え始めてきた。平成 20 年に特定健診と特定保健指導ということで健診のスタイルが変わるといよいよ機会ができたのではないかと考えている。それをきっかけに結果説明会も多くの方に参加していただくということで、健診の結果を郵送から結果説明会でお返しするという形に変えてきたり、その先の分析を医療費分析だけにとどまらず、介護保険が認定された方には原因疾患の分析も進めたり、その中で若い人たちの問題があるということで、学校との風通しがよくなり子どもたちの健康実態が見えてきて、そこで若い働き盛りと子どもの保護者が重なるわけだが、そこからやはり家族を全部まとめ家族単位で健康を考えていくということの大切さとか、それぞれの世代だけを対象にするのではなくて、いろいろな年代を通じて生涯を通じた保健活動を推進していくというようなことをやってくる中で、国の考え方も同じだというふうに変ってきている。

次に、「特定健診・特定保健指導と健康日本 21 (第 2 次)」をご覧ください。平成 25 年度に皆様から意見をいただき健康増進計画を立てたが、その考え方で特定健診と健康日本 21 の考え方が重なるということで健康日本 21 の形を基本にしてきたものである。特定健診、特定保健指導の実施率の向上、これは率の向上ということで、なんとなくここだけ見ると数を見ているのではないかという感じにはなるが、そうではなくてたくさんの方に健診を受けていただいたり、保健指導を受けたいいただく中で、このデータの分析をするデータの数が増えるということでデータの精度がより上がってくるというようなことがあるし、たくさんの方に健康について考えていただく機会を得られるということでデータを分析することでは地域・職場のメリット、個人のメリットがある。そういったものを通じながら保健指導を進めていく中で、メタボリックシンドロームの減少というところに結びついているが、それだけにとどまらず中・長期的な目標をそれぞれ掲げる中で最終的には健康格差の縮小・健康寿命の延伸というのを進めていければというふうに思っている。

資料の 1 ページをご覧ください。国の方ですべての医療保険者がデータへ

ルス計画を立てて、保健指導・保健活動を進めなさいというような話も出てきている。今、データヘルス計画の策定に向けて、それぞれ各部署で連携しながら計画を立てているところである。なぜ策定が必要かというところと、市の現状を分析した中でどのように立てていくかというところを国保年金課から説明させていただく。

佐藤課長：資料の1ページをご覧ください。国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部改正が本年4月1日から適用され、この改正により保険者は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、保健事業の実施計画・データヘルス計画を策定することとされたところである。健保組合などの事業者保険や後期高齢者医療制度については今年度中に、国民健康保険については計画策定が努力義務とされたところであるが、可能な限り策定してくださいと厚生労働省から言われている。このデータヘルス計画を策定することになった背景として、社会保障制度改革推進法が平成24年8月に成立し、消費税を上げ、社会保障費が増える一方で予防・健康管理を推進して国民負担を抑制することが示されたところである。これを受けて、社会保障制度改革国民会議が設置され、昨年8月に社会保障制度改革国民会議報告書が出された。この報告書では社会保障制度の基本的な考え方、つまり、自助・共助・公助の最適な組み合わせとして資料の中段に記載してある①～③のとおり示されたほか、医療介護分野の改革として病院完結型から地域完結型への変更についても報告をされた。この報告を受けて、昨年12月に社会保障制度改革プログラム法が成立し、平成29年に国民健康保険の保険者を都道府県に移管することが明記され、移管に向けての取組や検討事項が示されたところである。一方、予防・健康管理の分野については、平成25年6月に健康・医療戦略が閣議決定され、保険者の健康管理や予防活動の推進は保険者の本来業務であることが明記され、予防活動を推進するに当たり、保険者による予防・健康管理を推進しなさいということが示された。これを受けて、関係法令が改正され、データヘルス計画を平成26年度中に策定するよう指針が示されたものである。では、このデータヘルス計画が具体的にどういうものかということ、健診データとレセプトデータを活用し健康日本21と特定健診等実施計画と連動して計画なり事業を進めてくださいということと、PDCAサイクルに沿って事業を行うようにということが示されている。もとより市ではこれまでもレセプトや健診データを分析し、保健指

導に活用してきたところであるが、さらに今年9月からこの医療レセプトや健診データに加え、介護情報や後期高齢者医療制度の情報を一括して見ることができ、国保データベースシステム、通称KDBが稼働した。このKDBを活用してデータを分析し、費用対効果を考慮しつつ課題設定をし、保健指導等の事業を実施した成果を疾病の予防効果に見える形で示し、改善を図っていくというのが計画の概要になっている。KDBが稼働したことにより、医療費や介護給付費等の情報が簡単に出てくるようになったので、どの市町村、医療保険者が成果を上げているかとか、同規模の市との違いが分かるようになって、保険者の力量・取組がまさにデータとして表れてくるところになった。今ほどデータヘルス計画について、健康日本21と特定健診等実施計画とで連動してと申したが、健康増進計画との違いについて説明をさせていただく。

2ページをご覧いただきたい。上段は特定健診等実施計画、データヘルス計画、健康日本21基本指針となっており、縦軸に関係する法律や計画策定者、対象年齢、目標などについて示している。データヘルス計画とは、当市における国民健康保険特定健康審査等実施計画と健康増進計画の間に位置するもので、3つの計画の大きな違いは対象年齢と目標設定の仕方にある。それぞれ表に書かれているとおりになっているが、目標に対する評価も異なっているのでご覧いただきたいと思う。なお、データヘルス計画の基となるKDBのデータについては、現段階ではまだすべてのデータは示されていないので、次回の健康づくり推進協議会にデータヘルス計画の概要を示したいと考えている。その際に皆様から忌憚のないご意見を賜りたいのでよろしくお願いする。参考までに、現段階においてKDBから得られたデータから分析した当市の状況と保健医療を活用して今後の保健活動においてどのような活動が可能になるかという事例をご紹介します。

3ページをご覧いただきたい。KDBから得られるデータの帳票から資料にまとめたもので、4ページから7ページもあわせてご覧いただきたい。現段階ではこのKDBに8月からの3か月分しかデータが入っていないので、今後変動することが予想されるが、傾向として見ていただければと思う。

4ページをご覧いただきたい。表1の2の①死亡の状況を見ていただくと、脳疾患による死亡が同規模…これは特例市であるが…長岡市や松本市など40市と比較して高くなっており、県と比較しても同じ傾向にあることがわかる。ま

た、3の②の介護の状況の有病状況も同規模と比較して高血圧や脳疾患等の生活習慣病が高いという状況が見て取れるかと思う。また、4番の医療の状況…これは国民健康保険の被保険者について示したものであるが…医療費分析の費用のところでは脳血管疾患の入院費用額の県内順位が4位と高く、基礎疾患である高血圧が医療費総額に占める割合も同規模と比較して高いという状況が見て取れるかと思う。

7ページの表2をご覧いただきたい。6か月以上の長期入院のレセプトを分析したものだが、脳血管疾患の件数、費用とも高い割合を示しており、高血圧がすべての基礎疾患の7割を超えていることから、高血圧対策が重要となっていることがわかる。これらのことについては、今までもレセプトを分析して市としても把握していたが、データで具体的に示され、また、県内や同規模の市と比較することができるようになったので、より当市の状況、今の置かれている位置というのがはっきりしたところである。

また、4ページに戻っていただいて、介護保険の状況であるが、3の①と④を見ていただきたい。介護保険の認定率をみると、1号認定者が24.2%と、同規模、国や県よりも高くなっており、特に40歳から64歳の2号認定者も0.5%と高い状況になっている。また、要介護認定を受けている人の医療費が同規模と比較して約2,500円高くなっているという状況が読み取れる。4番の①の国民健康保険の加入者の年齢構成は上越市では加入率が22.3%と、同規模や国と県と比較しても低い状況となっているが、一人当たりの医療費が高額となる65歳以上の加入割合が45.2%と高くなっており、このため64歳以下の人を要介護に移行しないような取組、また、医療費と介護給付費を合算したことでの得られるデータからその医療費関係を適正化していく必要があると考えている。また、こういったデータを保健活動にも活用することができ、介護情報レセプトとの突合が容易にできるので、今後は若い方で要介護認定を受けた方の分析を進め、健診の健診受診率とか重症化した経過、介護や医療給付費の分析等していくとともに、高血圧対策としては健診結果の経年変化やⅢ度高血圧者で治療を受けていない人、治療を中断している人の抽出、働きかけにも活用していきたいと考えている。また、健診未受診者についても、医療のレセプトと健診情報との突合が容易にできるため、そこから医療機関と未受診者の未受診者への働き掛けをしていきたいと考えている。なお、KDBについては、国民健康保険を担当す

る課だけではなく、健康づくり推進課、高齢者支援課でも見ることができる。

八木課長：最初に第6期の介護保健事業計画、来年27年から29年度までの3か年の計画をまさに今策定中である。来期の保険料の金額が今現在で6,591円、第5期と比べて66円の増ということで1%の増である。これについては、私どもこの間、平成22年度から取り組んでまいった戸別訪問型の健康支援訪問事業の成果が出ているものと思っている。また、来期から低所得者の方々に対して公費が投入できるという制度もあり、そういった要因もあるのかなというふうにも思っている。いずれにしても、この間、取り組んでまいった若年層の介護への移行の予防あるいはまた、高齢者の皆様の重症化の予防について引き続きより個人に特化した形で取り組んでまいりたいのでよろしく願います。

8 ページをご覧ください。上越市の要介護者の認定状況ということで、65歳以上の人口、また、第1号認定者数等々を記載している。2番の何の疾患で介護保険を受けているのかということで、こちらについては国保のみのデータである。この間、血管疾患ということで中ほどにあるが、そういった方が脳卒中等により疾患を発病されているということが読み取れるし、先ほど申し上げた健康支援訪問事業で個々に包括をして毎年1,000人の方の訪問をしているが、引き続き継続をしていきたいと考えている。3番介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較だが、40歳以上で月額の比較を記載している。

9 ページをご覧ください。表とコメントの番号が一致しているので、あわせてご覧ください。まず、1番目は重度の要介護者の実態が見える化していきたいという部分である。こちらは、先ほど申し上げたように、健康支援訪問事業等の部分と、また、データを積み重ねることによって見えるようにしていきたいということになる。2番と3番これは来年度から新たに取組をしていきたいという部分で特に説明を強調したい部分になるが、血管疾患から要支援1・2になった方が2番である。3番は同様の疾患から要介護1・2になった方々へどうアプローチをするかという部分である。こちらは市の保健師の中で協議をしてケアプランを立てるときに、市の保健師あるいは栄養士がケアマネージャーと一緒に連携をしてケアプランを立てると、ケアマネさんの中では2割程度しか医療から出られた方がおられないという部分もあって医療関係のアドバイスもしてプランを立てる。また、そういった方々については、個別に訪問させていただくということで、より個々に包括した対応をしていきたいということ

で計画をしている。新年度から介護事業の一つの目玉として実施していきたいと思っている。4番、5番は認知症の実態把握、認知症により要支援・要介護となった人への重症化予防である。この間、国でも認知症対応については重点施策として取り上げてきた。当市としても、平成22年度から認知症地域支援推進員を配置しているが、来年度は初期集中支援チームを設置することとしており、訪問による部分であるが初回の訪問は必ず保健師が同行し、認知症には生活習慣病による重症化という部分も関連があるため、包括的な保護をして認知症の皆さんの実態を把握し、市の特徴を把握してまいりたいと考えている。

10ページをご覧いただきたい。40歳代・50歳代で倒れた人の状況をみると、この間もデータでお示ししたが、国保加入者の皆さんは健診の未受診者が多いという部分、また、倒れる前の保険は社保加入者が過半数、また、脳卒中で要介護認定を受けた方にはその基礎疾患に高血圧があり、医療費が高額な糖尿病や人工透析を行っている方がおられるので、引き続き重症化予防に努めてまいりたい。

見波課長：11ページをご覧いただきたい。今ほど10ページで40代・50代、働き盛り世代の人たちに対する取組の強化が必要だといったあたりで、大きく3つに整理していただいたところである。そのあたりを具体のデータを使いながら検討したので説明させていただく。10ページの①のところ、倒れる前の方は非常に社保の方が多く、半数を占めている中で表のA企業の健診結果と書いてあるが、保健事業の中で関わっている地元企業の健診データを整理したものである。この中で、網掛けをしているところが何らかの所見がある数値ということになるが、特に濃い網掛けについては要医療ベースの数値に当たるといわれている。ご覧のとおり、若い世代でも所見がありの人が多いという中で、これらの人たちが重症化ないように早い段階からの働き掛けが必要だと思われるところである。

12ページをご覧いただきたい。市の市民健診と特定健診のデータを整理したものである。一番上の4番の健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する表であるが、これについては、当市の市民健診と特定健診のデータを県や全国平均値と比較したものである。丸で囲んであるところが比較的高い数値を示しているところで、男性、女性と2段に分かれているが、若い世代では特に男性になるがBMI、腹囲、中性脂肪、GPT、尿酸、LDL コレステロールといった項目で有所見者が非常に高くなっているということが読み取れる。5番



は、メタボリックシンドローム該当者・予備軍の把握の表だが、丸の付いているところ、若い男性にいわゆる予備軍が高い割合を示しており、該当者というところになると、若い人たちが年を重ねていって該当者になるという姿が見えてきているのかなと思っている。6 番のグラフについては、健診の受診状況を 40～64 歳、65 歳～74 歳を比較したものである。上の段、40～64 歳の若い方々の状況は、健診を受診した方で 35.8%、健診の未受診者 64.2%と、若い方では 64.2%が健診未受診となっている。真ん中のグラフについては、それぞれ受診者・未受診者のうち、治療が必要ない方を含めて、治療しているか、していないかという表になる。グラフのうち、一番右側の濃いところ、この部分が健診も受けていないし、治療歴もないというところで、34.6%になるが、この人たちの実態がまったくつかめないところがあるし、当然本人も自分の体の状態がわかっていないというような状況になっているんだと思っている。この辺のところは、非常に問題だと思っており、まずはやはり健診勧奨を徹底した中で状況に応じた保健指導をやっていかねばならないと考えている。このことは、先ほどの 10 ページの①で若くして倒れた人の実態として健診の未受診者が非常に多いということにもつながってくるのかなというふうにも思っている。それと、40～64 歳、65～74 歳で比較した場合には、高齢の方は非常にまじめに健診を受けていただいている方も多くいるという中でいけば、実態が分からない部分が約 1 割程度、比較で少なくなっているというような状況である。1 番下、7 番目の表だが、費用対効果ということで特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金という、これについては健診の受診者の方が治療費が安く上がっているという統計データになる。こういったところが、本当に明らかに自信を持って説明できるようになれば、一つは本人に対するインセンティブになると思うし、あわせて保険者とか事業主に対するインセンティブという面でも必要になると思うので、こういったところを積み重ねながら、データを整理していきたいと思っている。

13 ページをご覧いただきたい。この表については、先ほどの 10 ページの②の実態として 40 代から 50 代で介護認定になった人に高血圧が非常に多かったというところから、特徴的なところを取り出して整理したものである。それぞれ 8 人並んでいるが、濃い網掛けのあるところがⅢ度高血圧に該当する部分になる。データとしては、四角く抜けているところは健診データがないというこ

とで、いわゆる未受診ということになるし、治療の有無については治療されている方には「○」が付いている。いろいろなケースがあるので一概には言えないが、治療を受けてその成果で下がっているのでもないところもある。当課では健診結果からⅢ度高血圧には重点的に保健指導にかかわっているが、特に健診が途切れている人についても重症化を避けるために継続的な関わりを持っていく必要があると考えている。そのあたりの一例として、表の 6 番の男性の方のデータを整理したのが 14 ページになる。

14 ページをご覧ください。真ん中の欄になるが、市からの受診勧奨に対しては通院しているので健診はいい、というふうにおっしゃっていたということだが、その間に心臓、動脈瘤が手術をするように至ったということである。実際にこの方も治療の中で血圧の薬を飲んでいるが、現在もⅡ度の高血圧の状態を引き続きリスクの高い状態だと思われるので、こういったところを整理する中で、健診が未受診の場合でもリスクの高い人たちは継続的に保健指導が必要だと思われるわけだが、こういったケースでの保健指導ということになると、治療のために医療機関に通っている人への保健指導といった形になるので、そういった面では医療との連携、主に主治医の先生との連携といったものも必要になってくるということで、そのあたりをどんなふうに進めていったらいいかというのが私どもの課題と捉えているところである。

15 ページをご覧ください。15 ページは今のことも関わってくるが、高血圧の方で健診を中断した人の中から重症化したケースが非常に多くみられるというデータである。9 人分並べているが、平成 24 年の健診でⅡ度以上の高血圧の所見があったにも関わらず 25 年の健診を未受診だった人 77 人中 9 人が脳卒中とか心筋梗塞を発症しているという実態がある。私たちとしてはこのような実態を踏まえる中で、一人でも多く健診を受けていただくということとあわせて健診で得られた情報を的確に分析する中で、将来予測を立てて適切な保健指導につなげていかなければいけないと考えているところである。

牛木課長：福祉課の取組であるが、生活保護費に占める医療扶助費の割合が年々増加している。生活保護受給者の健康管理、生活習慣病予防対策の取組が大きな課題になっている。これまでの取組や数値等について説明させていただく。

16 ページをご覧ください。上のグラフについては、平成 20 年度から 25 年度までの生活保護費の支給額の推移を示している。平成 20 年のリーマンショ

ック以降、景気の低迷が続き、その影響等により全国的に生活保護受給者が大きく増加している。大きな社会問題となっているが、当市においても同様の傾向にあり、平成21年3月末現在の生活保護世帯数については628世帯人数で999人であった。これが本年平成26年3月末では世帯で1,016世帯、人数で1,378人ということで、世帯数で1.62倍、人数で1.34倍と大きく伸びている。このような状況の中で、生活保護費の支給額も年々増加しており、平成20年度では11億4,000万円あったが、平成25年度では18億6,000万円ということで1.3倍に増えている。そして、このうち、医療扶助費が8億7,300万円ということで、全体の47%、ほぼ半分を医療扶助費が占めているという状況である。このような状況を踏まえて、平成24年度から健康づくり推進課の協力を得て、生活保護費受給者への健診の受診勧奨に取り組んできたところである。その状況の取組を表したのが下のグラフである。平成24年度は受診者が前年度に比べて倍増したわけであるが、25年度は残念ながらほぼ横ばいとなっており、受診率は1割にも届いていない。そして、今年度10月14日現在であるが、昨年度をすでに超えているが、まだまだ満足いくものではないというふうに思っている。これから多少増えるかと思うが、このまま放っておいてはそれほど増えないという状況の中で、それらを見据えて今年度はさらにもう一回受診勧奨を行うこととしている。生活習慣病予防については、いうまでもなくバランスのとれた食事、適度な運動といったことが重要であると思うが、生活保護を受けている皆さんについては特にこの辺が欠けているというか、生活保護受給者の8割が単身世帯、さらにそのうち6割の方が60歳以上という構成になっている。そういった状況の中で、自己管理のできない方が多くおられるように思われる。そんなことで、今後も健診を受診勧奨をさらに工夫しながら生活改善・食生活改善に向けた取組につなげていかねばならないと思っている。

17 ページをご覧ください。生活保護費の医療扶助費について、平成25年の5月1か月のレセプトをもとに分析した資料である。17ページ、18ページと同様である。17ページ上段については、入院と入院外の通院を比較したものであり、件数では圧倒的に入院外が多くなっているが、費用の面では入院の方が上回っている。当然のことながら、1件当たりでは35万円の差がある。下のグラフは生活習慣病の関連性という視点で入院と入院外に分けて医療費用の額を比較したものである。どちらも生活習慣病に当たる疾患を持っている方が額

が大きくなっている。

18 ページをご覧ください。上のグラフと中段のグラフについては、生活習慣病で病院や医院にかかっている人たちの疾患別の医療費について入院と入院外に分けて整理した資料である。入院の件数では高血圧症、糖尿病、高脂血症、脳血管疾患と続いている。件数として挙がっている 5 疾患すべてが 1 件当たりの費用が 30 万円を超える大変大きな疾患となっている。また、中段の入院外であるが、件数ではやはり高血圧症、高脂血症、糖尿病が多く、1 件当たりの費用は人工透析についてわずか 6 人であるが医療費は格段に高額になっている。また、この半数が糖尿病が基礎疾患になっている状況にある。最後に 18 ページ下の表だが、当課で医療扶助費が高額になっている生活保護受給者をピックアップしたものである。中には月 100 万円を超える方もおられる状況にある。今回用意した資料については以上である。まだまだ十分な分析には至っていないが、いずれにしても生活保護費の半分を占めて、増え続けている医療扶助費を抑制することが大きな課題になっているので、今後も健診の受診勧奨、そして生活習慣病のハイリスク者への取組の強化が必要であると考えている。今後も、健康づくり推進課、保健師等と検討を進めて工夫しながら健康を作ってまいりたいと考えている。

福永師長：子どもたちに対して、元気な未来を届けてあげたいという思いでいるが、生活習慣病予防の中の一つとすると、今のところ公立保育園の中では目に見えるものは肥満予防かなというところで、前回も課題に出た肥満に関して少し体制づくりを考えてみた。公立保育園の中では毎月体重測定をやっており、年に 1 回体格調査を行っているというところで肥満度を出している。今回、その体格調査をもとに肥満度 20%以上のお子さんを拾い上げて、園での対応がちょっと難しいなど思うケースに対して健康づくりと協力して地区担当の保健師・栄養士と連携して支援体制を作っていくということでやってみた。その結果、健康づくり推進課の方で、生まれてから保育園に上がっていく間の子どもたちの様子をそれぞれ分析したので健康づくりの方から説明していただく。

外立師長：乳幼児期は一生使う体の基礎づくりをする大切な時期である。生活習慣が体をつくり、この時期の生活習慣が成人になってからの生活習慣にも大きく影響する。今回公立保育園で行っている体格調査をもとに個々の実態に目を向け、お子さんがいつの時点で何をきっかけとして肥満になったのかを出生からの体重と生活

の様子をあわせて探ってみた。肥満となりやすい生活習慣や時期、傾向を探り、情報を共有していくことで予測を立てながら適切な時期に適切な関わりができると考えている。

19 ページをご覧ください。26 年 7 月現在で肥満度が 30%以上のお子さんが在園児 2,513 人中 17 人いた。そのうち、14 名の方について、下の表に記してある。1 番から 14 番までのお子さんのうち、1 歳児健診での体重測定がある 6 名のお子さんについて上のグラフに体重を落としてある。2 番、8 番、9 番、10 番、11 番、12 番のお子さんについて体重がグラフになっている。1 歳児検診の体重だが、以前は希望制だったため、計測を行っていないお子さんがいる。平成 23 年から 1 歳児でもきちんと体重を把握した方がよいということで体重測定を行っている。現在肥満のお子さんの体重増加経過をみると、2 歳から 3 歳での体重の伸びが大きい、低出生体重児の 3 歳以降の体重の伸びが大きい、乳幼児健診で急激に体重が伸びているお子さんはその後も体重が急激に増加していく傾向があるといった特徴があった。いずれにしても、体重をただ測定していくだけではわからない。体重を測り、そのつど体重曲線に落としていくことでそのお子さんの伸び方が分かり、その時期での適切な成長発達かが評価できると考えている。また、それをお母さん自身ができるようになることが必要だと考えている。お子さんの生活の様子をみると、下の表にも書いてあるが、乳幼児期から間食が多い、沢山食べている、早食い、偏食のお子さんが多い、噛めないお子さんが多いといった共通点があった。よく噛めない丸飲みの傾向にあるお子さんは将来肥満の可能性が高いのかなというふうに考えている。今回個別にお示ししたお子さんの中で 8 番のお子さんに丸がついている。

20 ページをご覧ください。8 番の方の生活の様子、体重の伸び方をご覧ください。このお子さんの場合は 5 歳 2 か月の時点から急激に体重が増加しており、その後も体重が増えている。5 歳 2 か月のときに喘息で体調を崩したことがきっかけでイオン飲料にはまってしまい、毎日飲むようになったということで、1 日に 300ml ということで、これには砂糖が 18g 含まれているので、この時期に必要なお子さんの砂糖の量の倍近い量を毎日とっていたことになる。その他に怪我をして運動量が低下したりということもあった。ちょっとしたきっかけが生活習慣に大きな影響を及ぼして、その後の体重増加につながっていると考えている。下の家庭環境を見ていただきたい。糖尿病の遺伝もある。父

方の祖母、母方の祖母が糖尿病ということで、お母様自身も妊娠中に尿糖プラスだった。このお子さんの場合は遺伝があることで既にハイリスクであり、今後もより気をつけてみていく必要がある。肥満になるきっかけはそれぞれだが、体重を一つの指標として生活習慣に何か変化があったかどうかを探っていくことが必要だと思う。保育園での毎月の体重測定を活用し、月に 500 g 以上増加した時点で関わるなど、乳幼児健診が終了しても、継続してお子さんの体重増加を確認していくことが重要であり、そのことを保護者の皆さんにもお伝えしていくことが必要と考えている。

吉田学校教育課長：まず 22 ページから資料を説明する。上の方にあるように、今年度重点取組として 3 点、血液関係が 2 点、そして保健指導の充実について説明する。表の一番上に小学生血液検査と書いてあるのは、小学校 5 年生についてであり、その下は中学校 2 年生である。小学校 5 年生と中学校 2 年生に対し、平成 12 年より希望者に対して血液検査を行ってきた。在籍数に比べて実施率が出ている。小学校では 25 年度 26 年度が約 7 割、あるいは 7 割弱であり、平成 22 年と比較すると 10 ポイント弱増えてきている。しかし、中学校は平成 22 年の 50.7 からあまり伸びがなく、現段階では 53.8 となっている。指導区分のパーセントあるいは実数で 25 年と 26 年の間で大きな数の減少がある。25 年度までは中性脂肪を区分の中に入れていたが 26 年度から参考値として除外したので数に開きが出ている。下段の表は平成 25 年度から実施している血液検査モデル地区の学校の数値であり、下の中学校区にある小学校を含めた 9 校が対象校である。

23 ページをご覧ください。新たに中学 3 年を加えた小学校 5 年生から中学校 3 年生の 5 か年の拡充を図っている。小中学校実施率合計が 93.7%。保護者の同意が得られた子どもを対象に行っている。右の糖代謝検査を平成 26 年度から追加で実施している。

24 ページをご覧ください。血液検査モデル事業で、要精密検査・要生活指導とあげられた個々の状況、男女別、平成 25 年度、26 年度の区分がある。要精密検査・要生活指導であった子どもが保健指導によってどのようになっているかをみている。空欄になっていれば改善ありとみる。下の表は、男子は要精密検査の改善率が 66.7%。要生活指導は 50%。血液検査を実施し、保健師の指導を受け改善の数が男子については半数以上になっている。女子は、各 27.8%、48.6%。女子は少し下がっているが、いずれにしても個別での保健指導を児童・

生徒・保護者に対しての行い一定の成果があるということが読み取れる。

21 ページは肥満傾向児童生徒調査である。学校ごとに肥満度を見た。網掛けの部分で 20%以上の肥満がある者が 15%以上在籍する部分である。学校ごとの経年変化や中学校との関連を見ている。まだクリアな傾向はこの段階ではつかめていない。

林議長：市の疾病特性、各世代での解決すべき問題を見える化して、どうアプローチしていくか、現況を話してもらった。内容豊富だが、それぞれについてご意見をいただきたい。データヘルス計画について私は聞きなれないが説明があった。PDCA サイクル・KDB 国保データシステムについて新たに認識させられた。

高橋委員：データヘルス計画の表を見ると、これは国保、協会けんぽが対象だが、社保は検討対象にあがっていない。社保だった方が重症化して国保に移ってくる。社保や国保を行ったり来たりする人もいる。社保への目配りはどうなっているのか。また、分析から問題点を洗い出している。対象者を絞っているが、新潟県は老人保健法の段階で基本健診のときのデータは成人病予防協会で集約し、個人別に変化がわかるデータであった。国保は国保だけで社保はなかったが、特定健診になってからは基本的にはデータは国保にあり、成人病予防協会ではデータはあるが個人別に経年を追えない。そこで途切れてしまい、集約されていない。個人の単位でみると、継続した経年での動き、基本健診から特定健診になったときの接続が取れていない。ずっと過去のことが分からなくなっている。社保と国保をつなげていくことは以前から検討課題であった。今後、どう対策をとっていくのか。

国保佐藤課長：社会保険では、26 年度中にデータヘルス計画を作らなければならない。後期高齢者、協会健保も同様である。唯一、国保だけが努力義務で作らないところもある。可能な限り作ってくださいと言われているものである。2 点目の質問、社保と国保の関係については、今年度から社保加入者が国保に加入する際に、個人の同意を得て過去の健診データを引き継ぐ事業を行っている。実数では 150 人の同意があり、データの引き継ぎが行われている。社保から国保加入の際に任継を希望する人がいる。2 年のデータを引き継ぐが、社保から任継に入ったとたん健診を受けない人がいるため、その部分のデータがないことが一つ問題である。

高橋委員：データを引き継ぐときに同意しない人はいるのか。2 年より前に人生がなかったわけではなく、前のデータはいらないのか。

国保佐藤課長：データ引き継ぎにあたり何年度分がよいのかを検討した。3 年以上前だと

体の変化に2年のブランクがあることを踏まえて2年にした。健診の際に過去2年分の健診結果を示しているが、それも踏まえて2年としている。手持ちにある分については何年あってもよいので、今後検討していきたい。

データの引き継ぎで同意をもらえるのは半分以下と思っている。

高橋委員：例えば糖尿病を発病する人では、学問的には発病の10年前から微妙に状況が変化してくる。肥満の進行とかインスリン抵抗性とか10年くらいかかって発病する。メタボ、特定健診となった発想、基礎にあるデータは大阪の大企業の産業医がまとめた企業健診が基になったと聞いている。その30歳代から肥満になって40・50代と肥満、血圧、高脂血症、脂肪肝と段階的に進み、問題点が増えていって50代、60歳前後になって糖尿病や心筋梗塞発症になる。10年20年かかって状況が悪化していく。過去の事例を集計して発症前に食い止められればという発想から特定健診になった。その発想から2年、5年の短いスパンでは対策として足りないのではないか。基本的には若い頃からの全データを俯瞰して現状を評価し、問題が進行しつつある人を見付け出し、本人が知らなければ教えてあげる対策が必要ではないか。そういう意味では全人生の全データを引き継がなければいけないのではないか。なので、同意を必ず全員にさせていただき、同意をしないことは受け入れられないという立場でいなければならないのではないかと考える。

国保佐藤課長：全データをもらえれば一番よいが、そこは社保の保険者の役割で十分保健指導をしてもらえればよいと思う。将来的に社保に対する取組も、市の状況を示しながらの働きかけが必要と考えている。同意について国保の加入手続きの際に説明をしているが、どうしても渡したくないという人もいる。そこで止まってしまおう。今年度、健診の受診はお願いしている。

林議長：高橋委員から大局的に個々のデータについて10年20年と遡って把握できないかとのことであるが、上越市に限ったことではなく、社保・協会けんぽから国保に移るときに、国の施策の問題かと思う。将来的な見通しはあるのか。

国保佐藤課長：現在、保健所主催で職域健診の会議がある。その中で全部の保険者ではないが、一部の社会保険の保険者の看護師・保健師と健診データの傾向把握・分析を昨年からしている。データの分析を重ねることで、市全体の傾向に反映させていきたい。

林議長：国保データベースから得た課題を健康づくり推進課から活動の方向性、どの場合



においても高血圧あるいは脳血管疾患へのアプローチが大事であること、国保への加入状況の現況について説明があった。KDB を活用してアプローチするとあった。3 ページ、3 番、65 歳以上の加入割合が 45.2%と高くなっているということだが、これは病気になったがために国保に入ったのか、あるいは社会保険、協会けんぽの方から移行する形で加入した場合なのか、具体的な中身が分かるとよいが、どのようなものか。

国保佐藤課長：今の KDB から得られるデータでは、加入の経緯まではわからない。一般的に考えて、うちの市の国保の加入年齢が平均 55 歳といわれており、同規模の特例市は 50 歳になっているので、社会保険が終わって国保に加入している事例が多いのではないかと考えている。

石塚委員：非常に難しいと思うが、やはりデータに関して保健所さんの方との協力によってデータ作りをしていくより仕方がない。我々末端が考えるセオリーを考えすぎると、データ自体が不確実になっていくと思う。国というのは、こうしてくださいということで取組をしているわけだから、我々介護保険施設というのは非常に難しい状況にある。今後どうしていくのかということ。また、指定された最初の老健の体制に戻っていくのではないかと、つまりデータを、数字をきちんとするのであれば、保健所、県との協力によって作っていくものであって、我々が立ち入れる状況ではない。それから、高血圧の対策はすごく重要になっている。今の私の 100 名いる中の、訪問リハビリと通所の方のほとんどの基礎疾患は高血圧である。今妙高のところだが、中郷からも来ている。全てのお年寄りたちは昭和の時代の高血圧が基礎疾患である。それから、なぜかという、長くなるが、大根干しをしていますね。農家の方たちは。ちょうどいいように干せているのだが。つまり、減塩食をどうするのかということ、栄養士の方で指導していくのが一番大事かなと思う。根本はそこ。それをやることによって数字が出てくる。ですから、今までの昭和の時代からのをずっとやってきても、ある程度、5 年スパン、10 年スパンで社会情勢が変わってきている。それを何年というのはお持ちだろうが、どこで区切るかというのは、やはり国と県のデータを参考にして取らざるを得ない。上越市だけでは決められるものではないというふうにおおまかなところで見ると。私のところでは、一番最低の出先の医療情勢のところでは減塩対策、これしかないと思っている。答えになっているかはわからないが。

高橋委員：今のデータヘルス計画のところ、先ほどとも関係があって一つ気になったこ

とがある。2017 年から国保の都道府県移管とある。ここで言えば、新潟県が国保の担当になるということ。その場合、国保の健診関係やレセプトデータ等を県が集約するのだろうか。県が集約し、県の方で全体的な分析をして、どこをやっていくのだろうか。けども、個別の地域ごとに言うと、上越市と新潟市とではずいぶん状況が違う。上越市の健康問題は新潟市とは違うし、県北とも違うだろう。そういう分析まで、全部県がやって分析を下してくるという話なのだろうか。そういうことはないのではないか、という気がするのだが。例えば、県が主体になるということは、基本的にはデータは一旦県に集約するということで、県から各市町村にそれぞれの市町村の部分のデータを降ろしてくるということなのだろうか。どういうシステム、作業分担を考えているのだろうか。何かをするには基礎データが必要で、現状分析が必要だが、どこがどのような形になるのかとても気になった。

林議長：県の矢坂委員よりお願いできるか。

矢坂委員：私も具体的にはまだ分からないのだが、結局一緒にするというのは、財布が小さいと非常に運営が難しくなるので、財布を大きくして市町村ごとのお金のばらつきをまず何とかしようというところが、県へ集約という形で、保健事業は市町村の事業としてやりますので、そちらはそちらでまたやっていくという形になっていくのではないかと私は認識している。

高橋委員：そういうふうに関心したのは、もしもその分析などができるようになった場合に、今の上越市でやっているような、データを分析して個別に保健指導をやっていく、というようなことをやるマンパワーが県としてあるわけではないし、現場にしかないのではないかと。県がもし引き受けるとして各地域ごとの事情を全部別々に考え分けるということが、到底できるわけがないと思えるので、その辺が変なことにならないといいなと心配したところである。

林議長：ありがとうございます。この国保のデータの活用については、ここまでとさせていただきます。時間も少ないのだが、8 ページ以降の高齢者支援課からの高齢者への対応ということで、やはり個々のデータからは、介護保険に入る方は脳血管疾患を持っていると。1,000 人の方への個別指導は個々の訪問しているという話や、40 代から 50 代で倒れる方が多いと、特に社保、あるいは協会けんぽからの移行が多いという話があったが、高齢者についてのご意見はあるか。

山岸委員：基礎疾患が高血圧、本当に関わらせていただく利用者様のほとんどの方が高血

圧でいらっしゃるというのが実感である。その中で、実際に来年度の地域包括ケアシステムということをベースに考えると、ケアマネージャーの保健指導といったらちょっとおこがましい感じにはなるが、ある程度の専門知識を持って栄養指導をできるくらいのスキルを身につけられたらどうかなというのが、現場に出ている者の気持ちである。それで、先ほど課長さんがおっしゃられた、どのようにアプローチしていくかというところで、保健師・栄養士とプランを共同して作成するというお考えは非常に有効に機能すれば、重度化の予防にかなり効果を示すようになるのではないかと。そうすることによって、今まで作ってきたケアプラン内容というのにも、より実践的な内容に変更することも可能になるのではないかと考えた。

林議長：高齢者のことだが、14 ページの方について高血圧の管理が大事だということで、最終的には心房細動等も起こしている。血圧の管理について、医学的な観点について上野委員の方から何かあるか。

上野委員：今の高血圧と脳卒中が当市の問題だということだが、14 ページで挙げているケースでは、この健診未受診というのが平成24年、25年となっているわけだが、これは市の方としては把握していて、受診を勧奨したけれども通院しているので健診はいいと言った、ということで様子を見たというケースだったのか。どなたが説明されたのか忘れてしまったのだ。何が言いたいかというと、私の外来にもお年寄りが何人も来ているが、例えば前から介護・認知の取組として訪問に重点を置いているという政策方針なのだが、私の外来で自分の患者さんが訪問を受けているかどうかの把握ができていない。どの患者さんが受けているのか全く分からない。市の訪問の方からこう言われました、というのも、残念ながらなくて、先ほどどなたかもおっしゃった、その辺の連携もどうしたらよいのかという課題もおっしゃってくださったのだが、非常にそこがドクターの側からすると、ある先生は、変な説明をされて自分の意図としない説明を受けたりすると困るということをおっしゃる先生もいらっしゃる。私はその辺もうまく連携が取れば、うまく連動・連携して進めるのではないかと考えて持っている。実態はそういうことで、指導を受けているか、訪問を受けているか、主治医の先生に伝わっていないのではないかとというのが課題である。例えば、訪問を受けたらそのカードを主治医に見せるとか、主治医に私は受けていますというようなことを言うと、主治医もああそうか、どんな指導を受けているの？ということで、そこら辺で連

携ノートではないが、そういうものを作ったらいかがかなというのものもある。その辺の考えで、市の方でアイデアは考えていらっしゃるかお聞きしたい。

長嶺保健師長：今ほど先生の方から、例えば先生が外来で診療されている中で、あまり訪問の状況をお聞きになったことがないといったこともお聞きしております、私どももやはり主治医の先生方との連携というのも今後きちんとやっていかなければならない点だということで、先ほど課長の方からも、14 ページの 1 事例を考えたときに、やはり先生方との連携をどのように取っていくかといった話もあったかと思う。今年度、医療機関の方から、医療機関で特定健診に値する検査を受けていただいた場合には、情報提供をいただくといった仕組みをここ数年ずっとやってきているわけだが、その中でやはり主治医の先生と連携を取っていくべきといったことで、今年度は先生方のところに受診されていて、まだ健診を受けていらっしゃる方がこのくらいいらっしゃいます、そしてそういった方々に情報提供をいただいた場合に、きちんとこちらの方で先生とご相談しながら保健指導させていただくというふうな形で、各地区担当が主治医の先生のところ今年度は数回かずつお邪魔させていただいて、どういうふうにやったらいいかといったところを相談し、関係を築かせていただくような取組を始めたところである。そういった中で、やはり先生方の中でも、例えば指示をいただいて、この人についてこういった保健指導をしてくるように、という指示をいただく場合もあるかと思うので、そういった連携を通じて、こういった方向で連携していくのがいいのかというところを、こちらも今年度を踏まえて考えていきたいと思っている。今ほど先生からお話をいただいた、例えば個票のようなものを作成して先生とやり取りしていただくということについては、連携パスも、やはり個票を活用しているかと思うが、先生方に記載いただく手間というのがない方がよいというのは、先生方からいつもお聞きしているところなので、主治医の先生方から無理のない形で、そういった個票を両方で活用できるようにご意見もいただきたいと考えている。来年度進めていく中で、先生方からもぜひこのようにしたらいいのではないかとご意見をいただいた上で、私どもの方も考えていきたいと思っているので、またご相談させてください。よろしく願います。

林議長：ありがとうございました。医療機関と保健活動との情報の共有と方法、それからツールを何か考えていけばよいのではないかとご提案であった。その辺で上野先生や医師会の先生方、よろしく願います。

高橋委員：最後に少し確認したいのだが、生活習慣病で通院している患者さんに、市としては特定健診を受けてほしいと思っているのだろうか、あるいは受診している人には健診を受けてくれなくていいからデータを出してくれればいいと思っているのか、どちらのほうに重点を置いていかれるのか確認しておきたい。もっとも、そのデータを出すという手間がかかるので、こちらとしては通院していてもかまわず受けていただいた方が、書く書類が一つ減るので助かると言えばそうなのだが。もう一つは、今のデータを見て思ったのだが、13 ページの6番さんを見ると、ずっと平成24年から平成25年まで治療を受けていないということになっている。だけど、平成24年に受診勧奨をしたら、通院しているのでいいと。治療していないけれども通院しているということなのだろうか。血压は健診を受けてくれた平成23年には高いわけだけども、治療は受けていないと。レセプトを見れば血压の薬とか治療を受けているかどうか、薬を出すことが治療とすれば、治療を受けているかどうか、レセプトを見れば分かると思うのだが、どうもこの辺がちぐはぐだなと思った。例えば、健診で問題がある人で、血糖が高いのに糖尿病の治療薬のレセプトがないとか、血压が高いのに血压のレセプトが出ていないとかいうことが分かるのではないかと思う。本当に高いのに治療を受けていない、という人が特定できるはずで、早いうちから受診勧奨することができるのではないかと思うのだが、その辺はどう考えているのかなというのがとても気になった。

小林主任：1つ目の質問の、市として健診を勧めたいのか、治療中の方のデータをもらうことを勧めていきたいのかということへの質問に対しての答えだが、特定健診の中では心電図や眼底検査など、すべての方に実施しているところである。先生方から出していただく結果の中には、そちらの方は任意となっているので、今回出た資料の中でも、重症化している方たちは眼底検査で有所見の方がとても多い、重症化しているということも載ってきているので、市としてはできるだけ健診を受けていただいて、全身の状態を自分が確認するというふうなところを一番に推し進めていきたいと考えている。ただ、やはり住民の方の中には、そこまで行くのはとても面倒だという方もいらっしゃるので、回避手段として、受診中の方はデータを提供してもらえればというふうな、2番目の手段として考えている。2つ目の質問の、先ほどの6番さんの治療中、治療中でないということがレセプトのデータの中でわかることに対して、どんなふうに関わりを持っていけばよいか

ということについてであるが、今まではKDB というのがなかったので、誰がどんな治療をしているのか、どんな薬を飲んでいるのかというふうなところまで、詳細に見ることもできたのだが、今後 KDB が入ってきたので、その部分は本当に容易に見ることができるようになってきた。スタッフ一人ひとりに対しても、KDB をどう使っていくのかというところの研修もしているところであるので、今後一人ひとりに訪問に行く際に、一人ひとりを見て、どういった治療をされているのか、健診のデータはどうなっているのかというところを確認して、保健指導をしていきたいと思っているところである。

高橋委員：ありがとうございました。健診をまずはしてほしいということで、例えばしばらく前に、高脂血症の薬の治験で、登録の条件に眼底検査をして異常があることというのが条件だった人がいた。先ほど、治療がよくてなかなか皆さん問題を起こさないと。本当は起こしやすい人を特別に選んでやらないと結果が出ないということで、高脂血症の治療なのだけれども眼底異常があることというのが前提だったりした、といった例があり、眼底も心電図もなかなか普通の診療でできないことが多いので、健診をまず受けてほしいというありがたい言葉であった。それから、後の方のレセプトを見て確認はできたのだけれど、その労力が追いつかなかったということ、今後は簡単になったのでまめにやりますということなのだろうと思うのでありがたい。よろしく願います。

林議長：ありがとうございました。オーバーラップしてしまったのだが、重なった部分もあるのだが、成人保健について 12、13 ページだが、60 歳で倒れて国保に入っている方を遡ってみると若いうちから血圧が高い、あるいはメタボリックシンドロームであるというようなことである。やはり健診への受診勧奨というのが大事であろうということ。永遠の課題なのだが、この辺について、未受診者対策についてということ、飯吉委員の方から何かあるか。

飯吉委員：私も保健師さんにお伺いしたいと思っていたところのだが、この未受診者の方に対して、今受診勧奨を一生懸命されているというお話だったのだが、具体的にどのような勧奨をされているのかということを知りたい。

小林主任：未受診者対策についてだが、それぞれ各地区担当の方で、健診の前に健診を受けていない人のリストがあるので、そのリストを持って受診勧奨をしたり、今年については 9 月ごろに市のこういった健康課題、血圧が高い人が多くて、その方たちが脳卒中になっている、その方たちはみんな健診を受けていませんでした

というデータや、糖尿病の入院医療費が5年間で約1億円下がってきています、というような実態の資料を作成し、健診を受けていない、特に男性が倒れているといったデータがあったので、男性の方を中心に約1,000通くらい健診を受けてくださいというふうなことで受診勧奨をしている。JAさん、民間の事業所さんの方に1,500人くらいの未受診の方に健診の受診勧奨に訪問に行ってもらったりしている状況なのだが、なかなか掘り起こしが図れない、受診率が伸びてこないのが現状である。

林議長：ありがとうございました。上越市の皆さんがどんな健康課題を抱えているか、この会、あるいは健康福祉部の方で見える化してデータ化してきている。問題・課題というものをこれから個々の皆様、自助・共助・公助の自助・共助、この辺を上手く組み合わせて、自覚を持って自分の健康管理に当たるということであると思うし、また若年者の受診率を上げるというようなことがあったけれども、これに関して産業保健の方から荒屋委員、何かあるか。

荒屋委員：うちの会社の場合は労働安全衛生法とかその他の法律で、皆さんが受けるのが決まっているので、未受診者はゼロである。健診期間中に受けられなかったら産業医のところで受けてもらうとか、医師会を利用したりだとかして、全部受けてもらっている。きっと国保さんとかは難しいだろうと思うので、あとはうちの会社から国保に戻ったときに、血圧が高かったり糖尿病になる人が少なくなることを祈りながら日々仕事をしている。

林議長：ありがとうございました。ポピュレーションアプローチに戻ってくるかも知れないが、高血圧と減塩、その辺について大平委員のほうから何かあるか。

大平委員：減塩食が大事だというのは、もう市民の方々は言葉だけでは理解されていて、すぐ「塩分気をつければいいでしょ。薄味にすればいいでしょ。」とおっしゃられる方が多くいらっしゃる。一つ一つを薄くしても量を摂ってしまうとか、間違った食事をされている方が多くいらっしゃるのも、これもまた事実である。栄養士の活動をする側としては、ライフステージに合わせた各方面で自分の守備範囲は一生懸命頑張って食事の講話だとか、指導だとかにあたっているのだが、そこから離れてしまっている人たちの食事だとか、一般市民の方がどういう食生活を送ってられるのかというところの、なかなか実態把握も難しいし、そういう方たちとどう関わりを持っていくかという手段も見つからない中で、行政と連携を図らせていただいたり、病院・クリニックの先生方のご理解をいただいて、栄

養士を使っていたとか、そういったところで減塩の食生活についての普及を図っていきたいと思っている。個々の指導はやはりドクターのご理解がないと、指示がないとなかなか難しいところもあるし、全体的な一般市民の方を対象になると、やはり興味のある方しか集まってこられないので、そこはまた行政との連携が大事だと思っている。一つご案内をさせていただくと、減塩から離れるのだが、上越市の健康課題から見て、高血圧、生活習慣病、糖尿病の方が多い、そして先ほど、生活保護の方の話で、外来における医療費が透析が群を抜いているといったお話があったが、12月に栄養士会主催で、市民向けのCKDの講演会を予定している。上野先生が丁度いらしているが、上野先生からご講義をいただくことになっているし、上越市の保健指導のお話とか、病院での栄養指導のお話もその場でする予定になっている。

林議長：ありがとうございました。次の項目に移させていただくが、生活保護制度についてということですが、これについて全般に何かあるか。特にないか。では、引き続き活動のほうをよろしく願います。次に、幼児保健について、こども課の方から肥満について、保育園において乳幼児健診との整合性というか、連携をとって、成長曲線を持ってして子どもの問題点を把握し、そしてアプローチしていくといったお話がありましたが、この辺については何かあるか。

小島委員：19 ページ右下の表であるが、早食い、噛まない、偏食、口にため込んだまま飲みこまない、最近、歯科でも摂食障害がらみの部分に力を入れている。最初は脳梗塞や高齢者の摂食嚥下障害に力を入れていたが、最近は小児の摂食嚥下障害が増えており問題になり、外来でも取り組んでいる。原因の一つ、ポイントになるのは、正しく食べるように育ってきたかどうか。一番まず大事なのが唇が閉じられているかどうか。第一段階のポイント。小児の発達段階でも、まず一番最初に唇をしっかり閉じる、次の段階として、離乳食の段階を思い出してもらおうと分かるが、舌と口蓋の間に食物を入れてすりつぶす、そして歯が生えてくると咀嚼という動作が出てくる。小児歯科で言われているのは、口蓋ですりつぶす段階でもう噛めるようになったと勘違いし、噛めないものを与えることから丸飲みの癖がついてしまうことが危険であり、注意しなければいけないということである。乳歯の奥歯が生えてやっとなすりつぶしができるが、そのタイミングを間違えると、噛むということに関して丸飲みの癖がつき、早食いの癖がつくとされており、この辺りを説明するなり調べるなりすることが必要である。それから、栄養バラ



ンスというのは栄養士の方でやっていることだが、噛まなくて済む食品をとると  
いうことが挙げられており、噛みごたえ早見表を見ていただくと、なるべく噛み  
ごたえのあるものを食べさせていくという方向づけも大切だと考える。

林議長：ありがとうございました。市が行う健診は4か月児、それから個別健診で6か月  
から7か月、9か月、10か月、あるいは11か月にわたるが、咀嚼・嚥下に関し  
て、なかなか栄養指導など細かい指導ができないのが現状だと考える。19 ペー  
ジの青線は、男児の1歳時で既に増えている。大体生後7か月から成長曲線から  
逸脱して、1歳のときに太りぎみということが分かり、2歳から4歳にかけてど  
んどん体重が増えていくという傾向があった。なかなか乳幼児健診では把握でき  
ない部分はあるが、1歳児にせっきやく市の健診をしているということなので、問  
題となりそうな方へのアプローチというのはされているか。

橋本栄養士長：1歳児については、先ほどもご説明させていただいたように、23年度から  
体重測定を行い、成長曲線に落としていく中でしっかりと見ていくというように  
進めている。ただ、やはり一人ひとり見ていくと、その時点ではなかなか分から  
ず、またどのくらいの増加で指導していったらよいかというところもまだ検討が  
必要かと考える。

林議長：ありがとうございました。続いて20ページになるが、急激な体重増加があつた  
児で、ぜんそくの発作をきっかけにしてイオン飲料水にはまってしまったという  
ケース。いわゆるペットボトル症候群で、糖尿病にも関わりかねない状況にある  
児について、具体例を挙げていただいた。ペットボトルというのは、メディアで  
は非常に健康的な飲み物だという印象を与えかねないコマーシャルもあり、ある  
いは、実際に脱水や水分不足に対してはイオン飲料を勧めるというのが医療の現  
場でも見られるのが現状である。しかし、イオン飲料というのは歯への影響もあ  
る。

小島委員：たまたま表を持ってきたのだが、歯への影響だが、歯が溶けるのは ph (ペー  
ハー) がどのくらいかということである。大体 5.6 と書いてある。ここに書い  
てあるのが、ポカリやそのあたりである。大体 ph 3.5 です。かなり酸性が強い。  
最近テレビで皆さんもご覧になっていると思うが、昔はとにかく甘いものを食  
べたら早く磨けと、甘いものを飲んだら早く磨けと、ところが最近そうではな  
いといわれている。甘いものを飲んだときは、もうこの甘さのために歯がすぐ  
に溶け始めてしまうのだが、そのときに歯ブラシをすると削れてしまう。だか

ら、うがいでください。飲んだらうがいで、そのあと唾液が作用して、またカルシウムが歯の表面に付くので、こういうものを飲んだ場合はさっとうがいで、ちょっと経ってから歯ブラシをする。少し面倒くさいんです。こういう指導に変わってきている。あとキャラメルなど、あの辺は本当によくない。砂糖だから。ちょっとわかりづらいのだが。割とphが低いんだなということ、酸性度が高いということをご理解いただければと思う。

林議長：どうもありがとうございます。親の立場として、こういったイオン飲料や副食、おやつに関して感じておられることを、平野委員のほうからお願いしたい。

平野委員：今、このお話のあった急激に体重増加のあった子について、やはり家庭環境のところが非常に大きいと思われる。求めるもの、例えばお菓子が食べたいとか、何かを飲みたいと言うと、お子さんが駄々をこねて泣き叫ぶので、どうしても祖父や父親が買い与えてしまうとかいうところで、食べるのが習慣になってしまうというのが実際にある。子どもたちの中に入って見ていくと、やはりお子さんたちがわがままを言って食べてしまう環境もあると思えば、家庭にお菓子が常時置いてあるご家庭も非常に多くなっていると思う。特に祖父母がいる家庭だと、駄菓子系が手元に届くところがあるので、お菓子がいつも食べられる環境、ジュースがいつも飲める環境、やはり保護者の方でここを認識していただいて、子どもがいつも自由に食べられない環境を作っていくということが一つ歯の話にもつながるかと思うし、偏食を防ぐところにもつながるかと思った。

林議長：最後に学童保健について、特に血液事業について。脂質代謝と一部糖代謝検査を行っている。このあたりについていかがか。

上野委員：話が幼児の方とも重なるのだが、肥満の問題点を先ほど小島先生からもあったが、噛まないとかいうのは、小学生でも同じような調査をしているのか聞きたい。

須藤指導主事：小学生では、噛むことの調査はしていない。

上野委員：2点目であるが、血液検査は当市の大きなモデル事業で、非常に興味を持っているのだが、平成25年度と平成26年度のデータで非常に興味を持ったのが男女差があったということ。男女差についてのご説明はなかったのだが、これについての解釈をどうしたらよいか。難しいとは思いますが、何かお考えがあったら。初めてデータを見させていただいて思った。

須藤先生：男女の差異についてであるが、今年度初めてこのように初めてデータをもって経過を見ていったわけだが、断定はできないが、一つの要因としては、男の子は

5年生から中学3年生というのは、成長期にあり背が伸びるというようなことも考えられる。女の子の場合は個人によっては生理が始まってしまっていたりとか、そのようなことも考えられるのかなというふうに思っている。男女差についてはそのあたりの要因があるのかなと思う。中学校に入るとぐっと背が伸びて、肥満の子も解消してきたりとか、そのような傾向も見られるので、それも一因としてあるのかなと思っている。

上野委員：これは小学校と中学校と一緒にになっている。これを小学校と中学校とを別々にみるとどのような結果だったのか。何か違いがあったか。

長嶺師長：今回は小学校、中学校を混ぜた形で表を出させていただいた。平成25年度と平成26年度の比較をということで、そのようにさせていただいた。今先生がおっしゃるように、小学校と中学校を分けてみてどうかというところは、実施していないので、今後また分析をしていきたいと考えている。

林議長：ありがとうございます。血液検査事業についてはモデル地区での取組も始まったばかりだし、経年的な経時変化を小学校、中学校で追っていくということなので、来年、再来年と継続した中で問題点と解決策を確認されるかと思うので、よろしく願います。乳幼児及び小中学生の本人への健康アプローチについて、かなり市としては取り組んでいるのだが、何年か経っているが、高校生の健康に対しての意識というのはどうか。印象について、高橋委員のほうからお話いただければと思う。

高橋委員：小中でこのように一生懸命保健活動をやられていて、うちの学校でも昨年から市の保健師、栄養士さんに学校に来ていただいて、今年は1年生の各クラスに1時間、高校生の食生活ということでご指導をいただいた。大変素晴らしい指導で、それをこの1時間で終わらせるのはもったいないということで、それをまた文化祭のほうで披露した。さらに来年また踏み込んで、時期や内容を検証しなくてはいけないと思う。小中だけでは終わらせてはいけないなと思う。ひとつ気になることがある。このように血液検査をやっていただくのは大変良いことだと思っている。実は中にはそれを敏感に感じて食が細くなっていく子がいる。高校生は大変女子も男子も大きくなってもらわなければいけないのだが、そこに敏感になって食を細くしている生徒が気になる。大変、食指導というのは難しいと、私は気になっているところである。

林議長：女子の場合はやせ願望がある。その辺も配慮した指導をよろしく願います。

野澤委員の方から何かあるか。

野澤委員：私は今日ずっと聞かせていただいて、1ページの資料を見て、7年前に上越市がしたことに国がやっと追い付いてきたのだと思った。なぜかという、「自助」という言葉が入った。健康づくりの責任を市民に返す、という言葉を使って、このことを強調したときに、議会で徹底的に攻撃されたことを思うと、まず自分の体は自分でということが位置付けられてきたのだと思った。最後は一言だけ。活動も深まって成果と言われるものも出始めたのだが、活動が深まるとどうしても自己完結に陥りがちだと思う。やはり医師会の皆様の知見であるとか、それぞれに活動されている今日のようなご意見を多く取り入れて、自己完結しない保健活動をさらに進めて、上越市として本当に医療費が下がる自治体を実現できればなと思うし、そのために我々教育委員会は、その第一歩である子どもたちへのことを一生懸命やっていきたいと思う。どうもありがとうございました。

林議長：いろいろなご意見あったが、有益な会だったと思う。そのほかのご意見はあるか。

矢坂委員：保健所では今までアルコール問題はどちらかという、精神疾患関連のアルコール問題に取り組んできた。これからは生活習慣病とアルコールの関係にも取り組んでいかななくてはいけないと感じているが、上越市は皆さんのところに訪問指導を行っていてアルコール問題についてどう思われているかということをお聞きしたい。アルコール関係の方々の話を聞いていると、上越市、雪国だからかアルコールに割と甘くて、ちょっと度を越した飲酒をしても許容されているという状況があるので、一般的なご自宅等で特に血圧の高い方々も含めてだが、発作を起こすきっかけともなりやすいと思っているので、そのあたりをお伝えいただきたい。今後はそのあたりについて意見交換をさせていただくとありがたいと思っている。そのあたりの問題意識をお答えいただきたい。

渡辺副課長：アルコールについては、上越市は広くなって企業で三交代が多い地域であったり、そのような人たちは、夜仕事に出るために昼間寝るので寝酒のために昼間から飲み、それがそのまま習慣づいてしまう地域がある。お米のおいしい地域なのでお酒を造っている地域もある。そういうところでは、通年昼間からお酒を飲んでいる地域もあると聞いている。また、会合にはお酒がつきものという地域もまだまだある。地域によってアルコールについての原因はそれぞれある。ただ、お酒は嗜好品でもあるし、地元の名産品でもあるので、なかなかそこに切り込むのは難しいとは思いますが、健康課題としては大きな部分であると認識している。保

健所と意見交換をさせていただきながら、嗜好品についてどうしたら適正摂取をしていただけるかということを経験の皆さんと一緒に考える機会を持てるような形で進めていけたらと考えている。

林議長：アルコール、それからたばこ・喫煙の問題もそうである。嗜好ということになるが、今後の課題ということですね。よろしくお願ひしたいと思う。以上をもって議長を解任させていただく。ありがとうございました。

見波課長：皆様、大変貴重なご意見ありがとうございました。皆様のご意見をいただいて今年の後半、そして来年度に向けていきたいと思う。ありがとうございました。

## 9 問合せ先

健康福祉部健康づくり推進課 TEL：025-526-5111（内線 1164）

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。