

令和4年度第1回
東京都健康推進プラン21
推進会議評価・策定第一部会

令和4年11月15日

東京都福祉保健局保健政策部

(午後6時00分 開会)

播磨保健政策調整担当部長 定刻になりましたので、ただいまから、令和4年度第1回東京都健康推進プラン21推進会議 評価・策定第一部会を開催いたします。

本日お集まりいただきました委員の皆様方には、お忙しい中、ご出席いただき誠にありがとうございます。今回は、都庁の会場とオンライン会議併用での開催となっております。ご不便をおかけするかもしれませんが、何とぞご容赦くださいますようお願いいたします。

申し遅れましたが、私は、東京都福祉保健局保健政策調整担当部長で、保健政策部健康推進課長事務取扱をしております、播磨でございます。議事に入りますまで、進行を務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

なお、オンライン参加の皆様もいらっしゃいますので、ご発言いただく際のお願いがございます。

都庁の会議室にいらっしゃる委員の皆様の音声は、中央にあるマイクで拾っております。WEB会議のマイクのオン・オフは事務局で対応いたしますが、ご発言の際は、お近くにあるマイクをお使ください。

また、WEB参加の皆様は、マイクをミュートに設定させていただいております。今後も、ご発言の際以外は、このままマイクをミュートの状態のままにしてください。ご発言の際は、画面上で分かるように挙手していただくか、チャット機能で挙手いただき、指名を受けてから、マイクをオンにし、ご発言をお願いいたします。ご発言後は、お手数ですが再度マイクをミュートに戻してください。音声が聞こえないなどのトラブルがございましたら、チャット機能か、緊急連絡先にお電話いただくなどでお知らせください。

なお、ご発言の際は、会場参加、WEB参加どちらの委員の皆様も、ご所属・お名前を名乗ってください。

では、はじめに、資料の確認をさせていただきます。事前にデータ送付させていただいているところですが、次第にもありますように、資料1-1から資料6-3までとなっております。

会場参加の委員の皆様方は、机上に配付したタブレット端末から資料をご確認くださいますようお願いいたします。現在、タブレットには、会議資料が表示されていると思います。画面の右上の方には、水色で同期・非同期と書かれた表示があります。こちらは非同期を選択していただき、ご自身の操作で資料をご確認ください。資料は、資料番号順では

なく、本日の説明に沿った順番に並べ、右下にページ番号をつけております。次のページへの遷移は、画面に触れて左にスライド、資料の拡大・縮小は、画面上の操作対象を広げるように2本の指を離していくことで拡大、2本の指を近づけることで縮小できます。端末によって、画面操作が認識されづらいものがありますので、何度か試していただき、それでも動きが悪いようであれば、事務局にお声かけください。机上には簡単な操作説明を置いておりますので、参考にしてください。操作について不明な点等ございましたら、事務局までお知らせください。

本日の会議は、オンライン会議システムで資料を画面共有しながら進めてまいります。会場参加の方は、会場内のモニターでもご確認ください。

本日は議事が大きく三つ、(1)東京都健康推進プラン21(第二次)概要と最終評価の進め方、検討スケジュールについて、(2)65歳健康寿命の推移について、(3)各指標の最終評価についてとなっております。

なお、本会議は、資料1-1「東京都健康推進プラン21推進会議設置要綱」第12により公開となっております。皆様のご発言は議事録としてまとめ、ホームページ上に公開させていただきますので、あらかじめご了承ください。

続いて、委員の委嘱について確認させていただきます。委員の皆様は、今年度から新たに就任いただいております、任期は2年間で、令和6年3月末までとなっております。お忙しい中、本部会の委員就任をお引き受けいただきまして、誠にありがとうございます。

では、委員の皆様をご紹介します。資料1-2「委員名簿」をご覧ください。

東京大学、古井委員でございます。

古井委員 古井です。よろしくお願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 国際医療福祉大学三田病院、齊藤委員でございます。

齊藤委員 齊藤です。よろしくお願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 国立がん研究センター中央病院、大橋委員でございます。

大橋委員 大橋です。よろしくお願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 東京大学、六路委員でございます。

六路委員 六路です。よろしくお願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 東久留米市、中谷委員でございます。

中谷委員 中谷です。よろしくお願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 WEBから参加いただいております、東京都多摩府中保健所、田原委員でございます。

田原委員 田原です。よろしくお願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 また、練馬区健康部健康推進課長の中島委員に代わって、健康推進課計画調整係長高橋様が代理でWEBから参加いただいております。

高橋氏 高橋です。よろしくお願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 なお、国立市の橋本委員は、本日ご欠席のご連絡をいただいております。

播磨保健政策調整担当部長 続きまして、庁内関係部署の職員を紹介させていただきます。

福祉保健局医療政策部救急災害医療課長、千葉でございます。

千葉救急災害医療課長 千葉と申します。よろしくお願いいたします。

福祉保健局保健政策部保険財政担当課長、植竹でございます。

植竹保険財政担当課長 植竹と申します。よろしくお願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 次に、事務局の紹介をさせていただきます。

改めまして、私は、保健政策調整担当部長、健康推進課長事務取扱の播磨でございます。

保健政策部健康推進事業調整担当課長、向山でございます。

向山健康推進事業調整担当課長 よろしくよろしくお願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 保健政策部健康推進課統括課長代理、矢口でございます。

矢口統括課長代理 よろしくよろしくお願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 同じく課長代理、井上でございます。

井上課長代理 よろしくよろしくお願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 引き続きまして、部会の設置についてですが、資料1-1「東京都健康推進プラン推進会議設置要綱」第6の1におきまして、推進会議に専門の事項を検討するための部会を設置することができるとされており、本評価・策定第一部会は、8月22日に開催いたしました推進会議を経て設置するものでございます。

部会の進め方については、この後の議事にて、プランの概要と併せてご説明いたします。

また、部会長の選任については、設置要綱の第7の2において、部会長は推進会議の座長による指名とされています。こちらも、先の推進会議において、古井委員が部会長として指名されております。

それでは、議事に移ります前に、古井部会長から一言お願いいたします。

古井部会長 皆さん、お疲れさまでございます。古井でございます。

今、ちょうど国においても、健康日本21（第二次）の最終評価を終え、次期計画の方向性の検討会が開かれております。私も、参加をさせていただいていますが、国も次期計画には、長寿社会の持続可能性ですとか、新たな環境整備など、いろんな課題解決策を盛り込もうとしています。

東京都におかれても、この次の計画は、社会環境から鑑みても大事な計画になると思います。本部会は、その前段の最終評価も含めて検討するため、ご専門の先生方に集まっていますので、ぜひ、ご忌憚のないご意見、アドバイスを頂戴できればと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 ありがとうございます。

以後の議事進行につきましては、古井部会長にお願いしたいと存じます。

それでは、古井部会長、どうぞよろしくお願いいたします。

古井部会長 それでは早速ですが、本日の次第にのっとり、議事を進めたいと存じます。本日の会議が有意義なものになりますよう、皆様方からご意見、ご提案を頂戴したいと思います。また、なるべく多くの委員の皆様からご発言をいただきたいと思いますので、ご協力をよろしくお願いいたします。

それでは、まず、議事1「東京都健康推進プラン21（第二次）の概要と、最終評価の進め方、検討スケジュール」につきまして、事務局よりご説明をお願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 本日は、新体制となって初めての会議でもありますので、ここでは、都の健康増進計画であります東京都健康推進プラン21（第二次）の概要をお話しし、最終評価の進め方についてご説明いたします。

なお、最終評価の進め方に関しましては、先の推進会議にてご確認いただいているところでございます。

では、東京都健康推進プラン21（第二次）の概要についてです。資料2をご覧ください。

東京都健康推進プラン21（第二次）は、生活習慣病やうつ病など、身体とこころの病気によって、都民の生活の質が下がることをできるだけ減らし、誰もが生涯にわたり健やかで心豊かに暮らすことができる社会を目指すことを理念としております。

健康増進法第8条に基づく都道府県の健康増進計画としての位置づけでございます。

計画期間は、平成25年度から令和5年度までの11年間です。

計画の概念図を資料左下に示しておりますが、「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」の2つを総合目標として掲げ、これを達成するため、健康づくりを3領域14分野に分けて目標を掲げるとともに、指標と目指すべき方向を定めています。まず、領域1として、がん、糖尿病など主な生活習慣病の発症予防と重症化予防が4分野、次にこれを支える領域2として、栄養・食生活、身体活動・運動などの生活習慣の改善に関して6分野、最後に、領域1・2を支える領域3として、こころの健康、次世代の健康などライフステージを通じた健康づくりと、健康を支える社会環境の整備の4分野という内容でございます。

なお、平成30年度に各指標の中間評価と、必要な見直しを実施しております。中間評価では、生活習慣の改善に向けた意識や行動の変容を促す必要があること、世代や性別ごとに指標の達成状況に差があること、生涯を通じて切れ目なく健康づくりに取り組むことができる社会環境が必要であること、の3つを課題として整理いたしました。その上で、取組の方向性として、都民のヘルスリテラシー向上の支援、ライフステージやターゲットの特性に応じた施策の展開、都民一人ひとりの健康づくりを支える環境の整備の3つを掲げ、現在まで施策を展開してまいりました。

中間評価時の総合目標の評価ですが、健康寿命の延伸については、男女共に延伸していたため「a（改善）」、一方、健康格差の縮小については、区市町村別の65歳健康寿命の最大値と最小値の差は、男女共におおむね同程度であったため、「b（不変）」といたしました。

次のページ、最終評価の進め方についてご説明します。

まず、国の状況ですが、令和4年10月に最終評価報告書を公表しています。国における最終評価は、令和2年、3年の国民健康・栄養調査が中止されたことなどから、新型コロナウイルス感染症の影響を受ける前の令和元年度までのデータを用いて行われました。一方で、新型コロナウイルス感染症の影響を受けていると想定される領域については、流行後の指標のデータ、また関連する調査研究結果等を踏まえて、今後の課題として感染症の影響に言及しており、次期計画策定においても、今後の状況も考慮して検討が必要とされています。

東京都健康推進プラン21（第二次）の最終評価については、後ほど出てまいります「指標別評価・分析シート」を用いて、各分野別の指標の年次推移を整理し、ベースライ

ン値から現状値までの数値変化について、目標の方向に沿って推移しているか否かを、社会的背景も勘案しながら検討、分析いたします。

また、同一計画における一貫性の観点から、評価は、中間評価と同様に増減率5%を基準に、「a（改善）」「b（概ね不変）」「c（悪化）」「d（評価困難）」の4段階で評価します。

最終評価の対象となる数値ですが、計画期間が1年延長したことを受け、原則、令和3年度までに把握した直近の値を現状値として最終評価を行うことといたします。各指標の現状値の対象年度は別紙のとおりですので、ご確認いただければと思います。

また、参考指標も本指標と同様に、令和3年度までに把握した直近の値を現状値とし、数値の値を把握いたします。

中間評価以降の数値の更新が無い等によりまして、現時点で最終評価の現状値を把握できていない本指標については、数値を把握次第、評価を行います。可能な範囲で、今年度から最終評価の検討を進めていきます。

本部会においては、循環器疾患分野の「人口10万人当たりの脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率」がこれに該当します。出典である人口動態統計特殊報告が令和5年12月頃に公表予定であるため、今回は、当課で算出した年齢調整死亡率を用いて暫定的に評価を進め、正式な数値を把握し次第最終評価を行います。

全ての指標を把握した後、令和5年度に最終評価を取りまとめまして、次期計画の冊子に組み込む形としたいと考えております。

次のページは、最終評価、また次期計画の検討のスケジュールでございます。

本プランの分野が非常に幅広いことを勘案しまして、基本的に領域ごとに分けて三つの部会を設置し、それぞれの部会において議論を行います。

具体的には、本評価・策定第一部会においては、主に領域1と総合目標について、また先日行った評価・策定第二部会では、主に領域2及び、領域3のこころの健康について、評価・策定第三部会は領域3について、最終評価や次期計画の策定に向けた検討を行うとともに、今後の具体的な施策も検討したいと考えております。

各部会において具体的な最終評価、次期計画策定の検討、作業を行い、その内容を親会である推進会議で報告し、さらに議論いただく想定としております。

令和4年度のスケジュールは、推進会議を2回、その間に各部会をそれぞれ2回ずつ開催予定です。今年度は、主に最終評価の検討のため、領域ごとの三つの部会にて具体的な

評価、また今後の方向性について議論したいと考えております。

スケジュール下部には、国の動きを記載しております。国では、9月頃から次期計画の検討を開始しており、来年春をめどに、次期計画を公表する予定と聞いております。都では、国の次期計画の検討状況を踏まえつつ、今年度2回目の部会では、可能な範囲で、次期計画の構成や指標の検討もしたいと考えております。

令和5年度は、推進会議を3回、各部会を2回、開催する予定でございます。

最終評価につきましては、循環器疾患分野について、第2回目の部会で評価を行いまして、年内には全体として最終評価を取りまとめるという予定です。

また、次期計画については、第1四半期に各部会で骨子案を検討し、夏頃の推進会議を経て骨子を確定させた後、第3四半期にかけて各部会で素案を検討し、推進会議での議論の後、年内をめどに素案を確定させる予定です。その後、パブリックコメント及び再度の推進会議を経て、次期計画を確定させる予定です。

以上、プランの概要、最終評価の進め方、検討スケジュールについてのご説明となります。

最終評価及び次期計画策定につきましては、皆様からのご意見をいただきながら取り組んでいきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

古井部会長 ありがとうございました。

今、事務局より大きく三つ、プランの概要、最終評価の進め方、検討スケジュールについてご説明がありました。

この第一部会の役割についても触れていただきましたので、お分かりいただけたと思いますが、委員の皆様からご質問、あるいはご意見などありましたら、遠慮なくいただきたいと思っております。

オンラインの皆様も、何かありましたら挙手か、あるいはご発声いただいて結構でございます。よろしいでしょうか。

それでは、次の議事に移ります。議事2「65歳健康寿命の推移について」、まずは事務局よりご説明をお願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 「東京都健康推進プラン21（第二次）」の総合目標である「健康寿命の延伸」及び「健康格差の縮小」については、先ほど申し上げたとおり、本部会で検討することとしております。

今回新たに就任いただいた委員の方も多くいらっしゃいますので、総合目標の指標であ

る「65歳健康寿命」について、改めてご説明いたします。資料3をご覧ください。

都では、区市町村間の比較や、毎年値を算出することで経年推移の把握ができるよう、東京保健所長会方式による65歳健康寿命を指標としております。これは、65歳の人が要支援・要介護認定を受けるまでの自立期間の平均に、65歳を足して算出するものです。介護保険の認定者数のデータを用いて、要支援1以上の認定を受けるまでの期間、また、要介護2以上の認定を受けるまでの期間の2パターンを算出しています。本プランにおける評価には、要介護2以上の認定を受けるまでの期間で算出した値を用いています。

65歳健康寿命の推移ですが、男性ではベースライン値が82.02歳、現状値は83.09歳、女性ではベースライン値が85.14歳、現状値が86.21歳となっており、男女ともに1.07歳延伸しています。

また、次のページでは、男女別に、平成22年と令和2年の区市町村別の65歳健康寿命の数値をグラフ化して上下に並べて示しています。

もう一つの総合目標である「健康格差の縮小」とは、区市町村別の65歳健康寿命の最大値と最小値の差の縮小としています。男性の最大値と最小値の差は、ベースライン値の2.51歳から現状値では2.55歳に、女性では1.98歳から2.16歳になっており、最大値と最小値の差は縮小しているとはいえない状況です。

なお、最小値、つまり最下位自治体の65歳健康寿命の伸びを見てみると、男性は80.69歳から81.76歳へと1.07歳増加、女性は84.16歳から84.89歳へ0.73歳増加しているところでございます。

指標の推移については、今ご説明したとおりでございますが、指標の評価は、次回の本部会にて、検討させていただきたいと考えております。

なお、中間評価において、総合目標は指標の数値の増減率ではなく、指標の推移と達成度について総合的に勘案し、評価を行いました。最終評価においても同様に行いたいと考えておりますが、検討の進め方についてご意見等ありましたらお願いいたします。

以上です。

古井部会長 ありがとうございました。

今、事務局より「65歳健康寿命の推移」についてご説明がありましたが、皆様方から、ご質問、あるいはご意見はございますでしょうか。

大橋委員 1点、よろしいでしょうか。

古井部会長 大橋先生、お願いします。

大橋委員 国立がん研究センター中央病院の大橋です。

この資料、大変興味深く拝見いたしました。本部会は、東京都における指標の評価の会議であるということは理解しているのですが、東京都の状況を把握する上でも、比較対象となる全国版の同様のデータや、他道府県との格差の状況といった情報はあるのでしょうか。

古井部会長 事務局より、お願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 国では、国民生活基礎調査における「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」という問いに「ない」と答えた方を「日常生活に制限なし」として健康寿命を算出しており、これに関する都道府県ごとのデータはございます。

ただし、東京都では、都内区市町村ごとの数値を算出し比較できる点と、毎年数値を算出、把握して経年の推移を追えるという点で、介護保険の認定者数等から導き出す「65歳健康寿命」というデータを、独自に指標としているところでございます。

大橋委員 ありがとうございます。そうすると、他の道府県との比較は、厳密には同じ指標では行えず、厚労省の全国調査の値は参考になるということですか。

播磨保健政策調整担当部長 はい、そのとおりです。

大橋委員 よく分かりました。ありがとうございます。

古井部会長 ありがとうございます。

では、齊藤先生、お願いいたします。

齊藤委員 国際医療福祉大学の齊藤と申します。本年度から委員として参加させていただきますが、仕組みがよく分かっていないところもあるので、教えていただきたいと思えます。

今、お話しいただいた内容で、最終評価を行うプランの指標がどういうものであるか、値の把握には何をを使うか等は理解できたつもりなのですが、指標の値が良くなったり悪くなったりということとともに、こういうことをしたことによって結果がどうであった、というような取組の事例などは、また別途あって、本日この後教えていただく、という理解でよろしいでしょうか。

播磨保健政策調整担当部長 おっしゃるとおりです。この後、我々がプランの推進のために平成25年度から約10年間で行ってきた事業や取組について、資料を用いてご説明する予定です。

指標数値の推移や現状値に対する分析及び最終評価を行うにあたっては、我々が取り組んできた事業等を踏まえるとともに、さらには先生方から、社会環境の変化や医療の進歩等、指標数値の変化の背景として考えられる要因についても、是非教えていただきながら、次期計画に向けた今後の課題の抽出を行っていきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

齊藤委員 ありがとうございます。今のように、申し上げましたのは、皆様もご認識のこととは思いますが、起こした行動と、最終的なアウトカム指標の因果関係というのは、なかなか把握するのが難しいところだと思っております。その辺りをどのように処理していくかについても、後で説明があるかと思いますが、どうぞよろしく願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 アウトプットに対するアウトカムをどのように見ていくか、どのように指標を設定していくかという点に関しては、次期計画に向けての一つの課題でもあると感じておりまして、検討の際は、是非、先生方のお知恵をいただければと思っております。

古井部会長 ありがとうございます。齊藤先生のご指摘はごもっともで、大事な視点だと思います。

六路先生も、今回から新しくご参画いただいておりますが、ご意見いかがでしょうか。

六路委員 私も、今回初めて参加させていただいて、これは大変興味深く拝見しました。協会けんぽは、全都道府県に支部がありますけれども、やはり支部間で相当大きな差があります。

65歳健康寿命の区市町村の差が、それぞれの区市町村の取組の差として現れるものになると、各取組の効果をどのように評価すべきか、というところは大変難しい点だと思いつながり伺っていました。

また、協会けんぽでも同様に、それぞれの支部で様々な保健事業をやっておりますので、それも健康寿命に何かしらの反映はあるのかなということも考えていました。

ちなみに、令和2年のデータもありますが、コロナの影響は配慮されなくても大丈夫な年ということなんでしょうか。

播磨保健政策調整担当部長 令和2年については、コロナの状況も踏まえた上で、評価をすることになります。

六路委員 分かりました。ありがとうございます。

古井部会長 ありがとうございます。六路先生、齊藤先生がおっしゃったように、こ

の総合評価指標というのは、必ずしも1つではなく、いろんな施策の結果として現れる成果を測る指標なので、解釈ですとか、施策とのつながりというのは興味深くもあり、難しいところでもありますので、またディスカッションさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

そのほかに、よろしいでしょうか。

また、何か後で気がつかれたら戻っても構いませんので、よろしく願いいたします。

それでは、続きまして、議事3「各指標の最終評価」について、まず、事務局よりご説明をお願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 評価についてご説明する前に、10月24日に開催いたしました評価・策定第二部会で委員の皆様からいただいた主なご意見を、かいつまんでご報告させていただきます。資料4をご覧ください。

この中で、第一部会に関係すると思われるご意見については次のとおりです。

行番号1番と2番にあります、「一番底辺にいる人、下位の人を引き上げることで格差を縮小する」ということ。6番「生活習慣の改善と環境整備を別に考えるのではなく、生活習慣の改善に直接的につながる環境整備でないと、効果が出てこない」ということ。7番「物理的な環境整備も考えていく必要があり、特に事業所単位でできるようなスモールな環境整備を促すような取組が良いのではないか」ということ。また、9番「年代別に健康課題が異なっており、年代別に起きてくる問題・障害も異なっているため、職域ともうまく連携していく必要がある」ということ。さらに、11番から13番は、こころの健康・休養・飲酒に関する内容ですが、「特に子育て世代、介護世代の女性や若者など、対象を絞って重点化してケアの体制を整えていく、手厚くサポートしていくことを考えていくべき」といったご意見をいただきました。

次に、本プランに基づき、当課で実施している主な事業をご説明いたします。資料5をご覧ください。

本プランにおいては、都の役割を、広域的・効果的な普及啓発の実施によって、都民に直接働きかけることとともに、区市町村や事業者・医療保険者等の各推進主体の取組を支援し、連携を推進することで、都民の健康づくりを推進する体制を整備すること、としています。具体的には、啓発用媒体を作成して推進主体の活動を支援したり、企業等に対して、都民の生活習慣改善に資する取組を行うよう、働きかけを実施する等です。

本プランに基づいた取組の方向性として、中間評価までは、都民が望ましい生活習慣を

継続し、生活習慣病の発症・重症化予防を図ることができるよう、都民や推進主体の取組支援のため、広域的な普及啓発や環境整備を推進してきました。

中間評価以降は、計画策定時から目標の指標が不変、もしくは悪化傾向の項目について取組を強化し、ライフステージに応じた施策、ターゲットを絞った施策を展開してきました。

資料5は、プランの推進に関する健康推進課での主な事業を年度別に整理したもので、縦軸に分野を記載し、横軸の年度ごとに取組を記載しています。ここに記載している主な啓発資材は、机上に配付させていただいております。

まず、がんの分野ですが、がん対策の取組は、大きく分けて「がん検診の受診率向上」そして「がん検診の質の向上（精度管理）」の二つになります。

都民向けには、がん検診の受診率向上のため、区市町村や民間団体、企業と連携して、広く啓発を図っております。がん種ごとにターゲットとなる世代を決めて施策を展開するとともに、がん検診そのものの認知度を上げ、がん検診を受診する機運醸成に向けて、区市町村や民間団体、企業と連携して、広く普及啓発を実施しています。

中間評価以降の取組としましては、子宮頸がんや乳がんなど、女性特有の健康問題に関する情報を集約したポータルサイト「TOKYO#女子けんこう部」を開設いたしました。このサイトは、健康に関心を持ちにくい層も興味を持ちやすく、分かりやすいような漫画等のイラストを用いた解説が特徴で、病気や健康課題に関する基本的な情報の解説や、正確かつ詳細な情報を掲載した専門サイトの紹介などの内容がございます。今年度は、女性の健康問題に関する基礎知識を補足する定期コラムの配信や、インフルエンサーの方による参加型オンライントークイベントを開催する予定です。このサイトの啓発資材としては、名刺サイズのカードを作成し、サイトの閲覧を促しています。

ほかにも、国が検診を勧める5つのがん種別のリーフレットを作成し、定期的な検診受診の重要性等を啓発しています。

職域に向けては、関係団体との連携により、がん検診に関する理解促進や検診実施など、受診率向上のための支援を実施してきたことに加え、今年度からは、がん検診の質の向上のため、都内の企業等で実施するがん検診業務に関わる方を対象とした、職域におけるがん検診精度管理向上支援の講習会をオンライン形式で実施いたします。

さらに、がん検診の質の向上に向けては、全ての区市町村で科学的根拠に基づいたがん検診が適切に実施されるよう、区市町村に対する技術的な支援のほか、検診従事者を対象と

した各種講習会開催や、包括補助による財政支援を実施しているところでございます。

次のページは、糖尿病・メタボリックシンドローム分野に関する取組を示しています。この分野は、広く都民に向けた啓発のほかに、働く世代、職域への啓発を実施しております。令和3年度からは、区市の国保部門と連携し、特定健診のデータから抽出した糖尿病予備群等の方を対象に、区市の健診の周知・勧奨のタイミングに合わせて、啓発資材を送付するモデル事業を実施し、普及啓発の強化を図っています。また、このモデル事業の展開に合わせ、糖尿病予防の重要性についての理解を深めるために、保険者や都内企業の健康管理担当者、医療関係者等を対象にした講習会を実施しています。

次は、循環器疾患、COPD、及び領域1全般に関わる取組です。循環器疾患の予防は高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病のリスク因子の管理が中心となっておりますが、いずれのリスク因子も、生活習慣が関与していることから、当課では領域2の生活習慣改善の取組を通して、循環器疾患の発症予防を推進しています。領域2に関連する取組については、次の3ページにまとめておりますので、後ほどご覧いただければと思います。

また、医療政策部での取組ですが、令和3年度に循環器病対策推進計画を策定いたしまして、協議会にて計画の進捗管理、取組の検討を行っております。

COPDの分野については、喫煙者を含む都民を対象とした啓発として、令和3年度に動画を作成し、5月31日の世界禁煙デー、11月第三水曜日の世界COPDデー等の機会を捉え、SNSや屋外広告を利用した普及啓発を行っています。

また、啓発チラシを作成し、保険者を通じて喫煙者に直接配付して、COPDの原因が喫煙であること及び禁煙の重要性を啓発しております。机上には、都民向けパンフレット、喫煙所用のステッカー、啓発チラシを配付しております。

また、プランの推進全般に関しては、ポータルサイト「とうきょう健康ステーション」を通じた情報提供を行うとともに、地域や職域における健康づくりの指導的役割を担う人材の育成のため、プランの領域・分野に沿って年間25テーマの研修を企画し、実施しているところでございます。

以上で、資料5についての説明を終わります。

ここからは、「指標別評価・分析シート」に沿って、各指標に対する事務局の最終評価案をご説明いたします。

今回の部会では、まずは検討のポイントをご説明した上で、領域1の4分野につきまして、前半、後半と、2分野ずつに分けて検討を進めていきたいと考えております。

まずは検討のポイントをご説明した上で、前半の「がん」「COPD」について、指標・参考指標の順にご説明します。資料6-2をご覧ください。

こちらは、推進会議でもお示しいたしました「指標別評価・分析シート」でございます。

先ほど申し上げた通り、評価は、原則に沿って増減率が指標の方向に対して5%以内か5%超かによって、「a」改善、「b」不変、「c」悪化、「d」評価困難としております。

シートの最下段には、課題としておおむね3点を記載しております。1点目に、これまでの取組状況を踏まえた課題、2点目に、今後の施策の進め方、3点目に、コロナの影響を踏まえた今後の施策の方向性です。

今回の議論におきましては、特に指標別評価・分析シートの「課題」について、次期計画策定に向けたアドバイスをいただければありがたく存じます。具体的には、指標数値の変化の背景として考えられる要因は何なのか。また、その要因を踏まえた対策となる都の取組として、今後どういったものが考えられるのか。この2点について、ぜひ、委員の皆様方のご意見をいただきたいと考えております。

それでは、各シートに移ります。まず、がんの分野の指標は、「人口10万人当たりがんによる75歳未満年齢調整死亡率を減らす」です。

図表の欄には都及び全国の、人口10万人当たりがんによる75歳未満年齢調整死亡率の推移を示しています。値はベースライン値から減少傾向をたどっており、令和元年時点で目標値の69.1未満を達成しております。令和2年の現状値では微増しておりますが、目標値以下であり、ベースライン値と比較した増減率は5%を超えているため、「a（改善）」としております。

この指標に関する参考図表として、資料6-3を示します。まず、都の人口10万人当たり75歳未満年齢調整死亡率の推移を男女別に示したのですが、男性に比べて女性が低くなっています。

また、次のページで男女の部位別に見ますと、男性は、胃・肺・大腸がんのいずれも減少傾向にある一方、女性はベースラインの平成17年の値と比較し、子宮がんが増加しています。また、令和元年と2年を比べると、肺がん、乳がんが増加している状況が分かります。

続いて、参考指標1は、「都民のがん検診の受診率」です。胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がんの5がんとも、検診受診率はベースライン値と比べて増加してい

ますが、子宮頸がんの増加幅はほかのがん種と比べて小さくなっています。また、子宮頸がん以外のがん検診の受診率は、東京都がん対策推進計画（第二次改定）における目標値50%を達成しています。全体的に受診率は増加傾向にありますが、コロナ禍における受診控えによる受診率の動向を注視していく必要があります。

参考図表では、がん検診対象者の受診機会の内訳について、がん種別にその推移を示しています。5がんともおおむね同じ傾向で、区市町村が実施するがん検診対象者の割合は減少している一方で、職域で検診機会がある者の割合が増加傾向にあり、全体の2、3割程度を占めています。

次は、参考指標2「精密検査受診率」です。これは、区市町村が実施するがん検診受診者の中で精密検査が必要とされた者のうち、精密検査を受けた者の割合のことです。5がんとも、ベースライン値と比べて増加はしているものの、東京都がん対策推進計画（第二次改定）の目標値である90%には達していません。

続いて、参考指標3は「精密検査結果未把握率」です。これは、区市町村が実施するがん検診受診者の中で精密検査が必要とされた者のうち、精密検査受診の有無が分からない者及び精密検査を受診したとしても受診結果が正確に把握できていない者の割合のことです。5がんとも、ベースライン値と比べて減少していますが、精密検査受診率を90%とするためには、未把握率5%以下を目指して、精検未受診率と合わせて10%以下としていく必要があります。

以上、がん分野をまとめますと、人口10万人当たり75歳未満年齢調整死亡率は目標水準まで改善しています。がん検診受診率及び精密検査受診率もおおむね増加しているものの、子宮頸がんの検診受診率と5がんの精検受診率は、東京都がん対策推進計画（第二次改定）の目標には届いてない状況です。

この分野の課題及び今後の方向性として、がん検診受診率向上に向けた普及啓発とともに、区市町村が実施するがん検診や精密検査の受診率向上に向けた支援、職域におけるがん検診への支援が必要であり、また、コロナ禍の受診控え対策も図りながら、がん検診受診率向上及びがん検診の質の向上への取組を進めていきたいと考えております。

次は、COPDの分野です。

指標は、「COPDという言葉の内容を知っていた人の割合を増やす」です。割合は、男性ではベースライン値と比べて低下しているため評価は「c（悪化）」、女性は上昇しているため「a（改善）」、総数は、やや低下しているため「b（不変）」としています。

目標の目安は80%を掲げていますが、現状値は20%台であり、目標は達成できていないという状況です。

資料6-3、参考図表で、性・年代別で経年の認知度を比較しますと、どの年代も男性より女性の認知度が高いこと、男女とも高齢になるほど認知度が高いこと、男性は70歳以上を除く各年代で、平成24年に比べて令和3年の認知度が低くなっていることが分かります。

また、喫煙の習慣別に見ますと、「ときどき吸う日がある」「毎日吸っている」の順でCOPDを知っている人の割合が高く、喫煙者の方のほうが非喫煙者に比べてCOPDに関する認知度は高いということが分かります。

次は、参考指標1「国民のCOPDの認知度」です。認知度は総数、男女とも上昇傾向にありますが、都民の認知度に比べると低く、一割程度となっています。

続いて、参考指標2は、「人口10万人当たり気管支炎及びCOPDの受療率」です。入院の割合はほぼ変化がありませんが、外来の割合はベースライン値と比べて減少しています。

参考指標3、「人口10万人当たりCOPDによる年齢調整死亡率」は、男女ともにベースライン値と比べて減少しています。

参考図表は喫煙習慣見直しの意向を示していますが、喫煙者の約6割が喫煙習慣を見直したいと考えています。

以上、COPD分野についてまとめますと、認知度は、目標が高いこともあり、達成は困難ですが、気管支炎及びCOPDの受療率や年齢調整死亡率は減少傾向です。

COPDは喫煙が最大の発症要因であり、またコロナの重症化因子でもありますが、禁煙等による発症予防や、発症後も服薬により重症化予防ができることから、発症予防、早期発見、早期受診、早期治療に繋げていくための取組を検討していきます。

以上、前半の「がん」、「COPD」分野について説明いたしました。

古井部会長 ご説明いただきまして、ありがとうございます。

事務局より「がん」、「COPD」の二つの分野の、指標別評価・分析シートについてご説明がありました。丁寧にご説明いただきまして、ありがとうございます。

それでは順番に、まず、がんの分野から、次にCOPDの順でご意見をお聞きしていきます。がんの分野についてご意見、あるいはご質問も含めてお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

齊藤先生、お願いいたします。

齊藤委員 国際医療福祉大学の齊藤です。

まず、参考図表の、人口10万人当たりがんによる75歳未満年齢調整死亡率の推移のグラフについてですが、子宮がんについては、子宮頸がんと、子宮体がんとに分けていただきたいと思います。子宮頸がんと子宮体がんでは動向が違いまして、死亡率を合わせたら意味がなくなってしまうので、後で訂正をお願いいたします。

また、がんによる年齢調整死亡率が下がっているというのは、これは疑いもない事実だと思います。一方、がん検診に関する様々な指標の取り方はとても難しく、ご苦労なさっていると思います。例えば、都民のがん検診の受診率ですが、資料に記載いただいている受診率とは、対策型検診、いわゆる住民検診の受診率を指しているものか、職域での受診率と思われるものを加味したものか、どちらでしょうか。職域も加味したデータとして国で使える指標としては、国勢調査のようなご本人の自己申告の結果のデータしかない状況だと理解しているのですが、都では、例えば企業様からデータをいただいて、職域等も合わせた都民の受診率が分かるデータが得られているということでしょうか。このデータがまず使えるものか、実態は全然違うかもしれないというものなのか、現状を確認したいです。

播磨保健政策調整担当部長 がん検診の受診率に関するデータについては、東京都では、「健康増進法に基づくがん検診の対象人口率等調査」を概ね5年ごとに行っていますが、これはアンケート調査なので、先生がおっしゃったような自己申告での結果となります。また、対象は住民基本台帳に基づいて、都内1万8,000人を抽出しており、有効回答標本数もかなりございますので、標本数で見ると、ある程度信憑性のある調査ではございますが、国ではなく都として実施している調査です。この調査で、職域で受けたがん検診も含めた、がん検診受診率の推移を追っていることとなります。

齊藤委員 分かりました。現状、真の値を取っていくのはとても難しいと思いますし、将来的な話にはなるとは思いますが、マイナンバーカードや、PHR等を活用して、区市町村及び職域でのがん検診の統合した受診率を取っていけるような準備をそろそろ一緒に考えていきたいと思っております。また、今のデータを否定するというよりは、データの取り方に気がつけた方がいいと思っております。例えば、子宮頸がんでは、「子宮がん検診は受けているけれども、子宮頸がん検診は受けたことがない」など、自分が何の検診を受けているのかが分かっていない人がいたり、検診の受診間隔である2年に1回のカウントの仕方が出

来ていないであったり、個人の知識や認識によって実態どおりの回答が得られない可能性があります。その辺りを今のうちに整理していくと良いと思います。ですから、がん検診の受診率等の数字を提示するとき、根拠に使ったものについて記載があると、どの位信憑性があるのか議論の振り出しにもどらないで済むのかなと思いました。

あと一つ不思議だったのは、がん検診の受診率については対策型検診と職域の両方を含めたデータであるのに対して、精密検査受診率のデータは対策型検診のみで、職域がないということです。両者は対象者が全く違い、職域は精密検査に関するデータがないということでしょうか。

播磨保健政策調整担当部長 そのとおりです。精密検査受診率は、区市町村におけるがん検診のデータを東京都精度管理評価事業として集めているデータなので、対象が異なります。

齊藤委員 それでは、その点を明記していただけると良いと思います。それからさらに、職域での精検受診率についても把握できるような方法を一緒に考えていくことが、最終的には都民の健康増進に結びついていくのかなと思いました。

以上です。

古井部会長 ありがとうございます。

播磨保健政策調整担当部長 職域でのがん検診の実施状況については、経年で行っている調査があり、今年度これから実施する予定です。ただ、これもアンケート調査ですので、先生がおっしゃるように100%正確とは言い切れないものですが、ある程度の傾向はつかめるかなと思っています。

また、ご指摘のありました、子宮がんの分類については、国の調査により公表されているデータに基づいており、全国版のデータは年齢調整死亡率に関して、子宮頸がんと子宮体がんが区別されていますが、都道府県別のデータを見ると、子宮頸がんという項目ではなく、子宮がんとまとめて公表されている現状がございます。

齊藤委員 子宮頸がんと子宮体がんはきちんと区別してデータを出さないと、がん検診の効果を見るにしても、使えない指標になってしまうと思います。

あと、職域で気になるのは、職域におけるがん検診の中には、がん検診として不適切なものがかなり提供されているようなので、その点も今後どのように対応していくか、どのような指標を設定していくかについても少しずつ一緒に考えていければと思います。

播磨保健政策調整担当部長 ありがとうございます。

古井部会長 ありがとうございます。今、齊藤先生からありました、データの定義ですとか、将来的に、評価に向けてなるべく精度の高いデータを取る仕組みの検討というのも、確かに重要な指摘だと思います。

がん検診は、自治体ですと区市町村が実施主体ということもありますが、多摩府中保健所の田原委員様、がん関係について、何かコメントはございますでしょうか。

田原委員 多摩府中保健所の田原でございます。

がん検診は、私どものところでは管内6市、各市で実施いただいているところです。保健所ではこのところ感染症対策を中心に行ってきておりまして、久しぶりにこのような指標について勉強させていただいております。ただ、以前のプランにも少し関わらせていただいた立場としては、がんによる年齢調整死亡率が下がってきていることについては、各区市町村の方々によるがん検診の受診促進の効果もあるのかなと思っております。都民のがん検診の受診率に関しても50%に乗ってきたというところを見て、嬉しく感じています。

一方、女性の子宮頸がんによる年齢調整死亡率が若干増加しているというところが気になりまして、またこの後の令和2年以降、コロナ禍になってまいりますので、受診率も含め今後の動向が気になるところでございます。

ただ、全体としてはいい方向に進んでいるのではないかと考えております。すみません、感想のようなものですが、以上です。

古井部会長 貴重なご意見、ありがとうございます。

本日、練馬区の中島委員様の代理で御出席いただいている高橋係長様からは、何かコメントはございますでしょうか。

高橋氏 練馬区の高橋でございます。

がんに関しては、コロナの影響もあり、練馬区でもがん検診の受診者が令和元年から令和2年にかけて1万人程度減少しているという状況がございます。令和3年度以降、受診率の向上に向け、区としてもいろんな角度から施策を展開していこうと考えているところでございます。お話にもありましたように、検診受診率が向上してきた中で、データの取り方等々についても、区としてもしっかり検証して取り組んでいければと考えているところでございます。

以上です。

古井部会長 ありがとうございます。

それから、今のお話に出た職域のところ、六路先生、協会けんぽでもずっと取り組んでいらっしゃると思いますので、何かコメントいただけますか。

六路委員 協会けんぽでは、保険者としてがん検診も含めた生活習慣病予防健診を提供しております。しかし、先ほどからヘルスリテラシーを醸成しなければいけないというお話があちこちに出てきていたと思いますけれども、職域でも、生活習慣病予防健診をせっかく受けていても、午後の仕事があるからバリウムを飲む胃がん検診は困るとか、婦人科の検診はなかなか受けたがらないとか、いろいろな課題があります。

またもう一つ、先ほど検診を提供する側の問題もあって、がん検診の精度管理については都として取組を進めていらっしゃることをお聞きしましたが、協会としても、少しでも精度の高い検診を提供しなければいけないと思っております。協会は全国では約4,000の検診機関と契約しており、その中で精度管理の一定の定めもありますので、都などと一緒に精度管理に努めていくということは非常に重要だと思っております。

職域での検診受診率の向上については、一人ひとりががん検診をきちんと受けようという思いになることに加え、事業主に、従業員にはがん検診をきちんと受けてもらおうと思っただくことも非常に重要です。事業主健診で簡単に終わらせるのではなくて、保険者が提供する生活習慣病予防健診はがん検診がセットになっているから、そちらも受けましょうというような事業主の意識啓発ということも非常に重要だと思っております。

以上です。

古井部会長 今後の施策として、本人はもちろんですが、それを取り巻く方への啓発も、ということですね。貴重なご意見、ありがとうございます。

大橋先生、お願いいたします。

大橋委員 齊藤先生のお話を聞いていて、職域でがん検診を受ける方と行政からの通知でがん検診を受ける方は、かなり対象が違っていると思います。ですので、できれば職域の保険者とも協力して、職域におけるがん検診を受けている方と、行政からの通知で区市町村におけるがん検診を受けている方について、年齢構成や、検診での有病率といったようなことが比較できると、非常に重要なデータになるのではないかと感じました。

あとは、すごく基本的なことかもしれないのですが、がん検診の受診率と75歳未満の年齢調整死亡率というアウトカムとの間には、すごく開きがあるような気がします。年齢調整死亡率が下がっているのは、がん検診の充実はもちろんあると思いますが、やはりがん治療の進歩が大きいと思うので、もう少し近いアウトカム指標を設定できると、やって

いる方々の自己効力感も高まりやすいのではないかと思います。今は、具体的にどういったものかというアイデアはないのですが、何かもう一段階、二段階、年齢調整死亡率との間に指標を設定できると、より良いのではないかと思います。

また、がんセンターで診療しておりますと、昨日も92歳の肺がんの手術が行われていたなど、75歳以上のがん患者が非常に多い状況があり、また、先ほどの資料でも65歳健康寿命が女性で86歳になっているのに対して、この指標が75歳未満の年齢調整死亡率だと、もしかすると不十分かもしれないということを、ちょっと申し上げておきたいと思いました。

古井部会長 ありがとうございます。貴重なご意見をいただきました。

ほかの皆様、何かございますでしょうか。では、最後にまたご意見を伺いたいと思います。

それでは、COPDにつきまして、ご意見、あるいはご質問はございますでしょうか。

COPDの認知度は、一度上がってまた少し下がるような、グラフが山のようになっている状況ですが、国の検討会でも、周知はされてきたので、そろそろ認知度は指標とせずともいいのではないかというご意見もありました。

また、事務局のほうから参考として、喫煙習慣の改善の意向がある人が多いとか、また、高齢になるほど認知度が高い、また、たばこを吸っている人の方が認知度が高いというデータも示されました。それを踏まえて、事務局でのお考えはありますか。

向山健康推進事業調整担当課長 もし、国の次期計画においてCOPDの認知度は指標としないことになった場合には、都においても見直しを進めたいと思っておりますが、都では現在も引き続き、認知度80%に向けて取組を進めているところです。例えば、昨年度からは競馬場や競輪場など、喫煙者が多いと想定される場所での普及啓発や、さらに新たに、コンビニのレジ横での普及啓発についても進めているところでございます。

古井部会長 ありがとうございます。

齊藤先生、お願いします。

齊藤委員 教えていただきたいのですが、COPDの最大の原因は、やはり喫煙ということでしょうか。

向山健康推進事業調整担当課長 大変恐縮ながら、確たるエビデンスをもってお答えできる状況ではないのですが、喫煙が大きな要因であるとは思っています。

齊藤委員 例えば、参考指標のシートの課題の部分に、COPDは喫煙が最大の発症要

因であるなどと記載があったりするので、禁煙で発症予防ができるという認識ではいらっしやるのかなと思うのですが、例えば、喫煙率を下げるという指標についてはご検討されているのかをお聞きしたいです。

向山健康推進事業調整担当課長 ありがとうございます。喫煙率の目標値というのは国に合わせた数値で別途設定してございまして、今、着実に下がっている段階ではありますが、例えば区市町村に向けて禁煙治療費の補助事業を実施したりなど、来年度以降に向けても新たな事業を検討しておりまして、禁煙の推進を一層進めてまいりたいと考えております。

齊藤委員 喫煙率は下がっているから、今後も、良い指標になるかなと思いました。

向山健康推進事業調整担当課長 ありがとうございます。

古井部会長 ありがとうございました。

それでは、続きまして、後半に参ります。「糖尿病・メタボリックシンドローム」と「循環器疾患」について、まず、事務局からご説明をお願いいたします。

播磨保健政策調整担当部長 では、説明いたします。

まず、糖尿病・メタボリックシンドロームの分野の指標1は、「人口10万人当たり糖尿病性腎症による新規透析導入率を減らす」です。現状値はベースライン値と同じ数値であるため、評価は「b（不変）」といたしました。

参考資料は、今年10月に発表された健康日本21（第二次）の最終評価報告書の抜粋でございます。年齢区分別の新規透析導入患者数は、都道府県別については残念ながら把握できず、全国の分析になりますが、糖尿病腎症による透析導入時の年齢区分分布の推移を見ますと、後期高齢者が占める割合が増えていて、全体の3割超となっております。また、人口100万人当たりで見ましても、40～64歳及び65～74歳においては、糖尿病性腎症による年間透析導入患者数が減少していきまして、糖尿病腎症による透析導入時の年齢は高齢化している状況でありまして、都でも同様の傾向と推測しています。

次に、この分野の指標2は、「人口10万人当たり糖尿病網膜症による失明発症率を減らす」ですが、こちらもベースライン値から減少傾向であり、評価は「a（改善）」といたしました。

また、参考指標1は、「特定健康診査の実施率」です。グラフでは、下の青色の折れ線が区市町村国保実施分、上のオレンジ色が都全体の実施率を示しています。どちらの実施率もベースライン値と比べて増加しておりますが、医療費適正化計画における目標値7

0%には届いていないという状況です。ただし、都の特定健康診査の実施率は、国の55.6%を上回っており、全国で最も高くなっています。

参考図表は、都全体の特定健康診査の対象者数、受診者数、実施率の推移を示したものです。平成22年度から対象者数は増加しており、実施率も約60%から66%に増加しています。

次に、参考指標2は、「特定保健指導の実施率」です。区市町村国保実施分はベースライン値と比べて減少しているのに対し、都全体としてはベースライン値と比べて増加していますが、どちらも医療費適正化計画における目標値45%には達していません。また、特定保健指導実施率は、国を下回っている状況です。

参考図表をご覧くださいますと、都全体の特定保健指導の対象者、終了者数はともに増加傾向です。なお、対象者数は全国で最も多くなっています。

さらに、特定保健指導の実施率を、ベースライン、中間評価、最終評価の3時点で、性、年齢階級別に比較しますと、令和元年の45～64歳男性の実施率は20%を超えていますが、65～74歳男性の実施率は15%前後です。また、女性の実施率も15%前後で、ほぼ全年代で男性よりも低い傾向でございます。

続きまして、参考指標3は、「メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合」です。グラフは、実線が該当者、点線が予備群を示しています。区市町村国保分は該当者、予備群ともにベースライン値と比べて増加しており、都全体でも、どちらもやや増加しています。また、都全体の数値は国よりもやや低い状況でございます。

参考図表で、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合について平成22年と令和元年での変化幅を見ますと、男性の40～44歳、女性の70～74歳を除いて増加傾向にあります。

次に、参考指標4は、「適正体重（BMI18.5以上25未満）を維持している人の割合」です。この割合は、男性では増加、女性ではやや減少しております。ただし、NDBのオープンデータによりますと、女性の肥満が徐々に増加している結果になっています。

以上、糖尿病・メタボリックシンドローム分野をまとめますと、指標である透析の導入率は不変ですが、高齢化の状況を踏まえたいと考えております。また、失明発症率は改善傾向です。参考指標については、特定健診・保健指導の実施率はやや増加傾向ですが、メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合もやや増加しています。

この分野の課題及び方向性としては、引き続き発症予防・重症化予防の取組を推進し、

区市町村国保の取組を支援するとともに、保険者及び企業等に対する支援によって、働く世代の取組を特に支援していく必要があると考えております。

続きまして、循環器疾患の分野でございます。

指標1は「人口10万人当たり脳血管疾患による年齢調整死亡率を下げる」です。本指標は、出典となる人口動態統計特殊報告の結果が令和5年の把握になりますため、人口動態統計を基に当課で算出した値によって、暫定的に最終評価を検討します。年齢調整死亡率は、男女ともにベースライン値と比べて減少しており、改善傾向であるため、評価は「a（改善）」としております。

また、指標2は「人口10万人当たり虚血性心疾患による年齢調整死亡率を下げる」です。これも、男女ともにベースライン値と比べて減少しており、改善傾向であるため、評価は「a（改善）」としております。

なお、参考図表は、これは脳血管疾患及び虚血性心疾患それぞれについて都と国の年齢調整死亡率を男女別に比較したものです。両疾患の年齢調整死亡率は国においても男女ともに減少しています。脳血管疾患による死亡率は、国に比較して都の方が低く、虚血性心疾患による死亡率は男女ともに国より都が高い状況ですが、国との差は小さくなってきています。

参考指標は、「人口10万人当たり脳血管疾患及び虚血性心疾患の受療率」です。グラフ上、実線が入院、点線が外来を示していますが、受療率は脳血管疾患が、虚血性心疾患を上回っています。脳血管疾患は、外来より入院による受療率が高く、どちらもベースライン値と比べて減少しています。また、虚血性心疾患は、入院より外来による受療率が高く、入院はほぼ横ばいですが、外来は減少しています。

以上を踏まえまして、循環器疾患分野についてまとめますと、脳血管疾患及び虚血性心疾患による年齢調整死亡率はともに改善傾向にあります。この分野の方向性として、引き続き、領域2、生活習慣改善に向けた取組や、健診受診や要治療者への受診勧奨等を進めていくことが重要と考えております。

以上が後半の糖尿病・メタボリックシンドロームの説明でございます。

古井部会長 ありがとうございました。

事務局より、後半二つの分野についてご説明がありましたが、この分野につきましては、市内の関係部署でも様々な取組が進められていることと思います。

ここでまずは、福祉保健局保健政策部の植竹課長様より、国民健康保険課における取組

について、ご説明をお願いします。

植竹保険財政担当課長 福祉保健局保険財政担当課長の植竹でございます。国民健康保険の医療適正化対策を担当しております。

私からは、糖尿病と循環器疾患に関連しまして、各区市町村国保で実施している特定健診・特定保健指導、また関連する保健事業、それらに対する都の支援の状況について、補足をさせていただきます。

区市町村国保では、生活習慣病の発症、重症化を予防することを目的といたしまして特定健診を実施しており、健診結果に基づいて、生活習慣の改善が必要な方に対して、特定保健指導を実施しております。

特定健診の実施率につきましては、先ほどの説明資料にもございましたが、近年横ばいだったものの、令和2年度については40.8%と、前年度比で3%以上下落しており、コロナ禍での受診控えの影響があると見られています。区市町村においては、健診実施期間の延長による受診機会の確保や、多様な広報媒体を活用した受診勧奨などを行い、受診率の向上を図っているところでございます。

都では、こうした様々な受診率向上に向けた好事例を収集して、区市町村の担当者連絡会等で情報提供を行っています。あわせて、先ほど説明があった特設サイトですが、このサイトの中ではがん検診とともに特定健診についても、定期受診の重要性や健診会場における感染対策について周知しているところでございます。

また、特定保健指導でございますが、こちらも特定健診同様、近年横ばい状況が続いておりましたが、令和2年度は14.2%ということで、前年度比では微増しており、コロナ禍におきましても、ICTの活用などにより、実施率が維持できたのではないかと考えております。

都は、こうしたICTの活用をはじめとした様々な利用勧奨の工夫についても、先ほどと同じように、好事例の収集、提供などの支援を行っているところでございます。

糖尿病に関しまして、区市町村国保では、重症化予防の取組として、健診の結果やレセプトデータを基に、重症化リスクの高い医療機関の未受診者、治療中断者の方を医療に結びつけるための受診勧奨や、糖尿病性腎症による合併症の発症や人工透析への移行等を防止するための保健指導を実施しているところでございます。こうした取組を行う自治体数は年々増加しており、令和3年度時点で受診勧奨は56、保健指導は58の自治体で実施されています。

都では、平成30年3月に「東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、本年3月には改定を行って、さらに推進を図っているところでございます。

また、今年度は、各地域で糖尿病の診療に携わっていらっしゃる医師の先生方をはじめとした医療関係者と区市町村の担当者向けに、事業の理解を深めていただくための研修会を、先月10月20日から1か月程度、オンラインで開催しております。

最後に、循環器疾患についても、区市町村国保において、健診結果を活用した受診勧奨などの取組が行われており、健診の機会に循環器病の発症リスクを高める要因について説明している区市町村もございますが、そういった自治体はまだ少ない状況です。

特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上のほか、区市町村国保で糖尿病性腎症や循環器疾患をはじめとする生活習慣病重症化予防の効果的な取組が進むよう、都としても、引き続き支援をしてまいりたいと考えています。

以上でございます。

古井部会長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、福祉保健局医療政策部の千葉課長様より、救急災害医療課における取組について、ご説明をお願いいたします。

千葉救急災害医療課長 医療政策部救急災害医療課長の千葉と申します。よろしくお願いいたします。

医療政策部では、5疾病・5事業及び在宅医療に関する医療提供体制の整備を主な役割として政策を行っております。その中で、今回は、循環器疾患に関する主だった施策をご説明させていただきます。

まず、脳卒中でございます。

脳卒中に関しては、都は独自に、都内165の施設を、脳卒中急性期医療機関に指定させていただいておりまして、東京消防庁さんと協力し、患者さんの速やかな搬送から治療に繋げております。

また、島しょ地域を除く、都内の12ある二次保健医療圏ごとに、脳卒中急性期医療機関の会議体を設けまして、その圏域ごとに医療連携を推進するとともに、市民公開講座や、医療従事者向けの講習会等を実施しております。

また、都全体へ向けては、オンラインによる市民講座の実施や、10月の脳卒中月間には、新宿駅西口のデジタルサイネージ等を活用して、脳卒中の普及啓発等を行っているところでございます。

次に心臓疾患ですが、こちらも、東京都全体で、独自にCCUネットワークというものを構築しており、現在、島しょ地域を除きます12の二次保健医療圏で、76の施設を指定させていただいております。こちらも東京消防庁さんと協力し、患者さんの速やかな搬送から治療につなげているところでございます。

また、CCUネットワークの中から、さらに急性大動脈の疾患に対応する42の施設に参加していただき、急性大動脈スーパーネットワークを構築しております、すぐに手術が必要な大動脈疾患の患者さんに対する、搬送から治療までを円滑に行う仕組みを作り上げております。

簡単ではございますが、循環器疾患に関する医療政策部の取組についてご説明させていただきました。

以上でございます。

古井部会長 ありがとうございます。

それでは、後半の二つの分野について、ご意見をいただきたいと思います。

まずは糖尿病・メタボの分野について、いかがでしょうか。

齊藤先生、お願いします。

齊藤委員 すみません、資料の確認をさせていただきます。

参考指標のBMIについてのシートで、項目の5段目、指標数値の推移について、男性と女性で対象の年齢が違っているのですが、これは何か決まっていて、分けて取っているのでしょうか。ご確認いただければと思います。

古井部会長 もし事務局で、今お分かりになればお願いします。

播磨保健政策調整担当部長 これは男女で年齢を分けて取っているものですが、なぜ分けて取っているかについては確認して、後日回答させていただきます。

齊藤委員 よろしく願いいたします。

古井部会長 お願いいたします。ほかにございますでしょうか。

大橋先生お願いいたします。

大橋委員 糖尿病分野についてもやはり、糖尿病治療の進歩は、指標にかなり大きな影響を与えているのではないかと思うので、できれば、もう少し細かいアウトカム指標の設定が望ましいと思いました。

例えば、治療には、腎保護作用が非常に大きいSGLT2阻害薬やGLP-1受容体作動薬が非常に広く使われるようになってきているので、おそらく、あと数年すると、現行

のアウトカム指標がぐっと下がってくると思います。そのときに、このような行政や職域レベルでの取組の影響、効果は、なかなか見出しにくくなってしまう可能性があります。

最初に齊藤先生がご指摘になったことでもありますが、都の取組に関する指標について、もう少し設定を考えてもいいのではないかなと感じております。

古井部会長 ありがとうございます。

まさに健康づくり施策の取組の効果をなるべく感度よく捕まえる指標を、ぜひ検討できれば良いと思います。齊藤先生、大橋先生、すごく良いご指摘をいただきました。ありがとうございます。

大橋先生、やはり健診、保健指導の実施率はそのまま上げていくということは意義がありますでしょうか。

大橋委員 そうですね。健診、保健指導の実施率向上は非常に重要な指標になると思いますが、できれば、実施後に、本当に行動変容が起きているのかどうかを測る、行動変容レベルでのアウトカム指標も欲しいところです。そこが、保健指導の質の評価につながるかもしれません。例えば、現場では、保健師のAさんが指導するのと、Bさんが指導するのと、同じ人のアウトカムが変わることは十分あり得ると思いますし、それが健保によっても、差が出てくるということは十分あり得ます。できれば、保健指導によって行動変容がどれだけ起きているのかということも含めて、都として検証できると良いのではないかと考えています。

古井部会長 ありがとうございます。アウトカム指標も重要な指標ですね。

職域では、六路先生、いかがでしょうか。

六路委員 協会けんぽには、特定健診、特定保健指導の貴重なデータが非常に多く積み上がっていますので、それぞれを分析しながら、保健指導の効果やその背景について、見ていければいいなと思っております。

それから、健診結果の良し悪しは、業種ごとの違いがものすごく大きいです。メタボの該当率も、高い業種と低い業種では、2倍以上の差があります。

ですから、今後の対策には、事業所との連携ですとか、事業主の意識向上とかいろいろ考えられますけれども、ターゲットによってアプローチの仕方は相当違ってくると思いますので、その辺りも次期計画に合わせて、また検討できたらいいなと思っております。

古井部会長 ありがとうございます。健康状態にも格差、特徴の差があるということですね。

よろしければ、東久留米市の中谷委員様は、何かご感想、ご意見等、ありますでしょうか。

中谷委員 東久留米市保険年金課の中谷です。よろしくお願いいたします。

当市の現状を少しお話しさせていただければと思います。糖尿病・メタボ、循環器疾患等の対策として、医師会のご協力を得ながら健診を実施しているところですが、当市においては、実施機関がまだ少ない状況があります。

また、糖尿病・メタボの関連ですと、再度の受診勧奨を架電により行っていますが、電話に出ない人が多く、あまり再受診につながらなかつたり、保健指導後に、各種数値が改善されたかどうかの把握に時間がかかるといった課題があると思っております。

そのため、特定健康診査の結果の説明時に直接面接を実施して、受診勧奨を行っていく。また、健診PRの拡大として、スーパーなど人の集まる場所で広報していくという取組をしております。

このように継続的な受診率の向上、効果的な利用勧奨の検討を行っております。

循環器疾患につきましては、健診初年度以前から周知を行っていったらどうかということで、若年層からの意識づけや健診の検討、またハイリスク者への集団講座などを行っているという状況でございます。

以上でございます。

古井部会長 ありがとうございます。

昨年、一昨年ぐらいだと思いますが、植竹課長様の部署の施策で、データヘルス計画の標準化を進める中で、東久留米市さんが健診機関で当日面談をやり始めて、2倍ぐらい保健指導の実施率を上げられたんですね。非常に丁寧にやられているなという印象で、職域もそうですが、区市町村も、いろいろなノウハウの共有が非常に貴重であると思っております。

そのほかに、何かございますでしょうか。

よろしければ、循環器も含めて、全体的に議論したいと思います。何か循環器でお気づきの点、ご質問などございますでしょうか。

齊藤委員 循環器だけではないかもしれませんが、脳血管疾患による年齢調整死亡率の指標を拝見していて、死亡率は減少しているので良い傾向だなと思うのですが、近年、だんだんと減少幅が緩やかになってきてしまっているのが、今後指標の数値をさらに下げていくにはどうしたらいいのだろうと思っていました。

ただ、これは年齢調整で取っているの、あまりの補正しようはないのですが、実数で見ると、これから東京都でも高齢化が進んでいくことで、死亡者の実数としては増えてしまうということを懸念しています。

もちろんこれは年齢調整で見えていくのが妥当と思いますが、これはこのままで、さらに、東京都民の年齢構成が今後どうなっていくかということも、データとして示していくと思います。その上で、どこに重点的に力を入れていくか、全体的な方向性として考えていかなくてはいけないと思っております。

古井部会長 ありがとうございます。

死亡率も大事ですけども、例えば性・年齢階級別の実数を捉えていくというのも大切かもしれないですね。ありがとうございました。

大橋先生、お願いいたします。

大橋委員 高齢化していくと、循環器疾患も、腎疾患も、糖尿病も、がんもあるといった、多くの疾患が併存した状態の方が増えてきますし、これからますますそういう時代になってくると思います。その時に、がん、糖尿病、循環器、COPDとそれぞれ分けた指標の提示も非常に有用で分かりやすいのですが、多疾患併存状態に関する指標の検討も、都民の健康状態を見ていく上では重要になってくるのではないかと感じました。

古井部会長 貴重なご指摘、ありがとうございます。

ほかに、全体を通してでも構いませんが、何か委員の皆様からご質問、ご意見ご意見でしょうか。

田原委員様から、何か全体を通して、ご意見、ご感想などございますか。

田原委員 ありがとうございます。

本日は、最終評価の検討ということで、先ほどもお話があったとおり、区市町村の努力とともに、様々な医療連携ですとか地域の先生方の力もあって、領域1の指標は全体として良い傾向だと思っておりますが、この次の計画における指標の検討に向けては、難しい宿題をいただいたと思います。また、コロナ禍で生活も様変わりしてきているので、今後に向けては、新しい指標や考え方を導入していくことも必要なのかなと思われました。

以上です。

古井部会長 ありがとうございました。皆様に一言ずついただきたいと思っております。

練馬区、高橋係長様は、何か全体を通じてございますか。

高橋氏 高橋でございます。

練馬区でも次期計画を令和6年度に策定する予定です。東京都の計画を参考にさせていただきながら、検討していきたいと考えているところでございます。今日、委員の皆様からもお話がありました、データの取り方に留意することや、様々な角度から検証していくということを踏まえながら、区としても次の計画につなげていけたらと考えております。今日は貴重なお話を伺うことができました。ありがとうございます。

古井部会長 ありがとうございます。では、六路先生お願いいたします。

六路委員 協会けんぽの六路です。今日はありがとうございました。

協会けんぽ加入事業所というのは、従業員10人未満の事業所が8割で、逆に従業員が50人以上で、労働安全衛生法などのいろいろな法令や制度に則って従業員の健康促進のために動けるような事業所は4、5%ほどしかないんですね。残りの事業所は従業員50人未満です。事業所の規模によっても、健康格差がますます広がっていくことを最近常々実感しています。

長野支部では、コロナによって経済的な影響を受けた各種業種にヒアリングをして歩いたのですが、やはり経済的な影響が大きかったところほど、メンタルへの影響が大きく、不安感がものすごく強いというような加入者の声がありました。また、健康経営によって事業主が積極的に従業員のことを考える事業所が増える一方で、逆に全くそこに乗らない事業所もちろんたくさんあるわけです。

協会としても、加入者事業者が多いので、どうしても普及啓発事業など一律の取組みになりがちですが、どの業種の、どの対象に、どのような対策をしていくかということ、ひとつひとつ丁寧にデータを見ながら見極めていかなければいけないということ、最近特に感じています。

先ほどから、次期計画に向けての指標等の話題も出ていますけれども、これからも職域が非常にクローズアップされ、さらに中小企業なども問題になってくると思いますので、また皆さんとの話合いに参加させていただきながら、私が考えていることもまた皆さんと一緒に考えていけたらいいなと思っております。

ありがとうございました。

古井部会長 ありがとうございました。

齊藤先生、お願いします。

齊藤委員 ありがとうございます。齊藤でございます。

2点ございます。

1点目は、冒頭に出てきましたライフステージ、各年代に対する取組ということで、これから最終評価を出されていくときも、年代別にどうかという視点でのまとめも少し入れていただくといいのかなと思いつつ、拝聴しておりました。

領域1に関するデータは、どうしても疾患が多い高齢者の方のことが中心になってしまい、若い方への手厚いカバーができていくところなので、若い、あるいは働き盛りの年齢の方に対しては、どのような対策ができて、どのような効果があったかという点もお示しいただくと良いかなと思いつつ、それは、次期計画策定のときにも、きっと考えていくことになると思っております。

2点目は、特定保健指導のところでも出てきておりましたが、特定健診等の処理に関しては、実施機関等の保健師など担当者による格差、職種の差や立場の差もありますが、提供する内容の差があまりにも大きいです。良いところはきちんと指導をしてくれるけれど、ひどいところはお金を取るだけになってしまっているような状況があります。がん検診では、検診機関のチェックリストがあり、良い検診機関かどうかを評価するという仕組みができていて、都からもそれを実施するようというご指導があるのですが、特定健診なども、都からも推奨できるような優良な施設を見つけ出して、情報提供していくようなことを考えていけると良いと思っております。

古井部会長 ありがとうございます。

それでは、大橋先生、お願いします。

大橋委員 今回このような場に初めて参加させていただいて、非常に詳細にデータが取られていて、それに基づき取組が進められているということ、まずは一都民として大変感謝したいと思っております。

その上で、都民としてはこのようなことを全然知らなかったもので、やはり一人ひとりの都民に関わっておられる大勢の行政、医療機関、保険者の方々、病院にいる我々もそうですが、そのような方々の努力を伝え切れてない部分が結構大きいなとも思っています。

委員の先生方からご指摘いただいたように、業種の差や世代による差というのは、もしかするとパンドラの箱のようなところがあるのかもしれないのですが、やはりそこにアプローチしていかないといけないと思っております。例えば、コロナ禍において、コロナワクチンを受けない人がコロナになったり、失業しやすい企業は、業種的に保健指導の実施率が低い業種になっていたりするなど、ますます健康格差が強調される条件がそろってきていると思うので、できればその辺りも指摘しつつ進めていけると良いと思っております。

あとは、いくつかアウトカム指標のことを申し上げましたが、行った施策、取組に対して、短期的に改善されるアウトカムと、5年、10年先に出てくるアウトカムなど、いろいろな時間軸があると思うので、できるだけ短期的に反映されるアウトカムも設定しつつ、長期的なアウトカムに向けて効率的な成果が挙げられるように取り組んでいければと思います。

古井部会長 ありがとうございます。

中谷委員様、お願いいたします。

中谷委員 東久留米市も、来年度はデータヘルスの計画の改定時期になります。本日いただいた貴重なご意見を参考に組み込んでまいりたいと思っております。ありがとうございました。

古井部会長 ありがとうございます。今日は、すごく貴重なご意見をいただきました。

大橋先生もおっしゃっていたとおり、指標の推移はデータでかなりきちんと追えている一方で、齊藤先生からもありましたが、データ定義のところは、改めて明記していただくということが重要かと思います。

それから、将来的には、なるべく取組がダイレクトに評価できるような、中間指標的なものもあると良いと思います。また、データヘルス計画から取れる指標もあると思います。

本日は皆さんにたくさんのご意見をいただきまして、ありがとうございました。

それでは、事務局より、補足はございますでしょうか。

播磨保健政策調整担当部長 本日は大変多くの貴重なご意見をいただきまして、ありがとうございました。

全てにお答えするにはなかなか難しい課題もありますが、いただいたご意見を踏まえ、プランの最終評価の検討を進めてまいります。

今後の予定ですが、年度内に第2回目の評価・策定部会を開催し、最終評価を固めてまいりたいと考えております。お忙しいところ大変恐縮ですが、再度のご出席のほどよろしくお願いいたします。

なお、本日の議題について、追加のご意見等がある場合には、事前送付させていただいております御意見照会シートをお使いいただき、メールにて、11月21日、月曜日までにご連絡をお願いいたします。

以上でございます。

古井部会長 では、本日は、長時間にわたりご討議いただきましてありがとうございます。

した。これもちまして、令和4年度第1回の評価・策定第一部会を閉会といたします。

(午後8時02分 閉会)