

令和4年度第2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5年1月31日

東京都福祉保健局保健政策部

(午後6時30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2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、大変お忙しい中ご出席いただき誠にありがとうございます。今回はオンライン会議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、よろしくお願いいたします。

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の播磨でございます。議事に入りますまでの間、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、オンライン開催に当たりまして、Webでご発言いただく際のお願いがございます。

現在、ご出席の皆様方、全員の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。

ご発言の際には、ご所属・お名前を名乗ってください。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。

では、初めに、資料の確認をさせていただきます。事前にデータで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までとなっております。本日の会議では、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。

本日の議事は、(1)各指標の最終評価、(2)次期計画に向けた課題・今後の方向性、(3)来年度の検討スケジュールとなっております。

なお、本会議は、資料1-1「プラン推進会議設置要綱」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。

委員の出欠状況ですが、資料1-2「委員名簿」をご覧ください。この中で、多摩府中保健所の田原委員より、本日ご欠席との連絡を受けております。

それでは、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、どうぞよろしく願いいたします。

**古井部会長** 皆さん、こんばんは。本日は、お忙しい中ご出席いただきまして、ありがとうございます。

現在、厚生労働省の第三次健康増進計画のほうも最終案が示される段階になりまして、特に印象的なのは、社会環境の質の向上と、それから職域での働き盛り世代の健康づくりを重視している、という点です。東京都の計画も、健康づくりは個人だけではなく、誰一人取り残さないように、環境づくりを含めて力を入れるというところ、本当に方向性はそのおおいかと感じております。

本日も、次第にのっとして議事を進めたく思っております。本日の会議が有意義なものになりますよう、皆様方からなるべく忌憚のないご意見、ご提案をいただければと思っています。また、多くの委員の皆様からご発言いただきたいと思っておりますので、議事進行の際にはご協力をお願いいたします。

それでは、議事（１）として、「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** では、各指標の最終評価に入る前に、まず総合目標の最終評価案について、ご説明いたします。資料２をご覧ください。

プランの総合目標には、健康寿命の延伸と健康格差の縮小の二つを掲げております。

都では、前回の部会でもお示ししたように、区市町村間の比較、また毎年、数値を算出して経年推移を把握できるよう、「東京保健所長会方式」による65歳健康寿命を指標としているところです。

総合目標の評価の判断基準について、中間評価においては、ベースライン値から現状値までの数値比較に加えて、指標を評価する上で必要な分析を行いまして、それらの結果を総合的に勘案して、A（改善）、B（不変）、C（悪化）の3段階で評価いたしました。これからご説明する最終評価でも、中間評価と同様に評価してまいります。

まず、総合目標の一つ目、健康寿命の延伸についてです。

令和2年の65歳健康寿命は、男性が83.09歳、女性が86.21歳でありまして、男女ともにベースライン値の平成22年以降、延伸しております。ベースライン値と現状値を比較いたしますと、男女ともに1.07歳延伸しており、評価はA（改善）といたしました。

また、次のページの図表は、65歳平均自立期間と、65歳平均余命の推移を男女別に

示したものです。65歳平均自立期間、いわゆる健康な期間と65歳平均余命との差である、不健康な期間を、矢印と赤の数字で示しております。この不健康な期間が短縮し、健康寿命が延伸していれば、より望ましい方向に進んでいると考えられます。

まず、令和2年、男性の不健康な期間は1.76年で、平成22年と比べて0.03年延伸しています。一方で、令和2年、女性の不健康な期間は3.59年で、平成22年と比べて0.13年短縮しています。

本来は、不健康な期間の短縮を伴った健康寿命の延伸が望ましいと考えますが、男性については、健康寿命の延伸に対し、不健康な期間も、若干伸びている状況でございます。

次のページには、参考として、国の「健康日本21（第二次）」で採用されている国民生活基礎調査の結果を用いて算出した健康寿命、「日常生活に制限のない期間の平均」について、都と全国の推移を示しました。

国が採用する健康寿命でも、都の値は男女ともに延伸しておりまして、令和元年の数値では、男性で全国の平均を上回っている状況です。

これらを総合的に勘案いたしまして、指標である65歳健康寿命は延伸し、改善傾向と言えることから、A（改善）と判定したいと存じます。

次のページからは、総合目標の二つ目である健康格差の縮小についてです。区市町村別の65歳健康寿命の最大値と最小値の差を指標としております。

まず、男性については、区市町村別の65歳健康寿命の最大値と最小値の差は、平成22年が2.51、令和2年が2.55で、0.04歳拡大と、若干広がっている状況です。

次に、女性については、令和2年における最大値と最小値の差が2.16歳で、平成22年から0.18歳拡大と、こちらも若干広がっている状況です。

また、次のページは、国の最終評価の分析を参考にいたしまして、都の65歳健康寿命に置き換えた図表でございます。上下で別のグラフとなっております、左が男性、右が女性の値を示しています。

まず、上のグラフをご覧ください。横軸が平成22年、縦軸が平成28年または令和2年の各区市町村の65歳健康寿命を表しているもので、赤丸がベースライン値の平成22年と中間評価値の平成28年、黒丸が平成22年と現状値の令和2年の各区市町村の65歳健康寿命をプロットしたグラフになります。

このグラフにおいては、横軸の幅が平成22年の格差、縦軸の幅が平成28年あるいは令和2年の格差を示しておりまして、平成22年の最大値と最小値、令和2年の最大値と

最小値の差を点線で囲った四角形として示しています。

この四角形は、男女とも縦のほうが長く、平成22年と比較し、令和2年の格差が若干広がったことを示しております。また、四角形を男女に比較すると、女性のほうが格差は小さいということが分かります。

また、このグラフは、プロットされた黒丸、赤丸が斜め線よりも上に行くほど、ベースラインと比べて健康寿命が延伸した、改善したことを示しておりますが、令和2年の数値を表す黒丸は、全て斜めの線より上にあり、ベースラインの平成22年よりも65歳健康寿命が短くなった自治体はないということが分かります。

次に、下のグラフをご覧ください。こちらは、区市町村間のばらつきの大きさを標準偏差で表すことで、区市町村間格差の指標、地域格差指標となると考えまして、グラフで示したものでございます。平成22年が黒、平成28年が赤、令和2年が青でプロットされております。

男女ともに、グラフが上に上がっており、65歳健康寿命は全体として延伸しています。また、このグラフの傾きが標準偏差を表しており、傾きが小さく緩やかなほど格差が小さいということを意味していますが、男性、女性ともに傾きはほぼ平行であり、数値で見ても、男性はベースラインの0.59から0.62へ、女性はベースラインの0.43から0.44への推移となっております。格差はおおむね不変であると言えます。

区市町村別65歳健康寿命の最大値と最小値の差については、男女とも若干拡大しておりますけれども、都全体の格差という視点から地域格差指標の標準偏差を見たところ、その数値はあまり変化がなく、健康格差はおおむね不変と言えることから、B（不変）とい判断いたしました。

以上、総合目標の最終評価案についてのご説明となります。

評価について、もしご意見がありましたら伺いたく存じます。どうぞよろしく願いいたします。

**古井部会長** 事務局より、ご説明ありがとうございました。

まず初めに、総合目標の最終評価についてです。委員の皆様方からご意見あるいはご質問ございましたら、遠慮なくお願いしたいと思います。挙手、あるいはご発声でも構いません。何かございますでしょうか。

今回のご説明で、これまでの推移がよく分かったことと、それから前回の部会で中間評価と同様に進める方向というのはご了解いただいておりますので、今日の時点で、何か改め

て不明点とかご意見があれば、遠慮なくお願いしたいと思います。何かございますでしょうか。

62区市町村、非常に細かく構造的に変化を示していただきまして、あとは男女別とか、おおむね全国もそうですけれども、プラスの方向に行っていると。しかし、格差については、そんなに大きな格差が広がったということではないと思いますが、多少の変化も示していただいたかと思います。

では、大橋先生、お願いいたします。

**大橋委員** 都内の格差がすごく詳細に検討されているのがよく分りましたが、都内での格差というのは全国ではどれぐらいのものなのかということは、指標とか比較が可能なものなのでしょうか。

**古井部会長** ありがとうございます。事務局よりコメントいただけますでしょうか。

**播磨保健政策調整担当部長** 東京都では、「東京保健所長会方式」を用いて、65歳健康寿命を区市町村別で把握しています。国では国民生活基礎調査により、健康寿命を把握しているところではありますが、国でもほぼ同様の結果でして、国では都道府県格差を見えています。健康寿命の平均は伸びているけれども、格差に関してはあまり変化がないというような、最終報告書になってございます。

**大橋委員** ありがとうございます。都の健康寿命は大体、全国何位ぐらいなのでしょうか。

**播磨保健政策調整担当部長** 国の最終評価ですと、平成22年、男性の健康寿命は33位であったのが、令和元年は14位になっております。また、女性の健康寿命は、平成22年41位、令和元年45位となっております。

男性に関しては全国を上回ってきているのですが、女性は大体40位から30位台の後半で推移をしているというような状況でございます。

**大橋委員** 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。

そのほかにもございますでしょうか。何かございましたら、また戻っていただいても構いませんので、このまま進めたいと存じます。

それでは、続きまして、各指標の最終評価について、ご説明をお願いいたします。

**播磨保健政策調整担当部長** それでは、ここからは各指標の最終評価案について、委員の皆様にご確認いただきたく思います。

資料3-1をご覧ください。こちらは、第1回目の部会でもお示しましたが、総合目標と分野別目標の指標ごとに、ベースライン値、中間評価時の値、現状値の3つの時点での数値を記載しています。

現状値の欄が黄色の項目は最終評価の値が把握できており、着色がない項目は今後把握予定のものでございます。現状値の欄の文字が青色の数値は参考値です。

中間評価時の値の右には中間評価、現状値の右に最終評価の案を入れていきます。

最終評価の方法は、中間評価のときと同様に5%基準を用いるものとして、ベースライン値から現状値までの増減率に応じて、a（改善）からd（評価困難）の4段階で評価しております。また、参考指標については、評価は行わないものとしております。

領域1における最終評価案につきましては、前回の本部会にて、指標別評価・分析シートでお示したところですが、今回改めてご確認をお願いしたく、本指標を中心に、プラン全体の最終評価の状況をご説明いたします。

まず、総合目標につきましては、先ほどご説明したとおりでございます。

続いて、各分野別の指標について、領域1の主な生活習慣病の発症予防と重症化予防からご説明いたします。

がんの分野について、人口10万人当たりがんによる75歳未満年齢調整死亡率は、現時点で、目標値である69.1を下回っており、評価はa（改善）としております。また、参考指標である、がん検診受診率、精密検査の受診率・未把握率も改善傾向です。

糖尿病・メタボリックシンドロームの分野について、人口10万人当たり糖尿病性腎症による新規透析導入率は、ベースライン値と比べて変化がなく、評価はb（不変）といたしましたが、全体として高齢化が進行している状況を踏まえていく必要があります。また、人口10万人当たり糖尿病網膜症による失明発症率は、改善傾向であり、評価はa（改善）としております。参考指標である、特定健診と保健指導の実施率は、都全体では改善傾向にありますが、メタボ該当者・予備群はやや増加傾向でございます。

次のページにまいります。

循環器疾患の分野でございますが、人口10万人当たり脳血管疾患及び虚血性心疾患による年齢調整死亡率は、改善傾向であり、評価はともにa（改善）としております。

COPDの分野については、都民の認知度はベースライン値とほぼ変化がなく、評価は増減率に応じて、男性はc（悪化）、女性はa（改善）、総数はb（不変）としております。参考指標である人口10万人当たりCOPDによる年齢調整死亡率は、改善傾向と

なっています。

次に、領域2の生活習慣の改善についてです。

栄養・食生活の分野については、現時点での参考値ですが、野菜の摂取量（1日当たり）350g以上の人の割合は、ベースライン値と比較して、男性はほぼ変わらず、評価はb（不変）、女性は改善傾向のため、評価はa（改善）としております。また、食塩の摂取量（1日当たり）8g以下の人の割合は、男女とも改善傾向で、評価はa（改善）、果物の摂取量（1日当たり）100g未満の人の割合は、男女とも悪化しており、評価はc（悪化）としております。

次のページにまいります。

身体活動・運動分野も現時点での参考値ですが、歩数（1日当たり）が8,000歩以上の人の割合は、働く世代の男性を除いて総じて悪化しており、高齢世代は、中間評価では改善傾向でしたけれども、最終評価では悪化に転じております。また、1日の歩数、下位25%の人の平均歩数は世代により評価が異なりまして、働く世代の女性はa（改善）、働く世代の男性・高齢世代の女性はb（不変）、高齢世代の男性はc（悪化）としております。

続きまして、休養の分野でございます。2つ指標がございますが、どちらも大幅に悪化しておりまして、評価はc（悪化）としております。これらの指標は男女総数で設定しておりますけれども、男女別で見ますと、両指標とも女性のほうが悪化の度合いが高い状況となっております。

続いて、飲酒の分野です。生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、男性はa（改善）、女性はc（悪化）としております。

喫煙の分野については、成人の喫煙率は改善傾向にありまして、総数・男女とも、評価はa（改善）としております。受動喫煙の機会は全ての場面で減っておりますが、これは健康増進法や都の受動喫煙防止条例の施行前の数値であることに留意が必要です。

また、歯・口腔の健康の分野に関する指標につきましては、来年度、第1回の部会で最終評価を検討するため、今回は割愛させていただきます。

次のページをご覧ください。

ここからは、領域3、ライフステージに応じた健康づくりと健康を支える社会環境の整備についての指標の評価になります。

まず、こころの健康分野については、支援が必要な程度の心理的苦痛を感じている者の

割合は横ばいで、評価はb（不変）としています。この指標も、男女総数での評価となっておりますが、性別で見ると、男性はやや改善傾向なのに対し、女性が悪化傾向と、男女で傾向が異なります。また、コロナ前の数値のため、今後も数値の推移を注視していく必要があります。

次に、次世代の健康の分野についてです。

1日に60分以上、運動・スポーツをする児童・生徒の割合は、高2女子でベースライン値と比べて増加しているため、評価はa（改善）としておりますが、高2女子以外では、いずれも減少しているため、評価はc（悪化）としております。

高齢者の健康の分野につきまして、地域で活動している団体の数は、総数、高齢者人口千人当たりの数ともに増加しており、評価はa（改善）としております。

また、社会環境整備に関しても、高齢者の健康と同じ指標を用いております。地域で活動している団体の数について、評価はa（改善）としております。

次に、東京都健康推進プラン21（第二次）の最終評価案についてまとめた資料3-2をご覧ください。

こちらは、各領域・分野別の指標名を最終評価の評価区分に分けて記載しているものがございます。最終評価区分はa（改善）、b（不変）、c（悪化）があり、各評価の下の項目数は、性別、世代別で分けて評価しているものに関しては、それぞれ1項目としてカウントしております。

本部会で所掌する領域1の分野に関しましては、がんの分野で、人口10万人当たりがんによる75歳未満年齢調整死亡率、糖尿病・メタボの分野で、人口10万人当たり糖尿病網膜症による失明発症率、循環器疾患分野で、人口10万人当たり脳血管疾患及び虚血性心疾患による年齢調整死亡率は男性、女性とも、COPDの分野で、20歳以上女性のCOPDの認知度、この7項目でa（改善）としております。

またb（不変）としましたのは、糖尿病・メタボの分野で、人口10万人当たり糖尿病性腎症による新規透析導入率、COPDの分野で、男女総数におけるCOPDの認知度の2項目です。

また、c（悪化）といたしましたのは、COPDの分野で20歳以上男性のCOPDの認知度ございまして、改善が7項目、不変が2項目、悪化が1項目というような状況となっております。

このように、領域1の各分野の指標は改善しているものが多いですけれども、その基盤

となる生活習慣の改善に関する指標、つまり領域2に属する分野の指標は、不変あるいは悪化した項目が目立つという状況になっています。

以上、各指標の最終評価案の説明となります。原則に沿った評価をしておりますが、ご意見があればお伺いしたく、お願いいたします。なお、今後、第三部会でも同様にご意見をいただいた上で、最終評価を固めていきたいと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

**古井部会長** ありがとうございます。事務局より各指標の最終評価についてご説明がありました。委員の先生方からご意見、あるいはご質問を含めてございますでしょうか。よろしければ感想も一言ずついただきたいと思いますが、どなたかいかがでしょうか。

齊藤先生、お願いいたします。

**齊藤委員** 比較的、各指標の項目が男女別、それから年代別に分けてあるのが分かりやすく、なるほどと思いました。ありがとうございます。

少しひっかかったのが、糖尿病・メタボの分野の指標で、例えば失明率や透析導入率については、人口10万人当たりの、という指標になっていて、私は専門ではないのでよく分からないのですが、高齢者が増えると、どうしてもそれに該当する割合は増えていってしまうとか、そういうことがあるのかなと思ひまして。最終評価自体はこれでいいかもしれないのですが、今後を考えていくときに、これをある程度年代別に分けて検討するようなことが必要なのか、どうなのかというのを疑問に思ったというか、感想でございます。以上です。

**古井部会長** ありがとうございます。事務局よりコメントをお願いいたします。

**播磨保健政策調整担当部長** 新規透析の導入率につきましては、これが都において年代別で分けることが難しいデータとなっております。ただ先生のおっしゃることは、ごもっともだと思いますので、次期計画の指標検討にあたっては、その点も踏まえた上で、国の次期の指標等も参考にしながら、考えていきたいと思っております。ご意見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。そのほかには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** はい、領域1で多くの項目が改善していたというのは、大変心強い結果であったなということと、今、齊藤先生がご指摘をくださったことは、特に糖尿病やがんについては、加齢とともに頻度の増加する病気ですので、今後ぜひ検討をいただきたい指標

かと思えます。もしかしたら、各都道府県の年齢構成の違いと、医療状況の掛け算のような形で、結果が変わってくるのではないかと思いますので、可能な範囲で年齢別のがんや糖尿病の罹患率といったものが、将来評価できると有用ではないかと思いました。

それから、これは感想ですが、今回、領域1が改善した結果であるのに対して、ご指摘があったように、そのベースになっている生活習慣の項目が比較的悪化しているということは、恐らく遅れて領域1の項目も今後悪化につながってくる可能性があると思います。さらに、コロナ禍の身体活動量の減少とか、また、いろいろなストレスが加わると、5年後、10年後の指標の悪化につながってくる可能性があるかと思えます。すでに過去から蓄積されたデータがあると思いますので、長期間の時間軸で、領域1、2、3の悪化と改善の変動を、長周期の中で評価できると面白いのではないかと思いました。以上です。

**古井部会長** ありがとうございます。とても大事なご指摘をいただきました。事務局のほうからございますか。

**播磨保健政策調整担当部長** 先生のおっしゃるとおりだと思います。可能な限り、年齢別とか、性別とか、そういった形でデータを分析するというところ、また指標にするかどうかについては、必要なデータを継続的に得られるかどうかというところとも関係してきますので、先生方のご意見を踏まえながら今後検討していきたいと思えます。どうも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、お願いします。

**六路委員** 先ほども健康格差の話が出ておりましたが、私も協会けんぽで、中小企業を見ておりますと、このコロナ禍以降、一層健康格差が広がっているというふう実感します。健康づくりに非常に熱心で、健康企業宣言をするような事業所も、どんどん増えていまして、今全国で7万事業所ありますけれども、逆にそこまで至らないところもまだまだあって、さらに健康格差が広がるということを非常に危惧しております。その中で、やはり今もお話が出ましたように、いろいろな生活習慣の課題が見えてきていて、この後また次のプランの成果がどうなっていくのかというところが、非常に気になるころではあります。感想ですけれども、以上です。

**古井部会長** ありがとうございます。事務局、次のプランの計画期間は12年でしょうか。

**播磨保健政策調整担当部長** 国は計画期間を12年と出しているのですが、参考にするつもりです。

**古井部会長** また6年で中間評価を行うということでしょうか。

**播磨保健政策調整担当部長** そうですね。そのように考えているところです。

**古井部会長** 分かりました。六路先生のご発言のように、変化を捉えていくということは、確かに非常に重要かもしれないですね。ありがとうございます。

それでは、もしよろしかったら、自治体の委員の方からも、所感、感想などいただけますでしょうか。中谷委員様いかがでしょうか。

**中谷委員** 東久留米市の中谷です。先ほど、ご説明の中でもありましたが、コロナ禍でどうなっていくのかというところが非常に危惧される場所だなという感想を持ちました。

また、格差という部分では、やはり市で行っている市民に対しての特定健診ですとか、そういったものを多く受診していただくということも大事だと感じたところです。以上です。

**古井部会長** ありがとうございます。それでは、ほかによろしいでしょうか。

傾向も非常に分かりまして、また、継続してこれを捉えていくということが非常に重要だということ、それから、カテゴリーで捉えていくことも重要だというご意見がありました。どうもありがとうございました。

それでは、議事の(2)に入りたいと存じます。「次期計画に向けた課題・今後の方向性」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** では、議事についてご説明する前に、各部会でいただいた委員の皆様の主なご意見をご説明いたします。資料4をご覧ください。

まず、令和4年11月21日に開催した、領域3 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を所掌する第三部会でのご意見をご紹介します。

次世代の健康分野については、1番、地域の資源を生かした取組を検討していったほうが良いというご意見、2番、子供の運動習慣の改善のため、家庭において親を通して子供の運動習慣を作るような仕掛けができれば良い。そのために被用者保険は、会社を通じて周知ができるといったやり方があるというご意見、さらに、高齢者の健康も含めて、3番、職域において、従業員個人の食生活の改善、運動習慣改善はもちろん、従業員の家族の方へも、食育やスポーツの観点を広められるような形の取組ができていけばよいというご意見をいただきました。

また、社会環境整備の分野に関しては、特に多くの意見をいただきましたが、9番、次期プランを立てて、さらに10年後の先は、テクノロジーや人の考え方がどんどん変わっ

ていく状態なので、完全に見通すことは不可能だとしても、ある程度予測していくことは大事であるというご意見、また、11番、コロナ禍で大きなダメージを受けた企業も多いので、企業の従業員の健康づくり等への取組は、やはり温度差、格差が大きいというご意見、13番、テクノロジーが発達していくと、どんどん便利な方向に、そして、不健康、不活動な方向に行くことが多いので、そこをどう考えていくか、行政だけではうまく見えないところがあると思うので、民間と一緒にやっていくのが必要であるというご意見もいただきました。

さらに、次期計画における社会環境整備に関連して、14番、社会環境整備は、いろんな主体がそれぞれやるというのがすごく大事になってくるというご意見、15番、社会環境として、単純に物理的なコミュニティをつくっても、生きがい感がないと、前向きになれないというご意見、16番、戦略指針を考えるのであれば、マクロ視点と、マクロ視点の両面で考えていくということが大事であるというご意見、また、17番、地域で活動する団体数を増やせばいいというわけではなく、参加したい活動に参加できるか、やりたい活動、好きな活動ができるかというところが、次のステージでは大事になってくる。量以上に質もしっかりと評価していけるような計画をつくっていくというのも大切というご意見をいただいております。

次のページは、1月20日に開催いたしました、領域2、生活習慣の改善等を所掌する第二部会でいただいた主なご意見の一覧でございます。主に、次期計画の検討の方向性に関して、改善が見られない分野の取組や、下位の底上げを図るといった視点でどのような取組、環境整備が考えられるかといった点について、次のようなご意見をいただきました。

最終評価に関しては、1番、休養に関連する指標が数年間の間でどんどん悪化している、また、2番、10人に一人が何かしらの援助が必要な程度の心理的苦痛を感じているという結果があるので、引き続き改善に向けて取り組む必要がある。

栄養・食生活に関しては、4番、5番、果物の摂取量が少ないことに対しては、果物の摂取自体の必要性を啓発するのが大事である。

全体の方向性については、6番、改善が見られない項目について、継続的に対策するのはもちろんだが、改善が見られた項目についても、さらにやっけていかななくてはならないという点も、今後の方向性としての示し方をご検討いただきたい。

また、身体活動・運動に関しては、7番、ハイリスクな人の割合が減っていくという方向の指標をつくるという視点だと、例えば、65歳未満の1日当たりの歩数が6,000

歩未満の人の割合、高齢者の1日当たりの歩数が4,000歩未満の人の割合など、ベースラインになるデータで、下位25%未満に近いような歩数を設定し、その割合を減らすという目標の方が、ハイリスク者を減らすという本当の意味合いでの目標設定になると思うというご意見。また8番、コロナ禍の調査結果が多い中で、次期計画の指標のベースライン値をどの時点のものを用いるのかということは今後の検討課題である。

さらに、10番、身体活動・運動の方向性と取組案に関して、座位行動の重要性は評価指標がなくとも、メッセージとして方向性に示すことは意義がある。

休養の分野に関する今後の方向性について、12番、男性では就業時間が遅いため睡眠を確保できないという問題がかなりありそうなので、職域に対しての働きかけというのが非常に重要で、企業との連携を強調しても良い。

また、飲酒分野の今後の方向性に関して、13番、次期計画に向けては、より飲酒の健康影響についてもっと積極的なメッセージが必要だと思う。

飲酒、喫煙分野に関する環境整備については、17番、飲酒も喫煙も個人へのアプローチをどうしていくのかということと、環境整備とやはりその両方がとても重要な分野だと思う。

また、環境整備については、20番、東京都の場合には働く皆さんが大変多く、働く場もたくさんあるので、環境整備として、職域の取組、職域でやれることを考えていくことが必要だと思う。23番、情報発信は、相手に届かなければいけないというところで、より効果的な戦略としてどういうものがあるのかということも、次期プランに向けて少し議論をする必要がある。

以上のようなご意見をいただいております。

続きまして、ここからは、今まで各部会でいただいたご意見を踏まえ、当部会で所掌する分野に関する次期計画に向けた課題・今後の方向性を整理した内容を案としてご説明いたします。資料5をご覧ください。

まず、領域1の全体に係る課題といたしましては、各分野の指標は改善傾向にあるものの、これらの疾病の危険因子である生活習慣の改善に係る領域2で改善が見られない分野もあり、引き続き対策を継続していく必要があります。

次に、各分野に関してです。各指標について最終評価をまとめた上で、課題と方向性の案を記載しています。

まず、がんの分野です。人口10万人当たりがんによる75歳未満年齢調整死亡率は減

少傾向ですが、がんは、都民の主要死因割合第1位であり、死因の約3割を占めること。

また、都民のがん検診受診率は5がんともに増加傾向ですが、子宮頸がんでは、都のがん計画の目標値に届いていないこと。区市町村検診における精密検査受診率は50～80%台で、都のがん計画の目標値90%には届いていないこと。受診機会の多い職域におけるがん検診は、受診状況や受診者数等を把握する必要な仕組みができていないこと。以上を課題として挙げております。

これらを踏まえた方向性といたしまして、まずは、がんのリスクを下げるための生活習慣等に関する普及啓発及び生活習慣や生活環境の改善につながる環境づくり。そして、がん検診の受診率向上や質の向上に向けた関係機関支援や体制整備と、より多くの都民ががん検診受診につながるよう普及啓発の推進。さらに、国の動向を注視しながら、職域におけるがん検診の適切な実施に向けた必要な支援策の検討実施、を考えております。

次に、糖尿病・メタボの分野です。糖尿病の合併症を発症する人の割合を減らすという目標に係る二つの指標は改善、または不変ではありますが、特定健診・保健指導実施率はやや増加しているものの、都の医療費適正化計画に掲げた目標値には、いずれも届いておりません。そして、メタボ該当者・予備群は横ばい傾向で、依然として約1割程度を占めている状況でございます。

以上の課題を受けた方向性といたしまして、都民に対する生活習慣改善の工夫や、定期的な健診受診、医療機関の早期受診・治療継続の重要性の啓発、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った区市町村国保における関係機関と連携した効果的な取組への支援、特定健診・保健指導実施率の向上やデータヘルス計画に基づく保健事業に取り組む区市町村等に対する交付金の交付や先進的取組の情報提供による支援、そして、特定健診・保健指導等の受診啓発に係る区市町村や医療保険者、事業者等への支援、について検討して参ります。

また、循環器疾患の分野については、脳血管疾患、虚血性疾患による年齢調整死亡率は改善傾向ですけれども、循環器疾患はがんに次ぐ都民の主要な死因であり、全体の2割強を占めること。生活習慣改善や適切な治療による高血圧や脂質異常症等の危険因子を減らし、発症・重症化を予防することが重要です。

これらの課題を踏まえた方向性といたしまして、糖尿病と同様に、都民に対する循環器疾患の発症予防の啓発、また特定健診・保健指導等の受診啓発に係る区市町村や医療保険者、事業者等の支援等を検討して参ります。

また、COPDの分野については、COPDは喫煙が最大の発症要因で、禁煙等により発症予防が可能なため、正しい知識の普及啓発や喫煙率減少に向けた取組が必要です。

そのため、方向性については、COPDの予防、早期発見・早期治療の促進に向け、疾病の原因や症状、治療による重症化予防が可能であることなど、正しい知識の普及啓発と、禁煙を希望する都民が禁煙できるよう、区市町村等と連携し、積極的に支援していく施策の展開を検討して参ります。

次のページは、こうした課題・方向性や部会で委員の皆様方からいただきましたご意見を踏まえ、次期計画に向けた検討の方向性を大きく二つに整理いたしました。

まず一つ目は、目標との差を埋めるアウトカム指標や、取組の効果を図ることのできる指標の検討です。

死亡率の減少や合併症発症者の割合の減少などの目標に対して、その実現のために達成すべきこと等の、目標との差を埋めるアウトカム指標が必要ではないだろうか、というようなご意見をいただいたところです。

また、指標として、NDBオープンデータなどのビックデータを活用することも検討できます。例えば、循環器疾患の危険因子である高血圧、脂質異常症、糖尿病にかかる指標については、国では現行計画でも設定していて、次期計画に向けた指標案としても収縮期血圧の平均等が提示されているところです。都で把握、算出が可能かどうか、検証が必要であるところではございますが、設定に向けた検討が必要と考えております。

検討の方向性の二つ目は、都民の生活習慣改善を促す環境整備や、健康増進のための基盤整備の検討です。

現在のプランでは、第三部会で所掌する領域3の社会環境整備分野で「地域のつながりを醸成する」という目標のもと、「地域で活動している団体数」という指標・参考指標を設定しております。国では、次期計画において社会環境の質の向上を整理し、「社会とのつながりの維持・向上」「自然に健康になれる環境づくり」「誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備」の三つに分けて、項目・指標案を検討しているところでございます。

都においても次期計画に向け、健康格差を解消するために、生活習慣の改善につながる環境整備、また健康増進のための基盤整備の観点で、指標や取組を検討していく必要があると考えています。

また、都はもちろんのこと区市町村、事業者、医療保険者、企業等の都民を取り巻く多

様な主体における健康づくりの取組を促すことも必要です。

下部の表には、参考として国の次期計画の項目・指標の現時点での案を記載しています。ぜひ、委員の皆様方から、健康格差縮小のため、生活習慣改善につながる環境整備や、健康増進のための基盤整備について、都においてはこういった取組ができるのかご意見をいただきたいと考えております。その上で、本当にその取組が実現可能なのかという点については改めて検討が必要ですが、いただいたご意見を参考に、今後都として検討していきたいと考えております。

以上、長くなりましたけれども、議事（２）の「次期計画に向けた課題・今後の方向性」に関する資料のご説明になります。

委員の皆様方からご意見、ご助言をいただいた上で、次期計画の検討を進めていければと考えております。どうぞよろしくお願ひいたします。以上です。

**古井部会長** ご丁寧にありがとうございました。

今、事務局より、各部会における意見、それから次期計画に向けた課題、今後の方向性についてご説明いただきました。

少し量も多いですので、二つに分けてご意見をいただければと存じます。

まず初めに、資料５の１枚目の各分野別の課題・方向性に関して、ご意見やご質問をお願ひしたいと思います。これは、今回の主の議論になりますので、なるべく皆さんにお話しいただきたいと思います。

それでは齊藤先生から、ご発言いただけますでしょうか。

**齊藤委員** 私は、がん検診でも特に子宮頸がんなどに携わっているのですが、ちょっとピンポイントにはなりますが、自分の領域のところで思ったことを先に発言させていただければと思っております。

採用してくださるかそうでないかは、また別ですけれども、どうしても子宮頸がんというと、これからHPVワクチンのことが出てきてしまうと思うんです。これはとてもタッチーで、方向性などにどう入れ込むかというのは難しいとは思いますが、最近思うのは、そのHPVワクチン接種の目標値というよりも、その情報すら届いていない状況があるので、リテラシー向上について、HPVワクチンと書かないでも、がん検診についてのリテラシーの向上や均一化というようなことを、今の時点から少しずつ入れ込んでいただいて、国の方向性が変わってきたら、HPVワクチンなどのことも取り上げていっていただく準備をしていってもいいのかなと、長期的には思っております。

それからもう1点、健康格差という表現をしていただいておりますが、特に若年女性について思いますことは、子宮頸がん検診の対象年齢が20歳以上になっておりますが、就労状態によって情報が届かない、自分が自治体の検診を受けられるということを知らない、あるいは職場にいても職場が勝手に35歳以上とか決めているために受診しない、など、意図していない人為的な健康格差が生まれてしまっているのです、これは各論ですが、やはりリテラシーの向上を用いた健康格差の改善的なことを、がん検診の分野に入れていただくのはいかがでしょうかと思いました。長くなりましたが、以上です。

**古井部会長** ありがとうございます。齊藤先生から、今指摘いただいたことはすごく重要だと思います。齊藤先生、後段の働き盛りのがん検診についてのリテラシーのところは、個人だけではなくて、いわゆる企業、事業所に、そういった啓発をするということも含まれますでしょうか。

**齊藤委員** ありがとうございます。おっしゃるとおりだと思います。

そして、職域でがん検診を提供しなければいけないというわけではなくて、職域で提供できない場合は住民検診が受けられるということも同時に情報発信していくようなところも、自治体からの指導、あるいはサポートが必要かなとは思っております。

**古井部会長** 分かりました。ありがとうございます。事務局、何かコメントがあればお願いします。

**播磨保健政策調整担当部長** 齊藤先生、ご意見ありがとうございます。HPVワクチンについては、これは行政の縦割りで、大変恐縮ですが、感染症対策部というところが所管しているものではあります。先生がおっしゃいましたリテラシーの向上に関しては、非常に重要な視点であるというふうに、我々も考えております。いただいたご意見を踏まえまして、今後の計画策定を検討していきたいと考えております。

また、特に職域における子宮頸がん検診に関しても、先生からご意見をいただきました。職域に関しては、職域健康促進サポート事業において、東京商工会議所と連携して、中小企業の従業員の健康づくりを促進していますが、まさに先生がおっしゃった、がん検診は職域で実施しなくとも区市町村で受けられるんだというのは、非常に重要なポイントだと考えておまして、そのような啓発がより必要だとちょうど話をしていたところでございます。

計画自体にはどのように入れ込むかは別途検討させていただきますが、取組というところで、先生のご意見を頂戴いたしましたので、我々としてもぜひ、実践していきたいと考

えているところです。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。それでは、大橋先生、いかがでしょうか。

**大橋委員** 糖尿病、メタボ、それから高血圧、脂質異常症というワードが出てくる中で、最近のキーワードとしては、やはりCKD、慢性腎臓病というのが非常に重要で、糖尿病性腎症とか高血圧腎症、腎硬化症というのも、もう少し幅広く捉えるCKDという概念が、だいぶ医療現場でも浸透してきておりますので、キーワードとしてCKD、慢性腎臓病というのも含まれてくるといいのではないかと思います。領域1-2か、1-2と1-3にまたがるような項目かと思えます。

また、この次のお話になるかもしれないのですが、今後の計画に向けた設定のところでも、高血圧、脂質異常症、糖尿病に関する目標は書かれているんですけども、CKDについても、例えば腎機能、クレアチニンいくつ以上の人の割合、あるいはeGFR、60以上、60未満の人の割合といったようなことも含まれるといいなと思いました。

あとは、齊藤先生からご指摘いただいたがん検診に関することの中では、今の5がんの検診の中には含まれないんですけども、現場にいて、ひしひしと増えているという感じがあるのは、すい臓がんです。まだ、いわゆる5がんには含まれていませんが、今後注意すべき、さらに難治性で死亡率の高いがんとして、すい臓がんというのも、一つキーワードになってくるのではないかと思います。

また、これは前回の会議のとき、あるいは先ほども六路先生からご指摘があったことですが、やはり就業者の方にとっては、どういう業種か、どれぐらいの規模のところにお勤めか、あるいは、仕事をしているか、もうしていないかということも非常に大きな要素になってくると思いますので、なかなか行政、都の仕事として、どこまでその業種別にアプローチできるかというところは分からないのですが、ぜひ、ご検討いただきたいと思えました。

あと、最後に、各疾患に対して個別的にアプローチするのは非常に妥当で精密なやり方だと思うんですが、がんセンターで患者さんを診ていて思うのは、こういうのをまとめて持っている人が非常に増えてきているということです。COPDで肺がんになった人が、糖尿病もあって、血圧も高くて、心臓にはステントが入っているというような状況があるので、複数の疾患を抱えた状態、マルチモビディティというのが明らかに高齢化社会の一つの指標になってきますので、複合的な状態を持っている人の割合といったことも、今後見ていくことができるといいのではないかと思います。

すみません、長くなりました。以上です。

**古井部会長** 大橋先生、貴重なご意見をいただきありがとうございます。

先生に、私からちょっと一つご質問、逆にご意見を伺いたいのですが、先ほどの事務局からもご説明がありました。今の国の計画でも、実は疾病の罹患率とか死亡率を下げる、ちょっと手前の中間指標というのを立てたらどうかという話があります。事務局から、さっきご説明があったのは高血圧の改善の指標で、収縮期の血圧の平均値を年齢調整で取っ払いこうという話とか、あるいはLDLコレステロール160以上の方の割合というのを取っ払いこうみたいな話が、今、出ておりますが、大橋先生、この辺りは、何かご意見等ございますか。

**大橋委員** そうですね、非常に重要な指標だと思います。実現されればいいなと思って伺っていました。

**古井部会長** 分かりました。ありがとうございます。それでは、事務局より、何かコメントはございますでしょうか。

**播磨保健政策調整担当部長** 大橋先生、様々なご意見をいただきましてありがとうございます。

CKDに関しましては、国の次期計画の指標には載っていないものではありますが、先生がおっしゃられるように、非常に重要な概念だと考えています。国の計画策定の状況を見ながら、都としても検討していきたいと考えています。

すい臓がんに関しては、先生にちょっとお伺いしてもよろしいでしょうか。すい臓がんのリスク因子として糖尿病があるということですが、そういったことを普及啓発することは、かなり長くかかるとは思うんですが、すい臓がんの罹患の経過にもつながっていくと考えていいのでしょうか。

**大橋委員** そうですね、あくまで一部のすい臓がんの方は糖尿病と関連があるかもしれないということだと思います。あまり、糖尿病とすい臓がんを結びつけ過ぎると、最近、糖尿病の業界ではスティグマということが話題になっていまして、糖尿病があると、がんも増えるんだ、みたいなことが誤ったイメージで広がるのは避けるべきかなとは思っています。

ただ、糖尿病を持つ人は、がんのリスクが増えるというようなことも言われているので、糖尿病のことだけを啓発するのではなくて、糖尿病の人に、糖尿病とがんの啓発をするというようなアプローチは重要かと思います。

**播磨保健政策調整担当部長** 分かりました。どうも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、六路先生、いかがでしょうか。

**六路委員** 今、いろいろなところで職域の話が出ておりますし、特に中小企業の問題が大きいと思っております。

協会けんぽでは、生活習慣病予防健診を保険者として行っていますけれども、この中にがん検診も含まれております。

被保険者には生活習慣病予防健診を受けていただいて、がん検診も全部セットで受けていただくというのが、協会が、今、非常に力を入れて推進しているところです。検診を受けやすくしていこうということで、事業主の負担、自己負担もできるだけ減らせないかということも、検討中です。

職域としても、やはりがん検診をしっかりと進めていくという方向に、積極的に動いていますけれども、こちらにあるとおり、各保険者、あるいは事業主が主体でやっているような検診について、がん検診の実施状況が把握できていないということが、いろいろなところで問題になっております。昨日、ちょうど行われた、がん検診のあり方に関する検討会では、各医療保険者に対してアンケート調査を行って、その実施状況は把握しておりました。

それから、メタボの該当者や予備群の割合がなかなか減っていかないというのは、協会けんぽのデータでも全く同じ状況です。結局、メタボ対策は、ハイリスクアプローチだけでは足りないということが明らかになっていると思っております。やはり、事業主とともに健康づくりを進めるということが欠かせないと考えています。そのために健康宣言事業をやっておりますけれども、先ほど来、お伝えしているように、やはり無関心層、あるいはなかなかそこに乗っていけないような事業主、さらには加入者のリテラシーをいかに上げていくかというところに、これから注力をしていかないと、結局、メタボ対策だけではなかなかうまくいっていないというのが実情です。

それから、特定健診・保健指導の重要性とか受診勧奨等は、方向性として示していただいていますけれども、特定健康診査等実施計画では、今まで保健指導をやるという、プロセスが重視されていたところが、今後の第4期からはアウトカムを重視して、その成果がどこまで出たかということを重視して取り組むという方向に変わっていきます。

そういう意味では、取組の方向性の部分に、研修の実施等も書いていただいているんですが、なかなか研修を受ける機会がない、受けることができないというような健診機関の

専門職等も非常に多くおります。協会けんぽでも、健診機関の専門職に対する研修等を行っておりますけれども、行政でもしっかりとここはやっていかなくちやいけない部分だろうなと思っております。以上です。

**古井部会長** ありがとうございます。事務局、何かコメントはございますでしょうか。

**播磨保健政策調整担当部長** 六路先生、様々なご意見をいただきましてありがとうございます。ハイリスクアプローチだけでは足りない、無関心層のリテラシーを、どのように上げていくかというところで、我々も、どういった取組をすれば良いのかを日夜考えている状況でして、また、何かヒントになることなどがありましたら、ぜひ、情報等をいただければありがたく思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

**古井部会長** すごく貴重なご意見だったと思います。ありがとうございます。

それでは、中谷委員様、いかがでしょうか。

**中谷委員** 専門的なことではないのですが、ちょっと感じたことは、やはり若い頃からの意識づけ、若年層を中心とした啓発活動というのが大切なのかなど。自分の健康状態を理解してもらって、疾病に対する意識づけを行っていくということも大切なことなのではないかと感じたところでございます。以上でございます。

**古井部会長** 自治体の方から、そう言っていただけると、本当にありがたいなと思います。ありがとうございます。

では、中島委員様、お願いいたします。

**中島委員** 練馬区をはじめ、区市町村の話ですと、やはり、この中に出てくるがん検診の受診率の向上、これは、多分、どこの自治体も大きな課題かなと感じております。

例えば練馬区では、来年度につきましては受診率向上のために、受診券のチケット化というものを行います。今までは総合案内で1枚ペラの中で、各検診の条件を示して、何歳以上ですとか、昨年受けていないかどうかなどを自分で判断してもらっていたんですが、それをチケット化して、一目で、今年受けられるのはこのがん検診の項目です、というのが分かるような形でご案内するようにしています。

各区市町村で様々な工夫をしているかと思いますが、今後ともやっていかなければいかんかなというのが、やっぱり大きな課題だと認識しております。

東京都で、計画の方に盛り込んでいただけると、区市町村でも非常に取り組みやすいので、引き続き、よろしくお願いします。以上です。

**古井部会長** ありがとうございます。事務局より、ございますか。

**播磨保健政策調整担当部長** 今いただいたご意見等について、次期計画にはどのような形で盛り込めるか、あるいは取組のほうでそれを進めていくのか、今後検討させていただきたいなと思います。どうも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。庁内関係者として植竹課長様、ご参加かと思いますが、何かコメントやご感想はございますか。

**植竹保険財政担当課長** 私の部署では、国民健康保険の医療費適正化を担当しておりますが、特定健診や特定保健指導、重症化予防など、今後も取組が重要だと思っておりますので、引き続き、区市町村の皆様とも協力、連携をしながら、また、関係機関の皆様とも連携しながら取組を進めていきたいと思っております。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。それでは、前半のところですが、そのほか、皆様よろしいでしょうか。

では、私のほうから3点ほどコメントをさせていただきます。

一つ目は、これは先生方からもありましたが、がんも、糖尿病も、循環器も、COPDも全てそうだと思いますが、やはり働き盛り世代、中小企業を含めて、職域との連携ってというのがとても大事なのではないかなと思います。

先ほど、中谷委員様からもありましたが、これは自治体だけでは、どうしても手が届かない部分がありまして、事業主、それから、そこを適用事業所とされている保険者もそうですけれども、そういった社会資源との連携というのは非常に重要だなと思います。

これを、どういう指標でとっていくか、健康企業宣言をしている事業所数だけでいいかという、必ずしもそうではないので、これはなかなか難しいところですが、今、東京都で商工会議所との連携というお話もありましたし、そういった合わせ技で、着実に今取り組まれていることを続けていただきたいなと思います。

それから二つ目は、今度は、地域においてですが、例えば糖尿病の方向性のところにある、区市町村国保が関係機関と連携するということは、これはもう、糖尿病の重症化予防において本当に大事でありまして、特に、医師会、かかりつけ医との連携が、重症化予防プログラムの参加者を確保する上では、本当に生命線だというのは、我々もよく存じています。

来年度、国のほうでかかりつけ医機能を、もっと重要視しようと、法制化をしようという動きもありますので、糖尿病だけではないんですが、重症化予防のところ特に医師会と区市町村との連携が、もっと円滑になるような支援、あるいは、そういったことを評価

していくことを、何か計画に入れられないかなと思った次第です。

親会のほうには医師会の先生もいらっしゃるので、ぜひ、この辺りは、ご提案したいと感じております。

それから最後、三つ目ですが、先ほど、六路先生から非常に貴重なご意見があって、特定健診制度第4期、再来年から改正されるものが、今までは何ポイントやればよいという実施率ばかりでしたが、アウトカム評価が重視をされるようになります。特定保健指導を受けた方が、メタボ改善だけではなくて体重の減少や生活習慣の改善があったかというのを大きく評価することになります。

したがって、糖尿病や循環器の分野もそうですし、第二部会、領域2の生活習慣にも関わりますけれども、特定健診・保健指導によって実現するアウトカム指標を入れていくということも、自治体国保では、データヘルス計画とも連動ができますので、大きな転換期としてはあり得るのではないかなと思った次第です。以上でございます。

事務局、前半を通して何かございますでしょうか。

**播磨保健政策調整担当部長** 委員の皆様方から様々なご意見をいただきまして、ありがとうございます。

古井先生からも、職域との連携、また地域での連携、また、特定健診に関することについてコメントをいただきましてありがとうございます。

我々といたしましても、いただいたご意見を踏まえて、今後の次期計画の策定を検討していきたいというふうに考えております。

**古井部会長** ありがとうございます。

それでは、次に、資料5の後半ですね。次期計画に向けた検討の方向性について、また、こちらについてもご意見をいただければと思います。

自然に健康になれる環境づくりですとか、今までにないようなすごく重要な視点も含まれていると思います。これは生活習慣に結びつくものもありますので、資料4のとおり、第二部会でもご意見があったわけですが、ぜひ、その一次予防の観点を含めて、第一部会でもご意見をいただきたいと事務局から伺っています。

それから、基盤整備の視点、これは国のほうでも今回、健康づくりは、やはり個人だけではできないので、地域、職域、それから家庭も含めて、あらゆる生活動線の中で、東京都として、何が取り組めるのかとか、環境整備を含めてご意見をいただきたいというところでございます。

それでは、いかがでしょうか。中島委員様、感想でも構いませんし、何かご意見はございますでしょうか。

**中島委員** 練馬区の中島です。次期の計画に向けて、先ほども話に出ていましたけれども、やはりアウトカム指標というのが非常に重要になってくるのかなと思います。

これから、各自治体のほうでも、それぞれの健康増進計画をつくりますが、こういったことを意識しながら目標値を設定するということが重要になってくると思います。ここに対して、各自治体では頭を使うんだなということ、少し大変かなというのを感想として思いました。

**古井部会長** そこに本当に頭を使うということ、まさに、そのとおりだと思います。ありがとうございます。事務局から何かありますか。

**播磨保健政策調整担当部長** がんの次期計画ですとアウトプット、アウトカムという両方の考え方で計画の進捗状況を図っていくということも聞いておりますので、そういったところ踏まえながら、次期計画を検討していきたいというふうに考えております。

**古井部会長** ありがとうございます。資料5の2枚目を今映していただいておりますが、ちょうど国の会議がありましたので、私から補足させていただきます。

まず、左側の欄ですが、この一番上の食環境づくりのための戦略的イニシアチブへの参画数、ここは都道府県というのが評価指標案として最終的に示されました。47都道府県が全てここ参画をしてくださいというようなことでした。

それから2段目の歩きやすいまちづくりに取り組む自治体数のところは、全国で100市町村以上が、第三次の計画期間で取り組んでいただきたいということです。

また、3段目の受動喫煙の機会を有する者の割合というのは、これは今のところ0%を目指そうということになっております。

それから右側の、今度は誰もがアクセスできる基盤整備というところで、スマート・ライフ・プロジェクトへの参画数、ここは、まだ調整中とのことで、これは、単純にスマート・ライフ・プロジェクトに参加したからいいというわけではなくて、その後の継続性とかアウトカムも必要なのではないかと意見を申し上げています。

それから、2番目の健康経営の推進に関する目標の事業所数は、令和7年度で10万社というような目標が、最終案として示されています。

それから、3番目の特定給食施設の数、これは施設の割合として75%、また、メンタルヘルス対策に取り組む事業場と心のサポーターの数は、国の計画では立てつけ上、違

う節に移行しましたがけれども、基本的には、心のサポーターの数は令和15年度で100万人という数が挙げられていました。

それから、今日、新たに加わったのが、産業保健のサービスを提供する事業者の数を目標値にしてはどうかということです。先ほどから職域の重要性というのはやはりいろいろな先生がご指摘をされていますが、今、産業保健のあり方検討会というのが別途、厚生労働省労働基準局で進んでいます。その中で、従業員50人未満の企業も含めて中小企業は必ずしも産業医の先生が雇えないということで、むしろ外部のいろいろな社会資源、例えば、協会けんぽや、産保センター等が、中小企業を支援できるのではないかとということです。

以上、補足情報でご報告をいたしました。ありがとうございます。

それでは、続きまして、中谷委員様、いかがでしょうか。

**中谷委員** 中谷です。練馬区さんと同じで、当市も令和5年度データヘルス計画の改定の時期となっております。今後、ここでお話を伺ったものを参考に策定をしていくということを実感しているところでございます。感想でございますが、以上でございます。

**古井部会長** ありがとうございます。東久留米市さんには、私もよくお世話になっておりますが、中谷課長様、やはり健康増進計画で評価指標が設定されると、データヘルス計画的にも、評価指標が見やすくなりますでしょうか。

**中谷委員** そのように感じ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。国の検討会の中でも、できれば健康増進計画の評価指標と、データヘルス計画の評価指標を、ある程度連携というか、同じ項目を幾つか取ってもいいんじゃないか、という議論になっておりました。事務局から、何かございますか。

**播磨保健政策調整担当部長** 古井先生、情報を教えていただきましてありがとうございます。また、データヘルス計画と、健康増進計画、両者の連動というところで、非常にターゲットも似通っておりますし、同じ方向を目指しているというところもありますので、東京都といたしましても何か共通な指標ができると良い思っているところではあるんですけども、まだ、そちらは検討中でございます。

**古井部会長** ありがとうございます。それでは、続きまして、六路先生、いかがでしょうか。

**六路委員** 今、お話を伺いながら、結局、具体的な項目や指標が各区市町村あるいは医

療保険者が取り組む具体策につながっていくということを改めて認識したところです。そういう意味では、今、国の動向なども伺いましたけれども、各医療保険者がデータヘルス計画をつくっておりますが、協会けんぽとしても、こういうことを考えながら一緒になって職域を元気にしていくということを、新しい計画の策定に当たり、保険者に向けて、相当大きくアピールをしていかなくてはいけないと改めて感じました。

今までは、協会けんぽのデータヘルス計画は、都道府県の計画を少し見据えながらも、協会けんぽの部分だけしか見えていないというのが正直なところだったと思います。しかし職域も地域と一緒に健康づくりを進める、特に、リテラシーを高めるとか無関心層への働きかけを積極的にする、そして健康格差をなくしていくためには、地域と一緒にやらないと実現しないことですから、保険者のデータヘルス計画の中に、東京都健康推進プラン21の計画が取り込まれるような仕組みにしっかりと位置づけていくということが大切だなと思いながら聞いていました。

**古井部会長** ありがとうございます。本当に、おっしゃるとおりだなと思います。今、協会けんぽの東京支部さんのデータヘルス会議に参加をさせていただいていますが、協会けんぽさんでは、東京都さんの今回の計画でどういう評価指標を設定されるかというのは、まさに参考にされようとしていまして、非常にいい方向性だなと思っております。

一方で、協会けんぽさんは本当に事業所数がたくさんなので、どういうふうに捉えるかというのは、もちろんご苦労はあると思いますが、関係者が東京都さんの計画を共有していくというのはすばらしいことではないかなと思います。事務局より、何かございますでしょうか。

**播磨保健政策調整担当部長** 東京都の計画が、保険者、事業所の方々に向けても非常にインパクトの大きいものだというのを改めて感じた次第です。保険者の皆様方との連携につきましては、東京都では保険者協議会等で情報共有等を図っているところではございますけれども、より連携を強化するためにどういったことができるのかというようなことについても、次期計画に向けて考えていけたら良いと思いました。

**古井部会長** ありがとうございます。それでは、大橋先生、お願いいたします。

**大橋委員** お話をお聞きしていて、やはり病院の中にいると、どうしても目の前の患者さんのことばかり見ているんですが、背景にある地域、そして、その人がお仕事をされている職域における共同作業が重要なんだということを改めて感じたところです。

そんな中で、僕自身としては、かかりつけ医ともちょっと違うかと思うんですが、病院

という立場で何か役割を果たせるのかなということを考えていました。

あと、アウトカム指標の重要性は、本当にそのとおりだと思います。やはり国、それから健保等を通じて共通のアウトカム指標、同じ土俵で勝負をしていくということが、うまく進む形になるのではないかと思います。

前回の会議の時も、ちょっと申し上げたかもしれませんが、やはりアウトカム指標には時間軸というものがあって、最初の段階、取組でアプローチするのは、齊藤先生も最初からおっしゃっているリテラシーの部分、知識が増える、無関心の人に響くかどうかというようなところが始まりで、そこから、しばらく経つと行動変容が起こって、さらに行動変容が維持されることでデータが変わる。それが今度、年単位で維持されることで合併症の心筋梗塞、循環器疾患や透析導入ということが減ってくるわけなので、ある意味、無理のないアウトカム指標を設定していただくということが現場のモチベーションの維持のためにも大事ではないかなと思うので、最初の段階の短期のアウトカム指標ということについて、十分検討できるといいのではないかなと思います。

具体的に、こういうアイデアがあるというわけではないんですが、どうしても、今まで今回ご紹介いただいたような指標は、かなり長期的で、かつ治療薬の進歩とかということともかなりリンクしていて、必ずしも行政のアプローチだけで健康寿命が延びているわけではないので、もう少し身近な指標を増やしていけるといいのではないかなと思いました。

以上です。

**古井部会長** ありがとうございます。事務局より、何かコメントはございますか。

**播磨保健政策調整担当部長** 大変貴重なご意見、ありがとうございます。リテラシーの変化、行動変容、データの変化、最終的に合併症が減るといような、そういう時間軸があるということ、我々も改めて認識したところです。リテラシーに関して、どのような指標設定ができるのかどうか、事務局の中でも検討してみたいと思います。

**古井部会長** ありがとうございました。それでは、齊藤先生、いかがでしょうか。

**齊藤委員** アウトカム指標の設定が大事だというのは、そのとおりだと思います。それから、自治体だけではなくて職域との連携が大事というのも、全くそのとおりだなと思います。ただ、私がつまずいたのは、自然に健康になれる環境づくり目標案とか、その辺りの具体的なことに対して、職域は何をやったらいいのか、自治体にはどういうことをやっていただきたいというような具体性が、現時点では、全く思いつかずにあります。

一つ思ったことは、どの部署が誰をターゲットにするかということ、線引きをきちん

とした方が良いということではないですが、こぼれ落ちるグループがないようにチェックをしていただけたらと思いました。私の意見ではありますが、よくこぼれ落ちるのが女性です。職域は、どうしても男性中心になってしまって、「女性の健康的なものは、地域がやるんでしょう」となって、地域は「職域でやってください」みたいになってしまうことがあります。同じことを双方からやるのであれば、どちらがどの部分のポピュレーションをカバーしているかということの確認をしていただけたらいいのかなと思っております。半ば感想ですが、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。事務局より、ございますでしょうか。

**播磨保健政策調整担当部長** どうもありがとうございます。女性について、国では次期計画のライフコースというところで女性という項目立てをするように伺っております。都においてもそういった構成にするかどうかは庁内で今後検討して参りますが、国のほうでも、誰もがこぼれ落ちることのないようにということを、次期計画の目標に掲げているところではありますので、どういったターゲットに、どういったアプローチができて、というところを、取り残さないように、我々も考えながら計画を策定していきたいと思しました。

**古井部会長** ありがとうございました。

今、まさに齊藤先生からお話があった件で、ちょっと情報を補足させていただきますと、ライフコースとして、女性について国が設定しようとしている評価指標として、女性のやせと骨粗鬆症、検診受診率、飲酒、妊娠中の喫煙が指標として挙がっております。

それで、資料5、2ページ目の下段の左右ですが、やっぱり国全体の計画ですので、齊藤先生がおっしゃっていた、ちょっとターゲットが明確でない部分もあったりしています。むしろ、国としては都道府県単位で、まさに地域に応じた社会環境や基盤整備の指標をつくってくださいという、都道府県に任せるような感じですので、これをそのまま持ってこなくても良いという気がしております。貴重なご意見、ありがとうございます。

私からも最後、コメントですが、国の第3次の健康増進計画の案を拝見していても、先ほどからある、個人の取組ということは、もちろん今までも、これからもそうなんです、さらに、社会資源の参加というところにすごく重きが置かれています。

これは、今、お話があった、誰一人取り残さないという意味で、自治体だけではなく、保険者だけでもなく、医療だけでもなくという、いろいろな社会資源が国民の健康づくりに参画をしてもらおうということがあって、とても良いことだと思います。

ただ、健康経営など、いろいろ見ていきますと、1年、2年はいいのですけれども、やっぱり3年、4年、5年と継続することが難しい。これは、自治体は、業務の中で継続されているわけですが、例えばコンビニエンスストアとか、それ以外の健康づくりが本業ではないところが、こういう都民の健康増進、行政の計画に継続して協力をしてくれるということがすごく重要なと感じています。

そのためには、例えばですが、国の次期計画にあるスマート・ライフ・プロジェクトに参画した企業や団体というのはすごく大事なんですけど、1年で終わってしまうこともあるのです。ですので、例えば、毎年やったことをちゃんと評価して、ノウハウを抽出して、それを都内で共有するとか。そういうことをやっていくことで、「来年は、こうしよう」、「来年は、じゃあ、商工会議所とやろう」、「協会けんぽとやろう」と、そういったことに発展していくと思います。

健康増進計画での評価指標というのは、その時点で測って100だからいいとか200だからいいというよりは、毎年のPDCAサイクルが回るよう、インセンティブがあるような仕掛けのようなことができればいいと感じております。

社会環境とか基盤整備について、じゃあ、どういうことが東京都として旗を振れるかというのは本当に難しいところです。ただ、今日、私はちょっと見られなかったのですが、東京都の取組がテレビ放映されたと伺っていて、いろいろなウォーキングコースについて、東京都がHPを作って、それを各自治体さんと一緒に推奨しているというのも、すばらしい基盤整備の一環なので、東京都として都市型の、特に地域と職場が連携をしていくような基盤整備ができないかなというのは感じているところです。感想も含めてなのですが、以上でございます。

一番難しいところですが、ほかにご意見はございますでしょうか。言い足りなかったこととか感想も含めて、ございますか。齊藤先生、お願いいたします。

**齊藤委員** 資料5の2ページ目の下部の表の健康経営の推進という目標について、「経産省と調整中」というふうに書いてありますが、この辺り、古井先生、情報を持っていらしたら教えていただけたらと思ひまして。というのは、自分のところの話ばかりで申し訳ないですが、経産省が「フェムテック」を進めているところでして、具体的にはどんなことを考えているか。本論とは外れてしまいますが、情報があったら教えてください。

**古井部会長** ありがとうございます。

経産省としては、問題は中小企業に対して、なかなか手が届かないということで、先ほ

ど申し上げた健康企業宣言をしている企業が10万社という目標が、ここに入ると思いません。

ただ、大きな課題になっているのが、まさに健康経営の中身ですね。具体的に何を企業として、進めていくか。女性の健康や、社員のモチベーション向上も含めて。

健康が、もちろん最終目的ではなくて、健康をベースに、どれだけいい仕事をして企業が成長していくかという視点なんです。企業の特性に応じて何をやるかというのがなかなか決まっていない状況です。とりあえずは最低限、健康診断は受けてもらおうということはあるのですが。

齊藤先生がおっしゃったように、女性の職場に対して、どういう課題があって、どんなことをやるかというのは、まさにこれからです。

逆に、国の評価指標としては、多分、健康企業宣言10万社という内容で決まってしまうんですが、都道府県の健康増進計画では、例えば女性の健康に対してとか、カテゴリーをして検討するのは、すごく良いのではないかと感じております。

事務局から何か全体を通じて、ございますか。

あるいは、何か事務局で、このページの下段、環境整備とか基盤整備で悩まれていること、委員の皆様最後に伺いたいことが何かございますか。

**播磨保健政策調整担当部長** そうですね。特に、古井先生がおっしゃったスマート・ライフ・プロジェクトへの参画数であるとか、あるいは健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブへの参画数の増加等に関しては、東京都としては、指標としたり、推進していくのがなかなか難しいと置いていたところです。

今回委員の皆様御意見を伺いたかったのが、環境整備に関して、どういったアプローチができるのかどうかということでしたが、職域との連携というのが非常に重要だというふうなお話を幾つもいただきましたので、そういった観点で少し考えを進めていけたらなと思っております。以上です。

**古井部会長** ありがとうございます。

それでは、お時間もありますので、次の議題3に移りたいと思います。来年度の検討スケジュールについて、ご説明をお願いいたします。

**播磨保健政策調整担当部長** それでは、資料6をご覧ください。東京都健康推進プラン21最終評価及び次期計画の検討スケジュールでございますけれども、こちらは前回お示しした内容から変更はございません。

本年度は1月から2月に2回目の各部会を開催いたしまして、最終評価を行った上で、次期計画に向けた検討にも入っています。

来年度も、部会は各2回開催予定でございます。第1回目は、こちらに示しましたとおり、4月から6月に開催いたしまして最終評価の検討をするとともに、次期計画骨子案をお示ししたいと思っております。また、第2回目は8月から12月に開催いたしまして、次期計画の素案の検討を予定しております。

全体的なスケジュールといたしましては、各会議でのご意見を踏まえ、令和5年内に計画の素案を固めて、令和6年1月にパブリックコメントを実施した後に、3月に策定、公表することを考えております。以上でございます。

**古井部会長** ありがとうございます。何か、皆様からご質問などございますか。よろしいでしょうか。

それでは、こちらで本日の議題は終了なのですが、何か全体に対して先生方からご意見などございますか。言い足りなかったこと、あるいは言い忘れたこと、ございますでしょうか。それでは、最後に事務局から、何か補足などを含めて、よろしく願いいたします。

**播磨保健政策調整担当部長** 本日は、多くの貴重なご意見をいただきまして、誠にありがとうございます。委員の皆様方からのご意見等を踏まえまして、プランの次期計画の検討を進めてまいりたいと存じます。

今年度の本部会につきましては今回で最後になりますけれども、来年度も引き続きご出席のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。

本日の議題につきまし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ご意見照会シートをお使いいただき、メールにて2月6日、月曜日までにご送付をお願いいたします。

**古井部会長** ありがとうございます。

では、本日は、長時間にわたってご意見をいただきまして、ありがとうございます。これをもちまして令和4年度第2回評価・策定第一部会を閉会といたします。どうもありがとうございました。

(午後8時27分 閉会)