

平成29年度 第3回健康福祉審議会 健康分科会 議事録

日 時 平成29年12月25日 13時45分～
場 所 かが交流プラザさくら201会議室
出席者 別紙のとおり

1. 開会

2. 挨拶 高川健康福祉部長

3. 議題

【1. かがし健康応援プラン21（第2次）中間評価及び計画（案）概要について】

質疑応答

<大中委員>

P5 第1章の「(2)要支援・要介護認定者数の推移」なのですが、表を見ると増えているという事はわかるのですが、高齢者の人数も増えているので、その中での割合としてはどうなのか。例えば平成23年度はこの数字、そして平成28年度は数字としては増えているが割合的にはこうですとか、読み取りや推測されるものがあればお伺いしたいです。

<事務局>

確かに大中委員がおっしゃるように平成23年度と平成28年度で見ますと要支援・要介護者数は数的には増えております。65歳以上の高齢者数全体に占める割合としましては、23年度は17.7%、28年度に関しては16.4%ということで、割合が減っている要因は、おっしゃる通り、高齢者数の増加によるものです。全体としては認定を受けてらっしゃる方がどうしても増えるという状況にあります。また一つ、平成28年度より介護の仕組みが一部変更になりまして、日常生活支援総合事業という新しい制度が導入されております。それによりグラフの一番下の値になる「要支援1」の方が、27年度と28年度を見比べていただきますと、半数近く減少していると思います。この軽度の認定者が一部市町村事業に移行して、給付の事業から少し外れた為、全体の数も27年度から比べると減っているという状況も踏まえまして、若干、率が下がっているということになります。全体としてはさほど増えているという状況にはなっていないと思います。

<小橋会長>

気になるところがありまして、平成23年度より28年度の65歳以上の高齢者といっておりますけれども、後期高齢者の割合というのはどのくらいその中を占めているのでしょうか。いわゆる団塊の世代が高齢者に入ってきたことで、団塊の世代の割合が多くなってきて、むしろ後期高齢者の割合が減ってきているということはないのでしょうか。もしそうだとすれば高齢者65歳から75歳まで、75歳以上の要介護者が増えてきているというのが多いというのは、普通に考えられることなので、65歳以上を大きく高齢者ととらえても、内容がどうなのかということをきちんと評価しないと「減った」「増えた」を言えないのではないかと思います。

<事務局>

詳細な 75 歳以上の後期高齢者数のデータを、今、持参していませんので、資料の P17 をご覧いただけますでしょうか。P17 の上段の地域包括ケアシステムの図の左下の方に「後期高齢者の人口のピーク」を四角で囲みまして掲載させていただいております。75 歳以上の後期高齢者のピークが国は平成 67 年とされているのに対して、加賀市は平成 38 年、2025 年頃ということで全国的にみてもピークが早いですが、まだピークまで達していない状況ではあります。ただ 65 歳以上の方のピークが平成 32 年ということで推定されておりますので、かなり、国の人口状態より早く高齢者社会を迎えていくという状況です。

<小橋会長>

それは絶対数のピークという事ですよ。要介護云々という事を書かれる時には、高齢者に占める後期高齢者の割合がどれだけかということがかなり重要です。それを一緒くたにして表を書いて「要介護が増えている」とかはちょっとどうかと感ずます。もうひとつは要介護認定で認定の基準が一応あるのですけれども、認定する基準が厳しくなっている。以前はかなり甘かったのですけれども、段々、介護保険の財政が厳しくなってきた認定そのものが厳しくなっているために、要介護認定者が減っているということが要因に入るかなと気になっているのですが、どうでしょう。

<事務局>

平成 12 年にスタートいたしまして、認定制度自体は、昨年、総合事業が開始されましたので少し変わったのかなと思いますけれども、それぞれの介護の認定の基準については基本的には変わっていないと思っております。ただ、先ほど課長も申しましたが要支援者に対する認定の方法が変わったということで、今まで要支援 1 の方が結果的には日常生活支援総合事業に移る対象者になったということが言えると思います。要支援者に対する認定内容は若干変わっております。要介護者に関する判定法は変わっていないと感じます。

<大中委員>

P6 の「(5)その他の項目について」ですが、そこから推測される要因を知りたいです。例えば「①平成 23 年度から出生数が減少している」など⑧まで項目があるけれども、それは数字だけを見れば「減っている」「増えている」というのはわかるので、その要因としてどういったことが推測されるのかということが書いてあるとわかりやすいと思います。

<事務局>

恐らく、出生については人口が減っていることもあり、出生できる年齢の女性が減ってきていることが一つの要因であると思っております。そういったこともまた調べていきまして、本編の方では少し要因となるようなところもまた掲載し示していきたいと思っております。

<小橋会長>

ひとつの要因として話が出たのですけれども、色々複合的な要因もあると思うので、本編で十分考察していただきたいと思っております。

<川村委員>

P5 の「特定健診の受診率」ですけれども、町内で指導やお願いをしてもなかなか受診してもらえない。受診率が低いということがあるので、成功している町内の事例があれば教えていただけたら、他の町内でも取り組みしやすいのではないかと思います。取っ掛かりはここだと思うのです。ここが我々区長会にとってできることが正直

ここくらいしかない。ここを底上げしていけば、少しは受診率が上がるのではないか。そうすれば早期発見が出来るような気がする。成功しているところはいったい何をして成功しているかというヒントがあればもうちょっと取り組みもしやすい。今、保健推進員の方々が一生懸命町内を回っていただいているけれども、町内の人がその気にならなければなかなか受けていただけない。恐らくどこの町内も一緒だと思うのです。この取り組みが一番大事だと思うのです。やはりポイントが上がった下がったというだけでは物足りないと思っています。

<横山委員>

地域によって違うと思いますが、50代前後の人の糖尿病患者がたくさんおります。食生活の関係でなるものかどうかを院長先生にお聞きしたい。

<小橋会長>

専門外になるのですが、カロリーオーバーや飲酒などが大きな要因となるかと思います。糖尿病でやっかいなのは症状がでないこと。症状が出るのは合併症が出てからとなるが、かなり進んでいる。症状が出ない人というのは病気という認識を持たない。患者さんを見ていてよくあるのは「糖尿病あるの?」と聞くと「糖尿病の気があると言われて、薬だけ飲んでいる」と言う方がいるが、それは立派な糖尿病であって、病気を自覚されていない。ですからなかなか改善しない。そのうち「コントロールが悪いよ」と言われていても自覚症状が出てこないのです。そのまま行き、合併症が出てきてから慌てても手遅れということになる。こういった例が市でもあがっております。糖尿病から透析、これは腎臓の血管が悪くなるのですけれども、そこまで進んでしまうと間に合わないので重症化を避ける。透析を始めると1人500万円というお金がかかるようになる。そういったことも保険財政を圧迫させていきます。本人にとってもつらいことです。病気で「痛い」とか「痒い」とかそういった時は病院に行くのですけれども、自覚症状の出ない病気を自覚していくというのはなかなか難しい。やはり自己抑制しないといけない。「飲みたい」「食べたい」というのは人間の欲ですので、それを抑えていくための動機づけというのはかなり難しいと思います。確かにこういった健診は、行かない人は行かないのでなかなか難しいと思います。「自分の健康に対する過信」というのは必ずある。病気になってからでないと病気に興味を持たない。病気になる前に「どういった病気があるのか」「病気になるとどういうことになるのか」。生活習慣病と呼ばれるものもそうなのですけれども、「病気になる前に病気に興味を持たせる」。とても難しいのですけれども、そこをやらない限り、なかなか受診率は上がってこないだろうし、病気そのものの予防につながっていかない。いい方策があれば私も教えてほしいと思います。市としてはなにか考えがありますか。

<事務局>

今までの成功事例というか、受診率が高いところだと、保健推進員さんの呼びかけだとか、区長会・まちづくりの方が積極的になって呼びかけをしてくださっている地域は受診率が高いという傾向があります。また伸び率も今後見て行き成功事例など紹介していきたいと思っております。

<大中委員>

受診率の向上についてですが、サラリーマンは団塊の世代が徐々に退職され、臨時雇用の方などは65歳まで会社で健康診断を受けていますけれども、会社で受けていた健康診断の代わりに市から「受けてください」と案内がくる。受診自体が習慣化されており、受診率が上がってきているのではないかと思う。前回、「受診者の年齢構成というものはどういった違いがあるのですか」と聞いたところ、「その辺りは資料にない」ということだったので、今伸びている中で、雇用が増えていくと一部高止まりになる可能性があるのではないかと思うので

すが。

<事務局>

今のご質問は後ほどデータヘルス計画の説明をさせていただく時に、年代別の受診率についてということで答えさせていただきます。

<後出委員>

メタボリックシンドロームがD評価となっています。市でもラジオ体操や様々な運動の推進、タニタもやっております。タニタは19歳以上で運動をしていない人が対象とあるが、「少しでも運動していたらダメなのか」という声を聞きました。参加している260名というのは多いのか少ないのか、もっともっと市民が利用できないのか。やっている人に聞いたら「とてもいい」という話を聞いたので、タニタを受ける権利の幅を広げられないものか。例えば「週1回運動しているぐらいでは運動しているうちに入らない」という人もいるということで、対象にできないものかと。あと一つ、P16の計画の基本的な考え方で、健康づくりを市や地域・職場など社会全体で取り組むということが書かれておりますが、私としましては、市は一生懸命やっているとします。ただ、企業努力が足りないのではないかと。市から会社に働きかけ、もっと企業のトップが会社の従業員の健康に対して理解を深めて欲しい。健康になれば生産率も上がるし、医療費も減ると思う。少し調べてみましても経済産業省あたりもそういったことを企業に対して奨励しているし、企業は職員の健康を守るべきという裁判例もあるわけです。もっと企業に啓発するとか企業努力を促すとか、そういった面もひとつやっついていかないといけないと思います。地域や町、市ばかりがやっついていてもなかなかうまくいかないのではないかとこの気がします。会社への啓発という点について、市はどのような取り組みをされていますか。

<事務局>

まずタニタの健幸くらぶの対象条件に関しましては、今おっしゃられた通り週1回の運動習慣のない方ということで募集させていただいております。条件をそうさせていただいた理由としまして、まず週1回の運動習慣を確立する住民を増やしていくという底上げを目的に、今回タニタの健幸くらぶ事業を導入したと考えております。すでに生活改善に意識が高く、自ら運動習慣を増やす取り組みを行っている方、そういった自主的な住民を目指す意味でタニタをきっかけづくりとして運動習慣を増やしていただくことに重きをおいた形をとらせていただいております。こちらの想定としましては、目標値300人という数字を今年度掲げまして募集しましたが、現在260人という状況です。まだ年度は終わっておりませんが、到達していない状況で数が多いのか少ないのかというところはまだ具体的にお答えできるものではありませんが、できましたら来年度もこの数字を増やして募集を計っていきたく思っております。もう一つの企業へのアプローチは体系図でも示した通り、健康を支えるための社会環境の整備というところがこれまでの加賀市の健康政策として少し弱いところとなっているのが見えてきました。今回、社会基盤整備と他分野からの啓発で、企業にも働きかけをしていきたく思っております。具体的に言いますと、商工会議所や各種団体、女性連絡協議会のお力もいただきながら、企業へのアプローチを考えております。既に本年度に関しましては、健幸ポイント事業ということで、健康づくりを行った日には1日1ポイントの自己申告ポイントや健診を受けていただいたら5ポイントというポイント制度を導入しております。それに関しましてはすでに加賀・山中の商工会・スタンプ会等に働きかけを行いながら協賛店や景品の協力をいただけないかとアプローチさせていただいております。来年度に関しましてはその部分は強化していきたく思っております。

<車谷委員>

P16の基本方針の概念図を変えましたというところなのですが、今回「健康づくりを進める生活習慣の改善」ということで5項目を抽出いただいてちょっとじっくりした気がします。それともう一点は「市民の主体的な取り組み」という項目が今回なくなっているのですが、確かに企業や大学、ボランティアなど他分野からの整備や周到というのも大事なのですが、一番肝心の市民の主体的な取り組み、例えば従来の町内会ですとかセミナーなどそういった地域のコミュニケーションツールがこころの健康の面でも大きな影響を及ぼすのではないかと思います。

<事務局>

旧の概念図では黄色の枠で「市民の主体的な取り組み」と下の方に書いてあるのが、確かに新しいものに表現されていないので概念図にその表現が入るように検討させていただきたい。今言われたことは地域のつながりや地域同士のコミュニケーションということになります。そこはP18の体系図をご覧くださいと、体系図の一番下に表現をさせていただいております。ここでは「地域のつながり」「主体的な健康づくり」という形で、市民はもちろんのこと、企業や大学も合わせてということを具体的に四角で囲ませていただいておりますが、改めて概念図の中で掲載できるように検討をしていきたいと考えております。

【2. 第3期特定健康診査等実施計画（案）及び第2期データヘルス計画（案）について】

<小橋会長>

脳血管障害について致死率を減らすということなのですが、脳血管障害の場合は命が助かって麻痺が残ったり、状態が非常に悪くなったりしてしまう。ご本人の負担はもちろん、介護にしても社会的な負担もあり、致死率も医療の内容によってもかわってくるという面がある。本来は発症率で見るのが一番良い気がするのですが、そういうのはデータ化するのはなかなか難しいですか。

<荒木委員>

発症率というのはちょっと難しいのですけれども、脳血管疾患で医療にかかった医療費というのは資料の中に入れていただいていると思います。虚血性心疾患であったり脳血管疾患であったり、あるいは人工透析の医療費がどう増えてきているのか、減ってきているのかという評価があり、結局死亡率が減ってきているという形の計画になっていると思うのでそのあたりの評価をちゃんとしていけばいい。あと2号被保険者である40歳から65歳の介護認定4から5の重症の人というのは、先生がおっしゃる通り、脳卒中の後遺症の方が多いので、加賀市としては評価をしていくうえで2号被保険者の認定率の低さの評価をされていくとどうかなと思う。また、全体では7割達成したという高評価なので加賀市の皆さんは頑張っていらっしゃると思う。

<小橋会長>

間接的なデータになってしまうのですよね。例えば脳梗塞になり発症した時点は命が助かったとして、そのあと亡くなったとする。死亡としては脳卒中での死亡診断にはならないので、非常に間接的なデータとなる。最終的には脳梗塞を発症しないのが一番いい。予防という観点から見たら、「発症が抑えられているかどうか」が上手く予防出来ているのを見る一番いい指標になると思ったので、そこを読めるようなものがデータとして考えられるといいかなと思ったのです。現在では難しいという事ですかね。確かに病名でできてきてもそれが初発かどうかかわからないですよね。

<荒木委員>

個々データベースで脳血管疾患が新規で何人でしたというのは出るようになっていきます。ただ再発の人だとか色々細かいことを考えるとなかなか難しいです。医療費で見て行った方がいいのではないかと思います。

【3. 自殺総合対策要綱（概要）について】

<川村委員>

P2の第4の10番目に「民間団体との連携を強化する」とありますが、具体的にはどんな団体ですか。またどういう風に連携をしていくのか考えを教えてください。

<事務局>

民間団体との連携強化というのは民間団体の人材育成であったり、地域における民間団体の相談事業に対する支援等を行ったりしていく形です。庁外の連絡会で相談支援体制等を連携して考えていきたいと思っております。具体的にはまたご意見をもとに検討していきたいと思っております。

<小橋会長>

特定の団体ということではないのですよね。

<事務局>

特定団体ではないです。

<川村委員>

町内会とか、〇〇協議会とかそういうところなのですかね。

<事務局>

そういう所も含め、民生委員さんや事業所などです。

<小橋会長>

例えばNPO法人とかそういうものを指しているわけではないのですよね。市内にある団体ということですか。

<事務局>

保健・医療・福祉・教育・労働・法律その他関連する分野でと書かれておりますので、そういった関係のところと一緒に連携したり人材育成したりを今から検討していく形となります。

<川村委員>

人材育成はなかなか難しいと思うのです。市も一緒に勉強していくということになるのですかね。それならわかるのですが。民間団体はもしかしたらしっかり勉強しているかもしれませんので、そういったことをふまえ、実際どういった団体を考えているのか具体的に知りたいと思ったのです。ありがとうございます。

<山下委員>

この自殺対策大綱というのは多分健康課だけではなく全体のものだと思うのですが、この健康分科会での役割は

どういったものですか。これに対してどんな意見が出るかというだけの話なのでしょうか。大きな大綱のもとには市の部課を超えたもの、例えば協議会みたいなものが何かあるのかを教えてください。

<事務局>

資料にあります。社会的レベルとは、各分野ごとに様々な計画を国や市が策定されているような状況です。「心の健康づくり」で対人支援レベルの様々な相談を受けているということで、健康課が自殺対策計画の事務局的な所になり今回ご紹介をさせていただきました。市の委員さんに意見聴取させていただくのがこの健康分科会ということです。庁内連絡会は先日終わりましたが、3月ごろに庁外連絡会も開催させていただく予定です。その際には警察・消防・あと各種団体や精神科の医療機関も含め、ご参画いただくかたちで協議を進めていきたいと思っています。庁内はもちろん教育委員会や男女共同参加や地域福祉の部署が参画いただいております。

<山下委員>

そうでありましたらこの大綱の中で健康分科会、健康課として何か細かいものが出てほしいなと思います。これはまた継続的なものですか。

<事務局>

来年度からメインに策定いたします。

<車谷委員>

加賀市では自殺をした方の背景に精神疾患を患っていた割合というのはどのくらいになりますか。

<事務局>

こちらで把握しているのは健康問題が原因であったかどうかのレベルでの資料になります。これが精神疾患だったのか違う病気だったかというのはわかりませんが、21年から27年の自殺原因動機づけの件数といたしましては健康問題が一番上位をしめしております。割合は書いていないのですが男性25名、女性が15名という数値が出ております。次には経済・生活問題、家庭問題、金融問題と続く上位1位から4位となっております。

<車谷委員>

そういった方に精神疾患とわかった疾病患者。例えばうつを患っている方に対してなんとか自殺につながらないような対策にしてほしい。受診はしてなくても精神疾患を患って相談に来ている方も対象になるような。そのようなことが大切だと思う。ちなみにこういった形で自殺されたかとかはどうですか。

<事務局>

データとしまして警察から出されているデータベースをまとめていますが、今は詳細がありませんので、どういった内容でというのが掲載されているかは確認させていただきます。ただそれは性別・年齢別・どういった時間帯だったのかといったこと、あとは学生なのか主婦なのかなどの職業別データが示されておりますので、加賀市の特徴を分析しながら対策を練っていきたくて考えております。ご指摘がありましたが、やはり自殺に至らないような支援・相談というのが非常に重要となってまいりますので、今年度は庁内ワーキング、庁内の連絡会の各課のメンバーにも精神疾患の理解を深めるための勉強会や相談支援を行うものとしての心構えを行なえる形で臨床心理士さんの研修や事例検討の研修を予定しております。

<山下委員>

個人のメンタル・個人情報にも関わる事ですが、市の健康課として医療機関と非常に綿密な連携があるなかで、メンタルヘルス的な医療機関から情報があがってきて、そういった情報を共有できるということがあるかないか。その時点で未然に防ぐということであればいいのですが、漠然と未然に防ぐというのは難しいと感じております。その辺りをご計画していただければ、こういった問題は防げると思います。未然に防ぐという部分は精神疾患の患者さんに対するケアと、それ以前のなにかしら相談窓口的なものを表に出していただけたら防げるのではと思っております。

<小橋会長>

自殺については年代でかなり背景が違ってくると思うので、それぞれに十分検討が必要なのかなと思います。

4. 閉会

以上