

平成19年度第1回三重県公衆衛生審議会

日時：平成19年8月27日（月）

13:30～15:30

於：三重県歯科医師会館

出席：委員16名（別紙のとおり）

1. 健康福祉部長挨拶（省略）
2. 事務局紹介・委員自己紹介（省略）
3. 審議会部会設置について（省略）
4. 会長・副会長選任（前任期に引き続き、横山会長、米澤副会長を選任）

5. 審議

【横山会長】 それでは、事項書に従って進めていきたいと思っております。本日の審議会では、医療制度改革の流れを踏まえ、たうえでの三重県における生活習慣病対策の取組内容について、自殺予防対策の推進について、委員の皆様から様々なご意見をいただきたいと考えております。それでは事務局から、まず審議事項（1）について説明をお願いします。

【事務局】 資料1-1から1-4まで説明（省略）

【横山会長】 資料1-1から4まで、ヘルシーピープルみえ・21の話、食生活、地域職域連携、それから20年度からの特定健診と特定保健指導について、委員の皆様のご意見、あるいはご質問等お願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

【松本委員】 ヘルシーピープルみえ・21の見直しについて、国からも方針が出てきているということでの見直しかと思っておりますが、これについて少しお伺いしたいと思います。

配布いただいております資料を見させていただきますと、基本方針そのままというよりは、地域における指標の到達状況ですとか地域事情なんかを踏まえてというところがあるかと思っておりますが、これまでも中間評価の中で歩く人が少ないなどの指標の到達状況の説明をいただいてきましたが、特徴と申しますか、強弱のつけ方、優先順位というのをどのようにお考えなのか少し説明いただければと思っております。

「健康日本21」の目標項目というのはすべてを最大公約数的にコレクトされていると思っておりますので、この中でどういうご認識で優先順位を考えておられるのかを、国からの医療制度改革の流れとは別にもしあれば、お教えいただきたいと思っております。

もう一つ、このヘルシーピープルみえ・21の特徴として、計画ができた時にご説明いただいた記憶では、協働という部分が非常に特色であると聞いております。そういう意味では、この協働という部分で市町とどういう分担をするのか、市町を引っ張っていくための踏み込んだ計画であるのか、それとも市町に任せて補完性の原則のようなものに立った形でやっていくのかということをお聞かせください。先ほどの説明をお聞きしてありま

すと、県自身が相当、行動を伴いながら引っ張っているという印象を受けましたが、健康増進というテーマというのは、家庭、地域ができること、それから、市町ができること、ということでやはり補完性の原則というものが背景にあっているのではないかなと私個人は思っています。この点について都道府県としての役割とあわせて聞かせていただければと思っております。

【事務局（西口）】 ありがとうございます。

ただいまの松本委員のお話は、この3月の公衆衛生審議会でも随分ご議論いただいた点だと思います。県がヘルシーピープルみえ・21をつくって、中間評価を17年度にやり、93指標のうち達成されたものは何か、ある程度の傾向はわかるのかなというお話をさせていただきます。

その際、では県としてはどこに力点を置きながら、今後健康増進、健康づくりをしていくのかということをも3つ上げさせていただいたと思います。まず、40歳以上というか、働く世代における健康指標が随分と落ちているという結果があって、特に働く世代の健康支援という部分を、1つの力点を置いた形でやっていきたいと思います。具体的に上げれば、ストレスやうつ病対策も含めて心の健康支援をすとか、企業と一緒に歩くという環境をつくっていくとか、それから食習慣についても食事バランスガイドを普及させるなど、特に企業との連携による様々な取り組みを進めていきたいと思います。

その際県の役割としては、そのようなことを進めるための環境整備としてのネットワークをどのように活かすか、ネットワークがない場合については、県が触媒になりながらネットワークをつくっていきたいと思います。方向性として示させていただきました。

それから、人材育成ということで、これは、心の健康づくりにも、栄養の場合もそうですが、人材育成をさまざまな機関と一緒にやりましょうということが2点目の大きなフレームです。

3点目は、様々な情報をしっかりと提供していきたいと思います。これらについては、今回、国が特定健診や特定保健指導というのを出してきましたけども、基本的なスタンスは、県としては変える必要はないんだろうなと思います。

ただ、松本委員がおっしゃったように、県の大きな役割として、じゃ、市町とどう関係性を持つのかという部分につきましては、特に今回、特定健診や特定保健指導というところに随分シフトしているわけですが、本当に大事なことは、市町も含めて普及啓発とか、健診の保健指導、環境整備を一体的に進めるうえで県がどのような形で協働していくのかということだと思います。特定健診においても、市町はこれをやったらいいのではなく、やはり全住民を含めた健康づくりという視点で健康づくりを進めていただくために、県としても情報提供をしたり、さまざまなネットワークを使うことが必要だと思います。

しかしながら、現実問題としては特定健診、特定保健指導についてはさまざまなノウハウや人材育成という部分も必要ですから、保険者とも協働しながら市町を補完していく、そういう役割を今回担いたいなと思っています。

【馬岡委員】 昨日、ちょうど県医師会でも医師会を対象に保健指導、特定健診の講習会をやったんですが、そのときも話題になったのですが、健診そのものは比較的簡単にできると思うのですが、特定保健指導のほうは、県でも指導者の育成を開始されているようですが、おそらく津、四日市等の大都市圏とそれ以外の部分で、保健指導をできる体制、それからスタッフの数にもものすごく大きな変化があると思うのですが、県ではその辺、地域別に充足率の問題やそれに対する対策とかを具体的に現時点でお考えでしょうか。教えてくださいたいと思います。

【事務局(西口)】 少し総論的な話だけさせていただいて、追加は担当よりさせていただきます。今、馬岡委員がおっしゃったように、健診の中身そのものはほとんど過去の老人保健事業と変わりません。それより、老人保健事業での健診と労働安全衛生法の健診を統一して、比較検討出来るような形にしたというのが今回の健診制度自体の方向なのかなと思います。

それから、特定保健指導については、やはりマンパワーの部分できわめて課題が大きいです。現在、市町も含めて保険者がどんな体制を考えて、どれくらい足りないのか、実際問題やってみてどれくらいの保健指導対象者が出てくるかについては、ちょっとわからないんですね。おそらく、これだけの項目をすると、実際受診者の中でおそらく40%くらいが対象者になってくると、人口サイズから考えてどれくらいの対象者がそうなるかということ推測する必要があるわけですね。そうすると、まずは、23年度末までにというのが目的ですから、一番受診してもらいたい人たち、それから、なるべく受診することが出来るような人たちに対して、どういうふうに指導をするのかという、ある程度、的を絞った特定健診、特定保健指導をしていかないと、現実的にはやはり人材の問題も出てきますから、難しいのかなと思いますので、とりあえず、現段階でやることは、集合健診も含めた仕組みづくりをしっかりとすること。それから、各市町等も含めて保険者が今、どういうふうな状況にあって、誰がいつどのようにするかを把握し、その差の確認をさせていただいて、やるべきことは順次やっていく、そういうことを考えています。

どちらにしても、人が足りないというのは実際のところかなと思います。

【事務局(増田)】 保健指導の人数に対してどこがどうやっていくかということについてですが、市町が直接するのであれば直営になるわけですが、なかなか出てくる対象者に対して直営だけでは難しいというのがあります。その中で具体的な動きの一つが人材育成でありまして、アウトソーシング先になっていただけたところを一つでも増やそうということで、国が示しているガイドラインに基づいた研修会を保険者協議会と一緒に開催することを計画しています。それから特定健診、特定保健指導を自分のところが実施していこうという民間事業者等につきましては、国立保健医療科学院のホームページに登録し公表されるシステムがございますので、そのホームページを見て、アウトソーシング先を利用していける仕組みもあります。

ただ、三重県は北から南へ大分長いですので、北の方はある程度そういう民間の保健指導をしていただける機関があるかと思いますが、南のほうはその辺のところ難しいかなという予測がございますので、来年についてはそう、受診率がぼんと多分はね上がってとい

うスタートではおそくないだろうという予測のもとに、まずは自前で考えていこうかなという市町の実情も聞いておるのが現状です。

【馬岡委員】 個人的な感想ですが、おそらく三重県でもかなりの数の要するに受診勧奨者が出ると思うんですね。そうすると、今度は医療料が上がる。それ以上に、特定保健指導の指導内容を見ますと、6カ月にわたって個人面談もしくは8名以下の集団指導ですか、時間はそれぞれ20分とか80分とか、とんでもない数字を言ってきていますね。なおかつ、その指導の達成率で後期高齢者の分担金の割合が変わるのは、やはり地方切り捨ての法則だと感じています。

どう考えても、このシステムを実施する体制を整備したり、受診率を上げるなんていうことを、三重県のような地方が普通の都市圏に比べて同じように競っていけるはずがない。そうすると、質を大事にということ背に腹は代えられないところがあって、今度は分担金が上がってくるということが起こってくると考えると、何か形づくりに走らざるを得ないようなところが、きっと出てくるかもしれません。

医師会も極力協力はしたいと思っておりますけども、20分の個別指導は、今の医療制度の中で、医師がそれぞれ担当をするというのはまず不可能なので、医師会館や保健センターを通じて集団指導のお手伝いをさせていただくとか、そういうことが可能かどうかも含めて今後検討させていただきたいと思っております。

【事務局(西口)】 制度設計の前からこれだけ不安なものもないですので、あかんものはあかんとはっきりさせたいうえで、やはり、地域の人たちの健康づくりを継続できるのが本質だろうと思います。ただ、一応、国が法律で決めたことですから、三重県としてはチャレンジをする部分はチャレンジして、できないことはできないということをしっかり見つめたいと考えています。

【事務局(向井)】 基本的に国の制度設計というのは、最近机上での設計で財務的な観点からの傾斜をつけた制度設計が非常に多い中で、馬岡委員が言われるように、そんなことができるのかということが非常に多いわけです。しかしながら、だからあかんと言うのではなくて、持続可能な制度にしていかなければいけない、頑張っって県民の健康づくりを進めないといけない中で、課題点と問題点は明らかにして国のほうへ言っていこうと。それについては、全国知事会なり、三重県として国への要望も含めてデータを集めた上で、こういうところが制度設計上問題があるよという方法で課題点を明らかにして進めていこうという基本的な姿勢はやはり持たなければいけないと思っております。

【庵原委員】 庵原ですけども、この特定健診をやろうとしている場合、ベースになるのは腹囲が何cmというのがありますが、現在の三重県の数字はあるんですか。85cmの人が何人いるとか、90cmが何人とか、それに今度、2次調査で血圧と高脂血症と、それからたしか耐糖能(FBS)、血糖値が百いくつとか、その辺の数値があって、それで実際目標数値を幾らに設定するとかという、そういう計画的なところはあるわけですか。それとも、元のベースの数値がないのを、今からつくっていこうという段階ですか。どちらです

か。

【事務局（西口）】 答えから言いますと、半分なくて、半分あるというのが実際です。今までも国民栄養調査などによって、三重県民全体ではないんですが、経時的にある地域、ある年代で、かなりのメタボリックシンドロームの健診に該当するような調査をしているわけです。そういうデータについては、今、庵原委員がおっしゃった内容についてバックデータは持っています。ただ、それをどのように国の評価ということも含めて三重県全体に当てはめるかということについては、多分議論が必要だろうと思います。

それから、これは、今後健診が一元化されていくと、もう少し制度化できると思いますが、国民健康保険や老人保健事業については市町で行っていますので、ある程度のバックデータがあるんですが、労働安全衛生法に基づき行われている健診については、今までは全くデータが交換されていないこともあって、現実のところ国民全体のさまざまな健康データが分断されているのが実態です。

そういう意味では、23年度ぐらいまでにレセプトがある程度オンライン化されたら、もう少しデータに基づいた議論ができると思いますが、今回の特定健診については、一部、愛知県なら愛知健康の森であるとか、制度設計に関わった人たちに基づくデータが先行しているというのが実際のところですよ。

三重県としては、過去にあった国民栄養調査等々を含めて、今のベーシックデータをこんなものかなとある程度数値を出した中で、この次の数値目標を挙げたいなと思っています。

【山口委員】 私が一番心配しておりますのは、先ほど馬岡先生がおっしゃった人材をどうそろえるんだということですよ。現実には、市町の保健師が今、県と同じで各セクションに配置されております。したがって、例えば、母子保健を担当している保健師は、全然成人のことや特定高齢者の話とかというのは、わからないというのが現実です。

それから、包括支援センターができ、いろんな制度が変わり有資格者の人材が本当に枯渇している中で、これは一体どのようにやっていくんだろうかということが、一番心配なことでした。その辺で少しどういうところで努力をされていくのか、あるいは、看護協会ですと人材の有効な活用方法も考えていかなといけないのではないかと考えています。

それから、最初に橋本専門監がおっしゃいました坂道の傾斜をいかに低くするかというお話はまったくそうだと思います。平成13年からヘルシーピープルみえ・21が実際に始まってかなりの効果を上げていらっしゃるんですが、県として、これを下げることができないポイントというのは、今までの活動実績の中でどのように考えていらっしゃるのか、そこが1つ、これから特定健診が始まり、予防健診をやっていく1つのポイントになるのではないかなと考えました。それが2つ目です。

3つ目は、これは個人個人では絶対だめで、今回、職域と地域の連携の形態ができましたが、やはり地域の中で地道な活動をやっていかないといけない。この歩数を見ても本当に悲しい現状だと思うのですが、個人の努力というよりもむしろ地域づくりの中で取り組んでいかないと受診率も上がりませんし、効果も出てこないんじゃないかなと考えておりますが、いかがなものでしょうか。

【事務局(西口)】 人材の問題というのは、これは非常に大事なというか、難しい問題で、今、山口委員がおっしゃったように、次々に国のほうも含めてさまざまな制度設計をしていくわけです。例えば、介護保険であれば介護予防という、ある部分一面的に考えれば非常に重要なものを、だれがどのようにやるのかについての議論がない中で、これは市町村が主体だから、保健師さんがやったらどうかとか、そういう話になるわけです。全体のパイが保健師さんも必ずしも伸びているわけではない中で、母子保健も大事、成人保健も大事、介護保健も大事と言われたり、ではどこに力点を置けば良いのかということ、だれがどのように決めるかというのが非常に難しい話です。

どちらにしても、良い悪いは別にして、やはりそれぞれの市町も含めて自分のまちの健康づくりをどのように考え、どこに人材を置くのか、それは直営ではなくても例えば看護協会でも、NPOでも、栄養士会でも、どういうふうにするのかと一緒になって、本当に質も量も含めて人がそこに関わるかという、これは、例えば子供の問題にしても、少子化になったら余計に人がいるわけですね。そういうことをどのように考えるのかについてのまず議論が、もう少しやはり必要なのかなと思います。

2点目の、県がポピュレーションアプローチをやって坂道を下げるための環境づくりについて何がハードルかと言われたら、おそらくこれも1番と同じことだと思います。誰がどのようにやるのかについてのコンセンサスがない中で、本当に地に足がついたネットワークやコミュニティーがなかなかできない中で、それは一部分の禁煙なら禁煙というだけの話になってしまって、トータルなまちづくりにまで至っていない、そういう問題が多いのかなと思います。そういう意味では、今回、国も含めてさまざまな改革がある中で、もう一回、市町や県も含めて健康づくりをだれが担ってだれが主役であって、どのようにやっていくのが一番いいのかという、単に特定健診、特定保健指導というものに流されない、もう少し地に足のついた議論をする必要があるというのが、多分、1番、2番、3番の大きな課題ではないかなというふうに考えています。

【前田委員】 先ほどからずっと制度設計とかマクロ的なお話があったんですが、基本的な疑問ですけどメタボの85cmの腹囲というのは、やはり超肥満なんですね？その対象者は、多分、行政から強制に診断を促されなくても、個人的に危機を抱いて受診されている方じゃないかなという素朴な疑問があります。でも、厚労省からの流れで県がそういう施策を起こされるということで、これからやっていくことは決められているわけですね。先ほどのお話で、専門家をさらに育成されるという点なんですが、8月に開催されたときに、対象者と何人くらい受講されたかということをお教え願えないでしょうか。

もう一つ、85cm以上の腹囲について、先日伊勢市の市役所で課長さんが努力なされていて死亡されたということもございました。それから、何日か前に、海上で遭難された船乗りさんの胸囲が85cm以上だったかどうかは記憶が定かじゃないですけど、そんな状態で命を長らえたという話も聞きます。ですから、危機の度合いですね、その辺をご専門家にお伺いしたいと思います。

【事務局(増田)】 健診につきましては、国が平成17年4月に日本内科学会総会で公表

しました8学会の合同で定義と診断基準を策定しました。その中身をもって、日本では腹囲をそう定めるということになっています。実践者育成研修会の人数の件ですが、350人ぐらいの希望者があったんですが、会場の都合で一部お断りもさせてもらい、280名弱の方に出席していただきました。職種は医師を始め管理栄養士、保健師など、もろもろこの事業に関係する方たちが出席しております。

【馬岡委員】 腹囲が85cmというのは、統計学的に考えて85cmを超えると、虚血性心疾患や脳疾患が起こるパーセンテージがトンと上がる、その境目が85cmと考えていただいて良いかと思います。

それから、そういう人はほとんど受診されているのではないかという話でしたけども、恐らく糖尿病ですと、実際に受診されているのは、現在糖尿病と断定できる人の約3分の1だと思われていいかと思います。3倍は潜在者がいるとお考えになるべきだと思います。

【庵原委員】 白人と黄色人種と、少し耐糖能が違うというところがあります。一般には、女性と男性の腹囲でメタリックシンドロームのリスクを考えると、男性のほうが腹囲を大きくするというのが世界的な流れなんですけども、日本だけが男性のほうが女性よりも5cm短いということになっています。欧米では男性は100cmで、女性は90cmだったと思いますが、それが日本では男性85cmとなっています。内臓脂肪の面積がある値を超えるとメタリックシンドロームを起こしやすいというのと、耐糖能が日本人は低いという、その2つの観点から日本人の場合は、85cmという数字が出てきています。

ただ、学会によっては見直しを図って85cmではなく90cmにしろというところも出てきて、この辺の数字は、ひょっとしたら90cmとか、95cmに変更するということは起こりかねます。しかしながら、今のところ、たしかこれは日本肥満学会が出した数字だと思いますが、まずはリスクが高そうなところからスタートして、実際に三重県のデータが出たところで、85cmで本当に糖尿病の人がどれぐらいいて、しかも高血圧の人がどのぐらいいるというところの見直しをかけて、本当に85cmが良いのかどうか、もう一度再検討されるだろうと思います。

腹囲85cmはどのぐらいかと言いますと、ちょっと背の高い小太り気味の男性だと、多くは85cmを超えます。ですから、女性の90cmは意外と引っかけられないんですけども、男性の85cmは男性の40%が該当します。だから、この男性の85という数字が適切な数字かどうか、今ものすごく議論が起こっている最中ですので、各県で特定健診が行われることによって、新たな数字ないしは新たな治験が出てくると思います。まずやってみて、そこでどうなるかという段階だと思います。

【前田委員】 ですから三重県の基準はこれからということですか。

【庵原委員】 三重県の基準と言うか、厚生労働省がまず85cmという基準を出したわけです。この85cmが良いのか悪いのかというのは、学会によって意見が異なります。コレステロールの値も以前は220以上だったんですが、230以上になったりHDLを基準にするようになったりと、これも学会によって意見が異なります。ですから、ひとつの意見を基準と

して健診をしていこうというのが現状で、これがだんだんと統一されてくるというようにご理解いただければと思います。この健診をやるというのは、ある意味では、きっちりとした健診データを出す最初のステップだにご理解いただいた方が良くもかもしれません。

【前田委員】 腹囲が大きければ大きいほど、脳疾患や糖尿病の発症率というのは高くなるものでしょうか。

【庵原委員】 こういう数値は、あるレベルまではジワジワと上昇し、ある数字を超えてポンと上がるんですね。このポンと上がる数字を外国ではもう少し高い数字を言っているんです。日本の85というのはまだジワジワ上がっている最中の数字です。メタボリックシンドロームを言われた方は、腹囲の85cmを超えると、コレステロールが上がって、高脂血症を起こす基準だということなんです。高脂血症と糖尿病と脳血管障害が、ばらばらに学会ごとに動いていますので、あくまでも高脂血症をおこす数字だということです。ただ、高脂血症を起こした場合は、脳血管障害とか、循環器障害、いわゆる心筋梗塞とか脳梗塞を起こすリスクが高いところに入っています。

【横山会長】 時間がないので、いろいろ意見が出ましたので、県でもう一回取りまとめていただき、今後の施策に是非反映していただきたいと思います。本当はたばことかについてももう少し議論をしたかったんですが、一言も意見が出ませんでした。

それでは、続きまして、資料2の自殺について事務局からご説明をお願いいたします。

【事務局】 資料2説明（省略）

【庵原委員】 この自死というのはあくまでも自分で死んだ方の数が入っているだけですか。心中で死んだ子供の数というのはここに入っているわけですか。よく親子心中とかありますが、そのときには数字はどうなっているかということですが。

【事務局（丸山）】 警察統計では、心中は自殺としています。厚生労働省の人口動態統計と警察統計の数字の違いは、警察統計は総人口ということで外国人の方も含んでいますので、厚生労働省の人口動態統計の数より多くなっています。

【庵原委員】 では、警察統計の中には心中でなくなった子供の数も入っているということですね。

【事務局（丸山）】 そうです。

審議会終了後、三重県警察本部に再度確認しましたところ、心中で亡くなった子どもの統計については、ケースバイケースで調査により自殺にカウントしたり他殺にカウントしたりするとのことでした。

【横山会長】 自殺に関しては、県でも地域によっても死亡率など違っているんですか。

地域ごとの細かい取り組みの違いとか、そういうものはどうでしょうか。

【事務局(丸山)】 資料の中に保健所別の自殺死亡数、自殺年齢調整死亡率を載せさせていただいておりますが、年齢調整死亡率で比較してみますと、尾鷲・熊野保健所の率が高くなっています。そのため、特に尾鷲、熊野地域の相談の充実として、今年度は東紀州地域で相談者のスキルアップ研修に取り組んでいます。また、伊勢の管内は、働き盛りの年齢層の自殺率の増加が多く、南勢志摩こころの健康実態調査を行いまして、職域、産業保健への働きかけをさせていただいているところでございます。

【村本委員】 三重県の全国での順位がかなり高いように思うんですが、特に平成17年は2位、そのあと12位とか10位前後をいっているような関係ですが、この辺の大きな原因は何かということと、それに対して一次予防、二次予防、三次予防と掲げていますが、それぞれのところがやっているいろんな事業の関連性みたいなものはどのようにされているのかという点をお聞かせください。

【事務局(西口)】 17年度は全国2位ということは、低いほうからですから、要するに自殺率が低いほうから2番目だったんですね。例えば秋田県なんかは、三重県に比べて、三重県は人口10万人当たり21.7で、秋田県は42.7ですから、約2倍くらい自殺率の違いがあるわけですね。秋田とか岩手がなぜ高いのかと言うのは、やはり就労の問題や日照時間であるとか、いろんな原因が言われていますけども、なかなか分からないというのが実際です。

ただ、うつ病対策などをしっかりやることによって、岩手や青森というのは非常に自殺率が下がったということが言われておりますので、そこからは日ごろの人間関係であるとか、ちょっとした変化を十分にだれかがとらえてさまざまなサポートなり、相談をやれば、明らかに予防することができるのではないかと言われております。

三重県の変化としては、どこでもそうですが、不景気のときには上がり、少し景気がよくなってくると下がってくるという傾向がありますけども、どれがどのような形で関係しているかというのはなかなか分かりませんし、今までも自殺については、厚労省の統計は原因とか具体的なところというのは、はっきり分からないわけです。そういうこともあって、昨年度から警察統計と厚労省統計も含めての分析をしたり、もう少ししっかりした研究をやった中で対策を考えていこうということが言われています。そういう意味では、一次予防、二次予防、三次予防というのは、一つはやはり相談できる環境であるとか、うつ病とかを含めての早期の発見とか、それから多重債務を含めて、過去から言われているいろんな原因を含めて網羅的に対策を進めることによって、県としてこれからさまざまなところと協働して、全体として良くしていきましょうということ、先般、議論していただいたところです。

【横山会長】 年齢別の統計は取ってあるんですか。やはり働き盛りの世代が多いのですか。

【事務局(丸山)】 はい、50代の男性が多くなっております。

【前田委員】 統計を挙げていただいております自殺の死亡者というのは、すべてが積極的自殺を統計では出されていると思うんですけど、例えば、豪雨だとか、それから台風、地震で逃げるというときに、民生委員さんなんかはすごく困っておられますのが、僕はここで亡くなってもいいからもう逃げないと言う高齢者とか、病気にかかって病気を治そうとしない、言い方を変えれば、消極的自殺者の潜在的な人口というのかなりあるように認識しております。そういった消極的自殺者のデータみたいなところは挙げてはおられないのでしょうか。

【事務局(西口)】 今のお話は非常に難しいと思います。結果的には、原因が何かということがはっきりわからなくて、例えば自分はもう病気になって死んでもいいんやというのを、それを消極的自殺とするかどうかというのはなかなか難しく、あくまでも厚労省とか警察のデータは自分で亡くなられた方のデータですので、背景をもう少しさまざまな形で分析していかないと、委員がおっしゃったことというのは、なかなか言えないのかなというふうに思います。

【前田委員】 数字も把握しておられない。

【事務局(西口)】 どういう形のものをデータに取るかということは、それぞれやはりヒアリングもしないといけませんし、あるときには自分はすごく病気になっても生きたいと思われる方も、あるときになったら、もしかしたら、もう自分は死んでもいいわというふうになったら、それは気分変調の部分になりますので、そういう部分は、もっともっとこれからさまざまな原因であるとか、バックグラウンドという部分が解析されていく中で、予防であるとか関わり方ということももう少しはっきりしてくるのかなというふうに考えます。

【横山会長】 それでは、予定時刻も超過していますので、この件はこのぐらいで終わらせていただきます。今、いくつか質問、ご意見等出ましたので、今後の自殺予防対策にぜひ取り入れていただきたいと思います。

【山口委員】 特定健診、特定保健指導のプログラムが示されておりますが、この対象者と中身を見てみますと、どこまでの効果を指導者に求めている内容でしょうか。

【事務局(西口)】 馬岡委員がおっしゃったように、とりあえずやってみましょうという答えになるのかなと思います。本当に効果を求めるのが良いのか、やはりこういうメタボリックシンドロームとか特定健診という概念を出すことによって、もう少しご自身の健康について日ごろから注意をされて、社会的な資源として活躍される方をケアするのであれば、それはそれとして非常に意味のあることかなとは思いますが、本当にどこまでの効果をねらっているのかについては、非常に難しいと思うんですね。あくまでもこれは国

のガイドラインですけれども、さまざまな先行研究なんかを活用されて出てきたデータですので、庵原委員がおっしゃったように、色々とやってみた中で、では、どういう効果があったかということ、もう少し検証しながらフィードバックしていかないと、制度設計も含めてこの標準的なプログラムの効果というのは言えないのかなと思います。

【横山会長】 ありがとうございます。

6．報告事項

【事務局】

- ・人と動物の共生環境部会報告（省略）
- ・平成19年度健康づくり推進事業者公表制度について（省略）
- ・県民健康の日記念行事について（省略）
- ・中越沖地震にかかる保健師派遣について（省略）

【横山会長】 それでは、1番から4番までの報告をいただきましたが、委員の方の何かご質問ありますでしょうか。よろしいですか。時間も押していますので、もし、何かありましたら直接事務局へお願いしたいと思います。

それでは、全体を終了しまして、何かご意見ございますか。では私から一言。まず、たばこのことを何とかしていただきたいということ、それから、生活習慣病対策はやはり若いころから、ぜひ、子供のことも含めてやっていただきたいのと、それから、特定健康診査で抜けてしまう、例えば、20代、30代のどこかの会社勤めの人の奥さんとか、20代、30代の自営業者、こういう人たちがスッポリ抜けちゃう形になると、私の理解ではそうなので、ここをどうするのかということを含めて、若い世代の生活習慣病対策について検討していただきたいなと思います。

では、以上で、本日の議事はすべて終了します。本日の審議内容については事務局で取りまとめていただいて、今後の各取り組みに反映させていただきたいと思います。ほかに疑問、ご意見等またありましたら、事務局まで直接お願いいたします。それでは、事務局へお返しします。

【事務局】 会長、ありがとうございます。

本日の審議内容につきましては、早急に議事録に取りまとめの上、皆様方にも送付をさせていただきますと思っています。

本日は、お忙しいところどうもありがとうございました。

（ 終 了 ）