

生活習慣病対策の総合的な推進

平成 1 7 年 4 月 2 1 日

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料

生活習慣病の現状

生活習慣の変化や高齢者の増加等によって・・・

→ **生活習慣病の有病者・予備群が増加**

例えば糖尿病は、5年間で有病者・予備群を合わせて1.2倍の増加

生活習慣病の現状（粗い推計）

- ・糖尿病：有病者 740万人／予備群 880万人
- ・高血圧症：有病者 3100万人／予備群 2000万人
- ・高脂血症：有病者 3000万人
- ・脳卒中：死亡者数 13万人／年
- ・心筋梗塞：死亡者数 5万人／年

- ・がん：がん死亡者数 31万人／年
（例：胃5万人、大腸4万人、肺6万人）

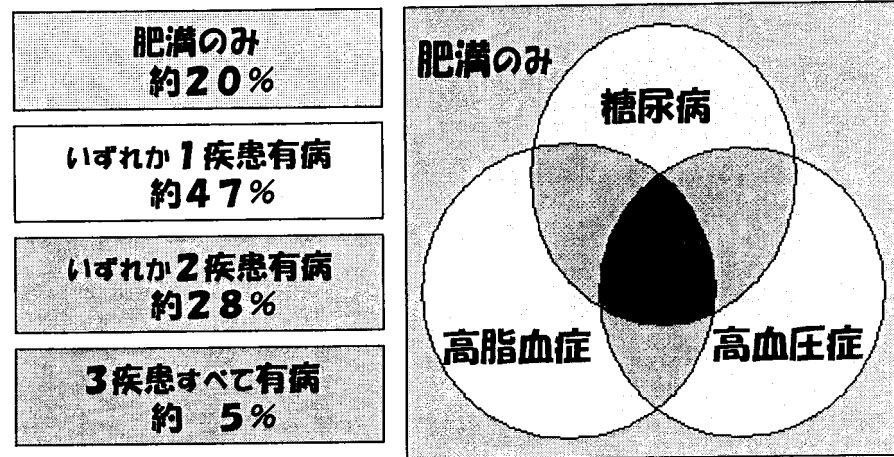


総合的な生活習慣病対策の実施が急務

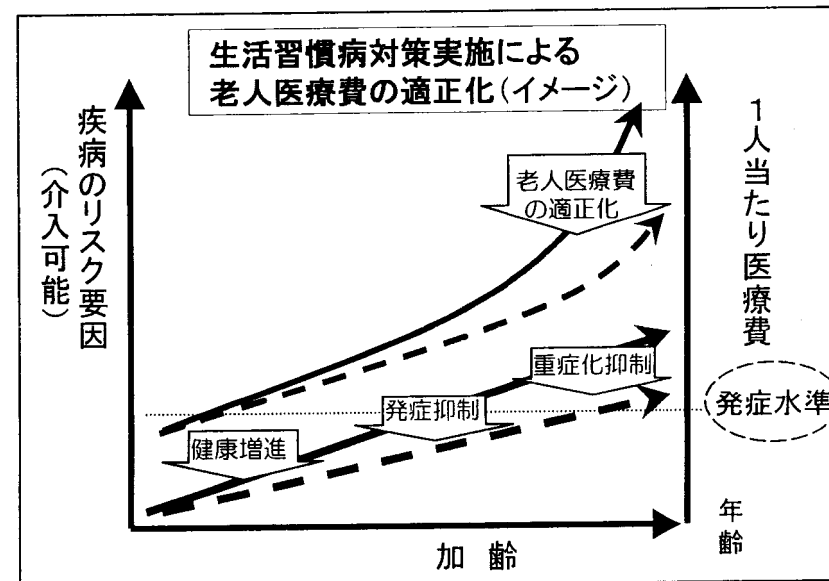
→ 短期的な効果は必ずしも大きくないが、中長期的には、健康寿命の延伸、医療費の適正化等への重要なカギとなる。

肥満者の生活習慣病の重複の状況（粗い推計）

肥満に加え、糖尿病、高血圧症、高脂血症が・・・



（H14糖尿病実態調査を再集計）



生活習慣病とは

→ 不適切な食生活、運動不足、喫煙などで起こる病気

- **メタボリックシンドロームとしての肥満症、糖尿病、高血圧症、高脂血症及びこれらの予備群**

自覚症状に乏しく日常生活に大きな支障はないが、健診で発見された後は、基本となる生活習慣の改善がなされないと...

- **脳卒中や虚血性心疾患（心筋梗塞等）**

その他重症の合併症（糖尿病の場合：人工透析、失明など）に進展する可能性が非常に高い。



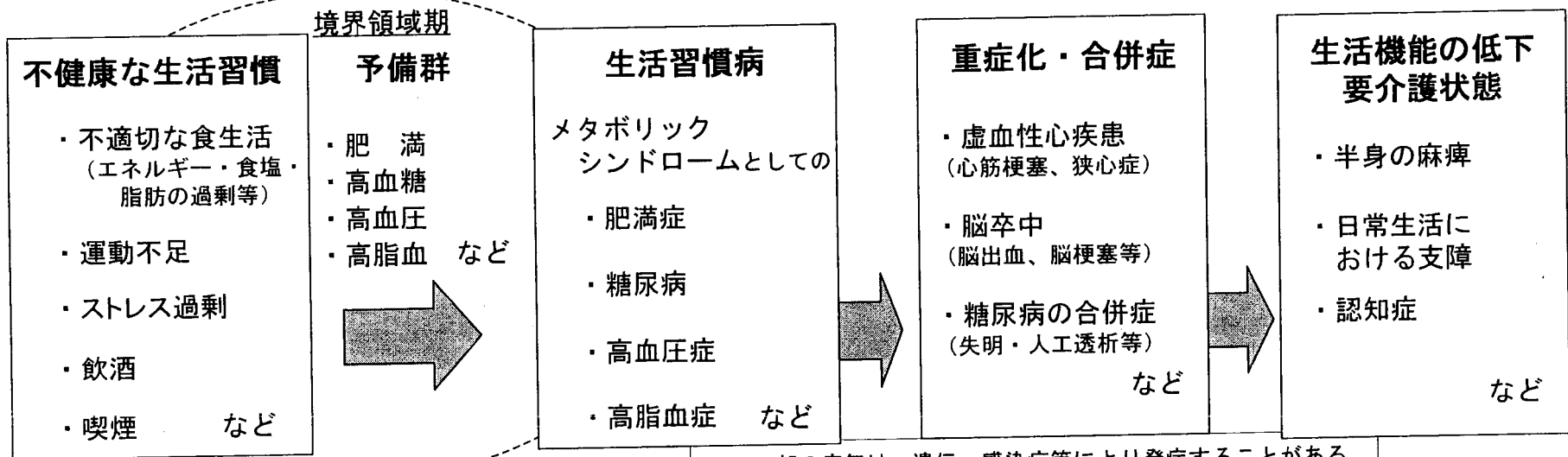
* 喫煙により...

・動脈硬化の促進→脳卒中や虚血性心疾患の **発症リスク増大**
 ・がん（肺がん・喉頭がん等）の **発症リスク増大**

- **がん**

がん検診や自覚症状に基づいて発見された後は、生活習慣の改善ではなく、手術や化学療法などの治療が優先される。

→ がん検診の普及方策やがん医療水準の均てん化等、「早期発見」、「治療」といったがん対策全般についての取組みが別途必要。

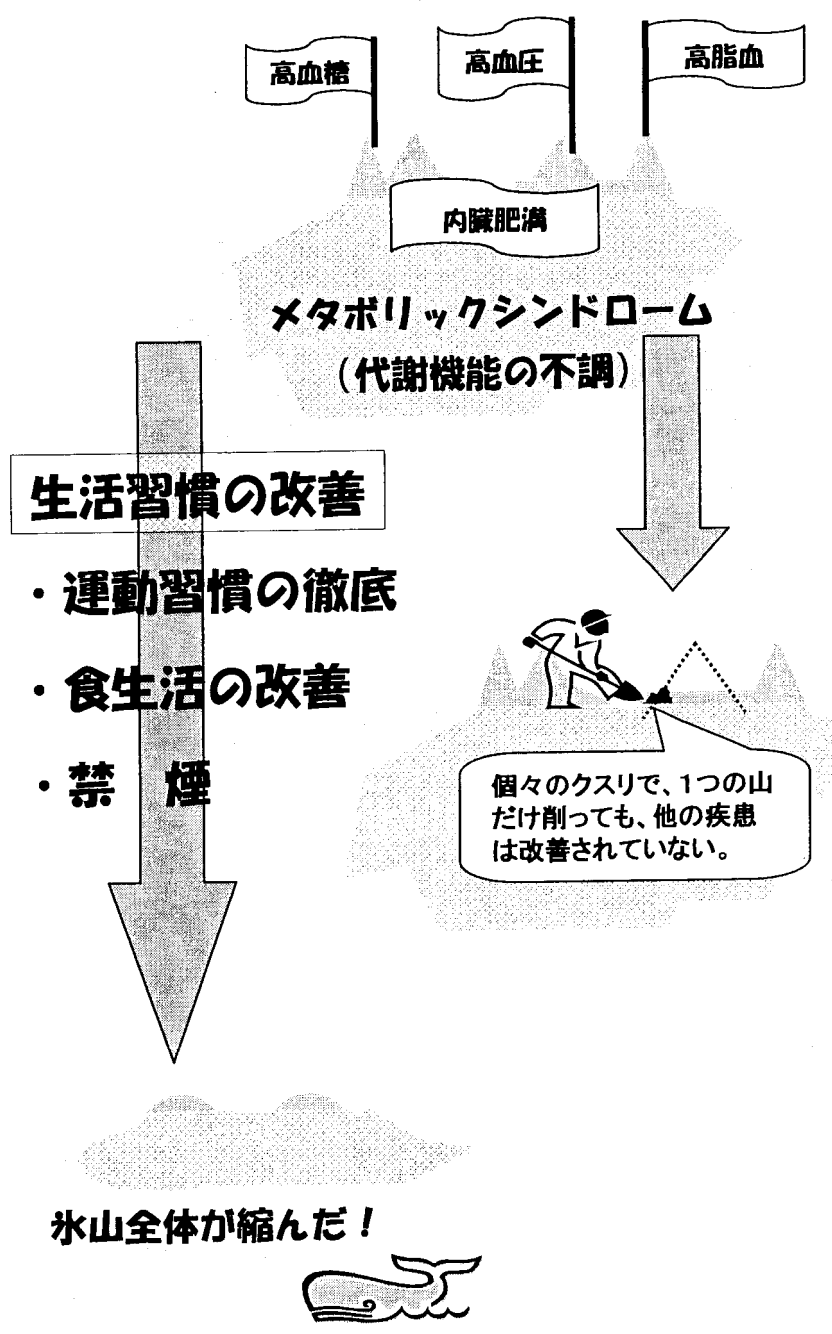
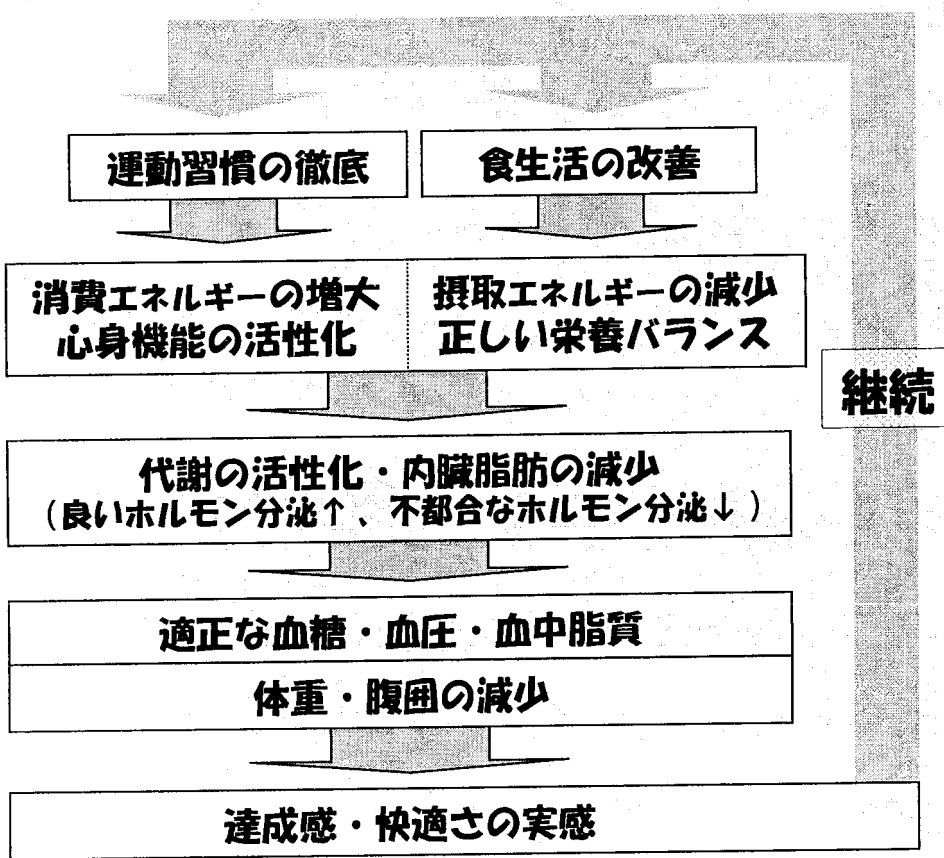


* 一部の病気は、遺伝、感染症等により発症することがある。

- 「不健康な生活習慣」の継続により、「予備群(境界領域期)」→「生活習慣病(メタボリックシンドローム)」→「重症化・合併症」→「生活機能の低下・要介護状態」へと段階的に進行していく。
- どの段階でも、生活習慣を改善することで進行を抑えることができる。
- とりわけ、境界領域期での生活習慣の改善が、生涯にわたって生活の質(QOL)を維持する上で重要である。

生活習慣病の発症・重症化予防

- 高血糖、高血圧、高脂血、内臓肥満などは別々に進行するのではなく、「ひとつの氷山（メタボリックシンドローム）から水面上に出たいくつかの山」のような状態
- 投薬（例えば血糖を下げるクスリ）だけでは水面に出た「氷山のひとつの山を削る」だけ
- 根本的には運動習慣の徹底と食生活の改善などの生活習慣の改善により「氷山全体を縮小する」ことが必要



生活習慣の改善の目標

発症・重症化予防の基本は、個人の生活習慣を改善すること
： 1に運動 2に食事 しっかり禁煙 5にクスリ

○ 「運動習慣の徹底」と「食生活の改善」は、
 どれくらいやればいいのか？

<健康日本21の目標(例)>

体重

・適正体重の維持

BMI < 25 (BMI = 体重(kg) / [身長(m)]²)

運動習慣の徹底

・日常生活における歩数

男性 9,200歩以上/日

女性 8,300歩以上/日

(約1,000歩の増加)

・運動の習慣化

1回30分以上の運動を、
週2回以上

食生活の改善・食育の推進

・脂肪によるエネルギー摂取

25%以下(20-40歳代)

・食塩摂取量の減少

10g未満/日

・野菜の摂取量の増加

350g以上/日

その支援のために・・・

○ 国民全体の意識の向上、雰囲気づくり

継続的な生活習慣の改善が必要。

- ① 正しい知識の普及啓発
- ② 健康づくりの環境整備
を徹底して行うことが重要。

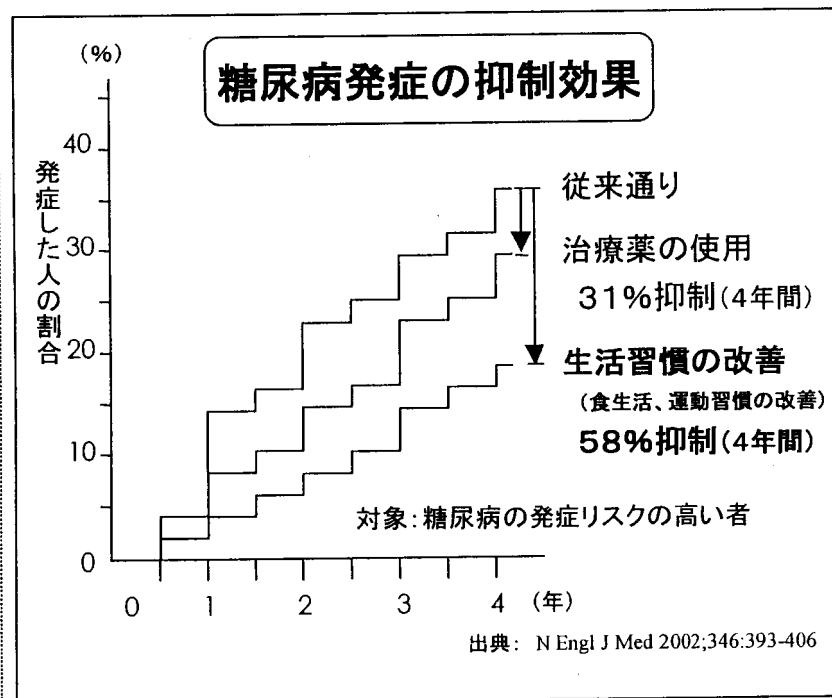
⇒ **健康づくりの国民運動化**

○ 有病者・予備群への直接的・積極的な支援

生活習慣病は自覚症状が乏しいことが多い。

- ① 健康度をチェックする健康診査
- ② 有病者・予備群に対する個別保健指導
を徹底することが重要。

⇒ **網羅的、体系的な保健サービスの推進**



健康づくりの国民運動化

ポピュレーション・アプローチ（社会全体への啓発）

- 生活習慣病の特性、予防・治療等に関する正しい知識を共有する
- 生活習慣を改善したいと思った者が容易に取り組むことができるよう、環境を整備する

生活習慣の
改善

- ・ 達成感
- ・ 快適さの実感

継続

「良い生活習慣は、
気持ちがいい！」

『キャンペーン』等を通して国民全体のコンセンサスを形成

普段、健康に関心のある人にもない人にも

1に運動 2に食事 しっかり禁煙 5にクスリ!
「なぜ?」「どうやって?」を平易な言葉で

各種のシンポジウムやメディアなどあらゆる媒体で

全ての国民に、わかりやすく、正しい情報が、繰り返し提供される

国民（関心の低い人を含む）

身近で、無理なく、継続して取り組めるサービスが提供される

家庭でも、職場でも
日本全国どこでも

朝でも、昼間でも、夜でも
平日でも、休日でも

楽しく、簡単に、
手頃な

民間の活力も活用した『人材』『場所』『サービス』などの環境の整備

国：

普及啓発手法、戦略等の提示

都道府県：

健康増進計画の策定

市町村：

住民に対する普及啓発の中心

関係機関：

(医療保険者、医療機関、教育機関、
マスメディア、企業等)

市町村等と連携した取組み
の展開

網羅的、体系的な保健サービスの推進

ハイリスク・アプローチ（有病者・予備群への個別対応）

【国民は…】

- ・健康度のチェックのために健康診査を受診
- ・有病者・予備群は、保健指導（生活習慣の改善を促す支援）を必ず受ける

【健康増進事業実施者（医療保険者、市町村、事業主）は…】

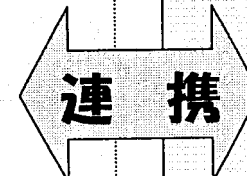
- ・適切な健診機会の提供
- ・健診をきっかけとした適切な保健指導を提供

【都道府県は…】

- ・住民の健康度把握のためのデータの収集・分析・評価
- ・健康増進計画の策定を通じた医療保険者や市町村等の役割分担と連携促進のための体制整備

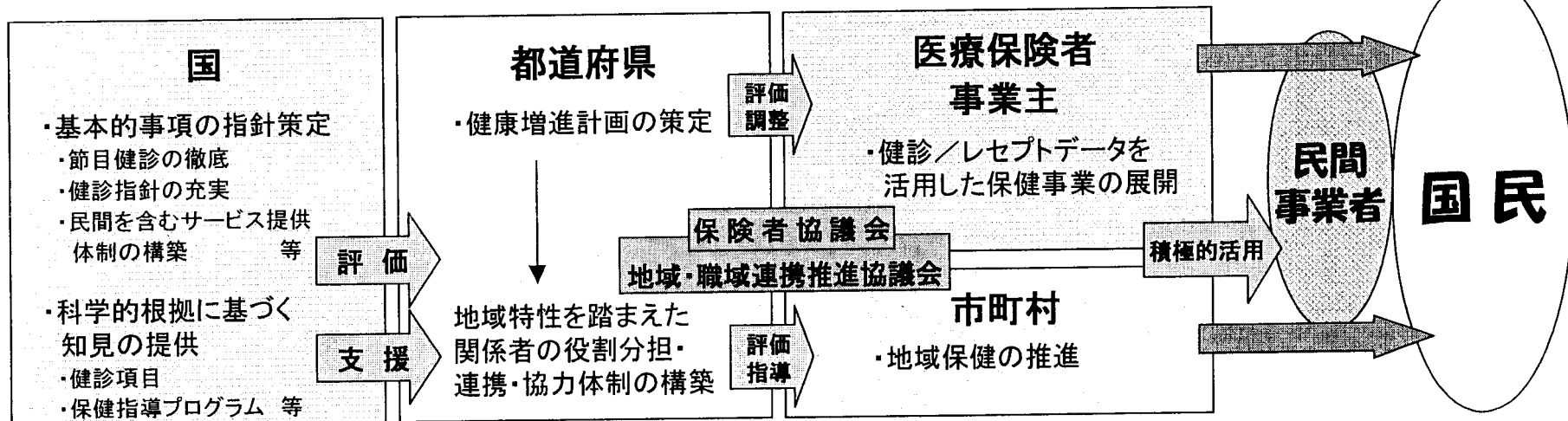
【国は…】

- ・関係者が最大限活躍できる仕組みづくり
- ・科学的根拠に基づいたプログラムの提供



医療機関

有病者への
保健指導の
充実強化



現在、医師過剰時代と言われるのにもかかわらず医師が不足するのは何故か？

①専門医の細分化

今や1つの病気の専門医が増えている。1病名1専門医になりつつある。心臓弁膜の専門医は冠動脈については診療出来ない時代なのである。これは一つの病院に全部の病名の専門医が要ることを意味する。

②個々の医師の専門医としての資質はどんどん向上している。

自分が専門としているひとつの病気に対しては本当に最先端のことまで知っているが、それ以外の病気については何もしらず、他の専門医にまかせるしかない。

③僻地医療提供体制の無理

この様な専門医で僻地医療体制を作る為には、僻地に巨大病院を作るしかない。都会には大病院は作らず患者を搬送する。実際上は不可能な事である。

④専門医教育体制の問題

現在の医師の教育体制は専門医の育成であって、初期研修が終了した時点でスクリーニングとプライマリケア医としては最高点に到達してしまっている。ところが、現在は専門医しか居ないので、専門医にスクリーニングとプライマリケアをやらせようとしている。結局③の状況になってしまう。

⑤現在の医政の混乱の原因

40年～50年位前から厚生省が専門医の養成をはかり、成功してしまったところにある。成功したのは実際に医学の進歩には是非必要だった為でもある。

以上の問題点解決への解答

①スクリーニングとプライマリケア医養成の重要性。

もともと、専門医は優秀なスクリーニング医によって選別された患者を治療するのが本意であって、専門以外の患者を診察して自分の専門の患者を見つけるものではない。わが国の医政は全く誤っている。スクリーニングに従事する開業医が全員専門医などと言うことは外国から見れば理解の外であろう。

②アメリカのホームドクター養成コース。

米国で発展した専門医制は、やはり矛盾点が出て、今は一般医の養成に方向変換が図られている。最も参考にすべきところである。米国ではホームドクターコースが非常に人気が高い。優遇されている為である。自由経済の米国では需要があれば収入に結びつくので柔軟に対応できるのである。

③日米の医療制度の特色

アメリカは医療レベルが高く、医療費も高額である。故に、高い医

療保険に入っていないとその恩恵は受けられない。従って患者数も比較的には少ない。日本の特色は平等、低料金であり従って受診患者数も多い。結果として医療費も高額となる。これを解決するために受診率を低下させる様な施策¹がとられているが、政治的観点から表立って行うことは難しい。

④日米の差を埋めるにはどうすればよいか。

最大の問題は患者数の問題である。日本の患者はよいスクリーニング医がいないため、自分で正しい診断をつけて専門医に行くと良い診療が受けられる。結局、医者巡りをすることとなり、医療費の無駄使いとなる。対策としては医療者側の分類を患者が誤診しない分類にする事である。小児科と成人科の二つに分ければ患者が間違えることはなく、医師も過大な負担をせず済む。

⑤G Pの養成

先ず、外科専門医と内科専門医の資格を持ったものをG Pとする。小児外科と小児科の専門医を持ったものを子供のG Pとする。これで患者の医者巡りをなくすることが出来、無駄な医療費を削減出来る。時間はかかるが結局は医師は技術者であり、現在必要とされる者を養成していくことしかないのである。

⑥正道と彌縫策

正道は地道にG P^{を 作る}養成以外にないのだが、時間がかかる。しかし自由経済の米国では需要があれば収入に結びつくので柔軟に対応できるが、わが国ではその習慣がないので、地方では医師が来るまで給与を上げてゆくことは出来ない。

又、現在各県で行われている奨学金制度も、自由を束縛するのであるから、憲法との整合性が難しく、余程の好条件でないと難しい。国家試験に下駄を履かせるなどが考えられるが、平等の観点から国民の不満や、マスコミの説得はかなり難しいものとなる。

⑦日本の小児科の歴史

私が小児科医なので日本の小児科の歴史をみてみますと、日本の小児科医は金瘡医と言われた外科医の中で子供を扱う医師が出てきて自然発生的に小児科になったと言われ、開業医の中にも心臓外科医が循環器科をやったり、所謂、広範囲なG Pの要素として外科と内科の両方が出来る医師がスクリーニングとプライマリケアに携われれば救急の問題も医師偏在の問題も一気に解決する事ができる。特に厚生省の一方的指示で実現可能な方策ではないかと思えます。