

第18回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会議事次第

日時：平成17年9月7日（水）

15：00～17：00

場所：経済産業省別館1028号会議室（10F）

次 第

I 開 会

II 議 題

(1) 今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ（案））

(2) その他

III 閉 会

【 配 布 資 料 一 覧 】

資料 1-1 今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ（案））【見え消し修正】

資料 1-2 今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ（案））【修正版】

資料 1-3 今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ（案））【参考資料】

今後の生活習慣病対策の推進について
(中間とりまとめ (案)) 【見え消し修正】

平成 17 年 9 月 7 日

第 18 回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料

今後の生活習慣病対策の推進について (中間とりまとめ(案))

平成17年 月 日

厚生科学審議会
地域保健健康増進栄養部会

1 はじめに

- 我が国の平均寿命は、戦後、公衆衛生の改善や医学の進歩により急速に延伸し、今や我が国は世界有数の長寿国となり、健康寿命についても世界保健機関(WHO)の算出では世界一となっている。
- しかし、急速な人口高齢化の進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加し、死亡原因でも生活習慣病が約6割(がん31.0%、虚血性心疾患15.5%、脳血管疾患13.3%、糖尿病1.3%、高血圧性疾患0.6%)を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も平成14年度で9.8兆円(内訳は、高血圧性疾患2.7兆円、がん2.5兆円、脳血管疾患2.0兆円、糖尿病(合併症を含む)1.8兆円、虚血性心疾患0.8兆円)、国民医療費の約3割となっており、医療保険に係る国民の負担も増加している。また、生活習慣病の重症化等の結果として、介護保険財政にも影響を与えることになっている。
- 生活習慣病の中でも、特に、心疾患、脳血管疾患等の発症の重要な危険因子である糖尿病、高血圧症、高脂血症等の有病者やその予備群が増加しており、例えば、平成14年で糖尿病と強く疑われる人は740万人、糖尿病の可能性を否定できない人を合わせると1,620万人に上り、5年間で約2割の増加となっている。
- 本格的な健康づくり対策は、昭和53年からの第一次国民健康づくり対策、昭和63年からの第二次国民健康づくり対策を経て、平成12年に「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」が策定され、現在、その進捗状況等について中間評価の作業を進めているところである。

[平成 17 年 8 月 29 日資料を見え消し]

- この間、平成 8 年 1 2 月には、公衆衛生審議会の「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について（意見具申）」において、それまでの加齢に着目した疾患群を指す「成人病」とは異なる概念として、生活習慣に着目した「生活習慣病」という概念を導入することとし、「生活習慣病」という観点から疾病を横断的に整理し、社会全体として「生活習慣病」を予防するための環境整備等の取組の必要性が指摘されている。
- その後、平成 1 4 年には、「健康日本 2 1」を中心とする国民の健康づくり・疾病予防を更に積極的に推進するための法的基盤として健康増進法が制定された。
- さらに、平成 1 6 年 5 月、与党幹事長・政調会長会議において、「健康フロンティア戦略」がとりまとめられ、政府としても、これを受け、健康寿命の 2 年程度の延伸を目指し、①「働き盛りの健康安心プラン」、②「女性のがん緊急対策」、③「介護予防 1 0 カ年戦略」、④「健康寿命を伸ばす科学技術の振興」を政策の柱に、平成 1 7 年度から 1 0 年間、重点的に政策を展開することとなっている。
- こうした状況の中で、昨年 1 0 月以降、本部会では、「健康日本 2 1」の中間評価の作業を進めるとともに、これまでの生活習慣病対策（一次予防、二次予防、推進体制）の現状と課題及び今後の方向性について、計 1 0 回の審議を行ってきたところである。本年 7 月の部会での議論の整理を踏まえ、これまでの生活習慣病対策の問題点と課題を明らかにした上で、今後の生活習慣病対策の方向性として、
 - ・健康づくりの国民運動化（ポピュレーションアプローチ）
 - ・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）
 - ・医療保険者と都道府県の取組強化（生活習慣病対策の推進体制）等について、このたび中間とりまとめを行うこととした。

今後、「健康日本 2 1」の中間評価作業の更なる進捗状況や、医療制度改革その他の関連する制度改正の動向を踏まえ、医療、介護といった社会保障全体の枠組みの中での生活習慣病対策の在り方について、さらに具体的な対応を検討していく必要がある。

[平成17年8月29日資料を見え消し]

(関連する制度改正の動向)

○介護保険制度改革と老人保健事業の見直し

- ・介護保険法の基本理念である「自立支援」をより徹底する観点から、新予防給付の創設や地域支援事業の創設等による予防重視型システムへの転換等を柱とする介護保険法の一部改正法が本年6月に成立し、基本的に平成18年度からの施行となっている。
- ・また、平成16年10月には、老人保健事業の見直しに関する検討会の中間報告がとりまとめられ、「健康な65歳」から「活動的な85歳」を新たな目標とすることなどが提案され、「国においては、関連する制度等の改正も含め、本事業の見直しを全省的な取組として進めることを期待する」こと、「特に、介護予防対策については、介護保険制度の見直しに関する進捗状況を踏まえ、本事業の見直しの方向性と整合性を図りながら、具体的な方策について検討を行うべきである」こととされている。

○三位一体の改革

- ・三位一体の改革の議論を踏まえ、市町村国民健康保険財政の安定化における都道府県の役割・権限の強化を図るため、平成17年度から、国民健康保険に係る都道府県への財政調整権限の移譲と給付費に対する都道府県負担の導入を行うこととされた。
- ・また、市町村が実施する老人保健事業の負担金については、一般財源化の提案が地方6団体から提出されている。

○医療制度改革

- ・医療制度改革の検討の中で、より若年期からの生活習慣病対策の充実強化が重要課題の一つとされており、国民の生活の質（QOL）の向上を通じた医療費適正化方策として、医療機関の機能の分化・連携による平均在院日数の減少や在宅における医療サービスの充実といった対策に加え、中長期的な観点から、保健事業の積極的な取組等による生活習慣病対策の充実強化について検討が必要である。
- ・医療提供体制については、社会保障審議会医療部会において、医療計画の見直し等を含む中間まとめが、本年8月1日にとりまとめられた。

2 これまでの生活習慣病対策の現状と課題

(これまでの生活習慣病対策の展開)

- 昭和53年からの第一次国民健康づくり対策では、市町村保健センター等の整備や保健師、管理栄養士等のマンパワーの確保等の生活習慣病対策に係る基盤が整えられたほか、老人保健事業の創設等により40歳以上のすべての国民に対する健診等の機会の確保などが図られた。

また、昭和63年からの第二次国民健康づくり対策では、運動所要量・運動指針の策定、マンパワーの確保、健康増進施設の認定など、それまで対策の遅れていた運動習慣の普及に重点を置いた事業の推進が図られた。

- 平成12年からの「健康日本21」においては、健康づくり施策の世界的潮流も踏まえ、健康寿命の延伸等を実現するため、健康づくりに向けた国民運動について以下の基本的な方向を提示するとともに、がん、心臓病、脳卒中、糖尿病等の生活習慣病やその発症・進行に関与している生活習慣の改善等に関する課題を選定し、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がんの9分野において計70項目にわたる具体的な日標を提示している。

①一次予防の重視

疾病の早期発見・治療にとどまることなく、生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等の発症を予防する「一次予防」に重点を置いた対策を推進。

②健康づくり支援のための環境整備

健康の実現は、個人が主体的に取り組むべき課題であるが、家庭、地域、職場等を含めた社会全体としても、個人の取組を支援していくことが不可欠。

③日標の設定と評価

多くの関係者が共通の認識を持った上で、課題を選択し、科学的根拠に基づく具体的日標を設定するとともに、諸活動の成果を適切に評価し、取組に反映させることが必要。

④多様な関係者による連携のとれた効果的な運動の推進

多様な経路による情報提供の推進やライフステージ等に応じた取組の推進のため、国、都道府県、市町村、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者が連携・協力した取組の推進が必要。

[平成17年8月29日資料を見え消し]

○ その後、「健康日本21」を中心とする健康づくり施策を推進する法的基盤として、健康増進法が制定され、上記の「健康日本21」の基本方針等は、法律に基づく「国民の健康の増進のための総合的な推進を図るための基本的な方針」として位置付けられた。また、都道府県や市町村で策定されていた「健康日本21」地方計画が法律に基づく地方健康増進計画として位置付けられ、都道府県には策定義務、市町村には努力義務が明記されたほか、生涯にわたる国民の自主的な努力を促進するため、健康増進事業実施者による健診の実施等に関する事項について、厚生労働大臣が「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」（以下「健診指針」という。）を定めることとされた。さらに、従来国民栄養調査の内容に生活習慣の状況に関する調査を加え、国民健康・栄養調査として内容の拡充が図られたほか、多数の者が利用する施設の管理者に対し受動喫煙の防止措置を採る努力義務が明記された。

○ 平成16年5月の「健康フロンティア戦略」では、生活習慣病対策について、①がん対策で5年生存率を20%改善、②心疾患対策で死亡率を25%改善、③脳卒中対策で死亡率を25%改善、④糖尿病対策で発生率を20%改善という具体的な数値目標が掲げられ、平成17年度から10年間、重点的に政策を展開することとされている。

（「健康日本21」中間評価における暫定データから見た現状）

○ 「健康日本21」中間評価における暫定データからは、例えば、肥満者の割合や野菜摂取量、日常生活における歩数のように、「健康日本21」の策定時のベースライン値より改善していない項目や悪化している項目が見られるなど、これまでの進捗状況は必ずしも十分ではない点が見られる。

① 栄養・食生活

- ・ 中高年の男性の肥満者の割合が増加傾向にあり、30歳代から60歳代の男性の約3割が肥満者となっている。
- ・ 食塩摂取量や脂肪エネルギー比率は若干低下傾向を示しているが、野菜摂取量は1日350グラムという目標に向けた増加傾向は見られていない。

② 身体活動・運動

- ・ 日常生活における歩数は2010年までに、男性9,200歩、女性8,300歩といった目標があるが、策定時に比べむしろ減少している。

[平成17年8月29日資料を見え消し]

- ・運動習慣者の割合は、男女とも20歳代から50歳代では必ずしも増加していない。

③たばこ

- ・成人の喫煙率のうち、男性の喫煙率は減少傾向にあるが、女性の喫煙率の減少傾向は認められていない。女性では20歳代の喫煙率が最も高く、約2割となっている。

④糖尿病

- ・糖尿病の可能性を否定できない人の割合は男女とも増加傾向にあり、糖尿病と強く疑われる人と糖尿病の可能性を否定できない人を合わせると1,620万人に上っている。
- ・糖尿病有病者の治療継続率は増加していない。

⑤循環器病

- ・循環器病による死亡率に影響を与える高血圧、糖尿病といった危険因子は特に中高年男性で改善していない。また、高脂血症は、男女とも改善していない。

⑥がん

- ・がん検診については、受診率に都道府県間で大きな格差があり、がんの部位による差はあるものの、総じて受診率は低い状況にある。

(生活習慣病対策を推進していく上での課題)

- こうした現状を踏まえると、今後、生活習慣病対策を推進していく上で、以下のような課題があり、こうした課題を克服するため、生活習慣病対策の見直し・充実強化を図っていくことが求められている。

(1) 一次予防施策の課題

(健康に関する情報の氾濫)

- ・健康に関する国民の関心の高まりもあり、健康に関する情報がマスコミやインターネット等を通じ幅広く提供されているが、情報が溢れている感があり、かえって正しい情報を見分けることが困難な状況となっている。健康に関心のない者も含め、生活習慣病の特性や生活習慣改善のための具体的な対応方法等についての正しい情報がわかりやすく提供される環境整備が必要である。
- ・正しい知識の普及の観点からは、その基礎となる科学的知見について、例えば、運動所要量は平成元年に策定されて以来、見直しが行われていないなど、国としても科学的知見の整理・提

供が必ずしも十分でない面があった。

(日常生活で意識されるには日標項目を絞り込むことが必要)

- ・「健康日本21」の9分野70項目の日標は、各分野の健康づくり施策の指標等としてはいずれも重要であるが、個人の具体的な行動変容を促す国民運動の日標としてはいささか総花的な観があり、国民が日々の生活で意識するには多過ぎることから、例えば、野菜の摂取量や日常の歩数といった国民が日常生活で絶えず意識して行動すべき日標についても必ずしも十分には浸透していない一因となっている。

(ターゲットが必ずしも明確ではなく、具体的な施策プログラムも不十分)

- ・「健康日本21」の日標の多くは性別や年齢等を絞ったターゲットとすべき対象が示されていないほか、各分野の目標達成に向けた具体的な施策プログラムも十分には提示されていないことから、これまでの健康づくり施策は一般的な普及啓発活動が中心となっており、個人の具体的な行動変容、健康な生活習慣の獲得に必ずしも結びついていない。
- ・このため、栄養施策、身体活動・運動施策、たばこ対策などの各分野について、ターゲットを明確にした上で、効果的なプログラムの提示が必要である。また、個人に着目すれば栄養や運動などに関するサービスが一体的に提供されることが望ましいものの、こうした総合的な対応が不十分である。

(個人の取組を支援する社会全体としての環境整備が不十分)

- ・生活習慣病に係る情報の普及啓発については、多様な経路による情報提供が重要であり、マスコミを通じた広報や民間事業者との連携の重要性はこれまでも指摘されてきているが、これまでの普及啓発は行政や外郭団体の取組が中心であり、~~民間企業等~~の産業界を含めた社会全体としての活動に至っていなかった。
- ・例えば、スーパーマーケット、コンビニエンスストアやレストラン等の食品関連産業やフィットネス業界、健康関連機器業界などの産業界においても、健康づくりの観点からの情報提供や~~商品・サービスの開発~~が広がりつつあり、健康に関心のない者も含めた幅広い層を対象としたポピュレーションアプローチの一層の推進のためには、信頼性の乏しい情報が氾濫しないよう環境整備を図りつつ、こうした~~民間企業等~~の産業界の取組との

一層の連携が不可欠である。

(2) 二次予防施策の課題

(生活習慣病予備群の確実な抽出と保健指導の徹底が不十分)

- ・生活習慣病予防では、普段からの健康管理とともに、健診により生活習慣病の予備群を確実に抽出し、早期に発見することが重要であるが、健診・保健指導については、老人保健法、労働安全衛生法、医療保険各法などそれぞれの法律に基づき、市町村、事業者、医療保険者等がそれぞれ実施していることから、各実施主体の責任や役割分担が不明確であるとともに、各実施主体間の連携も不十分であり、対象者・未受診者の把握や受診勧奨等が徹底されていない。とりわけ被扶養者や自営業者の受診率は低い現状にある。
- ・また、健診は受けるだけでなく、特に予備群については、健診の結果に応じた適切な保健指導等により生活習慣を改善していくことが重要であるが、現状は必ずしも健診受診後の保健指導が十分には行われていない。

(若年期から生涯を通じた健康管理が不十分)

- ・現行の老人保健事業では 40 歳以上の者が対象となっているが、生活習慣病予防の観点からは、より若年期からの対応について検討が必要である。
- ・転職、退職等に伴い、健診の実施主体が異なった場合、健診結果等のデータが継続されないことも、生涯を通じた健康管理、保健指導の継続性といった観点から問題を残している。

(科学的根拠に基づく健診・保健指導の徹底が必要)

- ・疾病の早期発見といった観点から、従来からの健診項目の有効性についても、改めて検証が必要である。
- ・健診の検査項目等が制度間、実施主体間で異なっているほか、ライフステージや個人の健康課題に対応した健診項目となっていない。
- ・行動変容につながる動機付け支援も含めた保健指導プログラムの標準化が十分にはなされていない。

(健診・保健指導の質の更なる向上が必要)

- ・健診の精度管理については、健診指針において内部精度管理及び外部精度管理の適切な実施に関する一般的な記述はあるが、

[平成17年8月29日資料を見え消し]

健診の精度管理がすべての事業者で適切に行われる仕組みは整備されていない。

- ・健康度の改善等の観点からの健診・保健指導の事業実施の評価が十分に行われていない。

~~健診・保健指導について、今後生活習慣病の予備群を中心にきめ細かく対応していくためには、市町村等の現行の保健事業の実施体制のみの対応では不十分となることが想定され、民間事業者の積極的な事業展開が期待される。ただし、民間事業者へのアウトソーシングを推進する際には一定の質の確保が必要である。~~

(3) 推進体制の課題

(国としての具体的な戦略やプログラムの提示が不十分)

- ・「健康日本21」において全国的な目標値は提示しているものの、その達成に向けた具体的なプログラム、関係者間の具体的な役割分担や連携の在り方といった点について、国による提示が不十分であり、地方公共団体、医療保険者、民間団体等がそれぞれの目標、プログラム等をもってそれぞれバラバラに事業を展開している実情にある。

(医療保険者、市町村等の責任・役割分担が不明確)

- ・現在、健診、保健指導等については、医療保険各法に基づき医療保険者、老人保健法等に基づき市町村、労働安全衛生法に基づき事業者等がそれぞれ実施している。健康増進法の制定の際、各健康増進事業実施者（医療保険者、市町村、事業者等）に共通する指針として、健診指針を策定し、この健診指針と調和をとった各実施主体の指針等も策定されているが、対象者が重なる中で、健診・保健指導の実施に係る医療保険者と市町村等の責任・役割分担が不明確となっており、特に被扶養者、自営業者を中心に未受診者の把握や受診勧奨、保健指導が徹底されない一因になっている。

(関係者を総合調整する都道府県の役割が不十分)

- ・医療保険者、市町村、民間事業者等の関係者間の役割分担と連携強化のためには、都道府県の総合調整機能が十分に発揮される必要があるが、現状では必ずしも十分に発揮されているとは言い難い。
- ・こうしたことは、都道府県健康増進計画の内容に典型的に表れ

[平成17年8月29日資料を見え消し]

ており、例えば健診受診率の目標は市町村が老人保健事業で実施する健診のみを目標とし、職域での健診は目標に含めていない場合があるほか、目標達成に向けた各主体が取り組むべき具体的な施策が盛り込まれていないなど、具体的な事業計画となっていない。

(現状把握、施策評価のためのデータ整備が不十分)

- ・地域レベルでの健康関連データの把握が必ずしも十分ではないため、データに基づく目標の設定や、事業実施の効果の定量的評価が十分ではない。
- ・また、医療保険者、市町村等の各健康増進事業実施者においても、健診・保健指導の実施等による事業の効果について、十分なデータの蓄積や分析評価がなされていない。

3 今後の生活習慣病対策の基本的な方向性

～国民の健康づくりに対する意識の高まりを具体的な行動変容に結びつけるために～

I 「予防」の重要性・効果の再認識

～メタボリックシンドロームの概念を導入した対策の推進～

- 「健康日本21」では、一次予防を重視した取組を推進してきたが、健康に関心のある人が自主的に行う健康づくりの支援にとどまらず、健康に関心のない人や、生活習慣病の「予備群」でありながら自覚していない人に対し、「予防」の重要性や生涯にわたる個人の健康や生活の質（QOL）の向上に資する効果を認識してもらうため、社会全体として支える環境整備が必要である。
- 平成17年4月に、日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本肥満学会、日本循環器学会、日本腎臓病学会、日本血栓止血学会、日本内科学会の8学会合同で疾患概念と診断基準を示した「メタボリックシンドローム」は、内臓脂肪型肥満を共通の要因とした高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが大きく、内臓脂肪を減少することでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としている。
- 実際に肥満者の多くが、糖尿病、高血圧症、高脂血症などの複数の危険因子を併せ持っていること、危険因子が重なるほど心疾患、脳血管疾患を発症する危険が増大すること、運動習慣の徹底と食生活の改善を中心とした生活習慣の改善により内臓脂肪を減少させることで高血糖、高血圧、高脂血症といった危険因子のすべてが改善することといった科学的根拠を踏まえれば、今後、メタボリックシンドロームの考え方を取り入れた生活習慣病対策を推進し、国民や関係者の「予防」の重要性に対する理解の促進を図っていくことが有効と考えられる。

なお、糖尿病、高血圧症、高脂血症などの中には、メタボリックシンドロームに整理されないものも含まれることに十分留意が必要であり、メタボリックシンドロームの予防のみを進めればよいということではなく、それぞれの病態に応じた対策も当然必要

[平成 17 年 8 月 29 日資料を見え消し]

となる。

- こうした観点から、メタボリックシンドロームの概念や生活習慣病予防の基本的な考え方等を国民に広く普及するポピュレーションアプローチを積極的に推進していく必要がある。
- また、従来、二次予防は「健診による早期発見と早期治療」と定義されることが多いが、健診は「疾病」の発見だけでなく、「リスク」の発見のツールであることも再認識し、メタボリックシンドロームとしての生活習慣病には至っていない「予備群」を健診で早期に発見し、治療が必要となる状態に至る前に、保健指導を徹底し、生活習慣の改善を促すハイリスクアプローチをこれまで以上に充実強化させていく必要がある。
- さらに、生活習慣病の予防は、個人の健康度の改善や生活の質（QOL）の向上にとどまらず、国民の健康寿命の延伸や、さらに、特に若年期からの予防の徹底が医療費の適正化にもつながっていくことを、社会全体として積極的に評価していくべきである。

II 科学的根拠の不断の集積

～エビデンスに基づく施策展開と事業の実績評価の推進～

- 最新の科学的知見を実際の健康づくり施策や保健事業に反映させていくため、国の役割として、生活習慣病に関する研究や調査の成果を専門家の力を借りてできる限り速やかに整理して、食事摂取基準や運動所要量といった形で提示し、それに基づく具体的施策を展開できるようにしていくとともに、新しい科学的知見を不断に集積し、必要に応じ適宜見直しを行っていくことが必要である。
生活習慣病に関する研究については、平成 17 年度から 5 か年計画で開始した糖尿病に関する大規模戦略研究や、平成 17 年度から実施している疾病予防に関する研究等の成果を速やかに整理し、施策に活用していくことが重要である。
- 生活習慣病対策の企画立案、評価等の基礎となる国民健康・栄養調査その他の統計調査については、①現状の把握、②日標値の

設定、③事業の実績評価といった、効果的な施策を展開する上で重要である。こうした国における取組だけでなく、各都道府県においても、地域の健康課題を抽出した上で、都道府県健康増進計画に具体的日標を示し、地域全体の生活習慣病対策の進捗状況を定期的に評価していくためには、都道府県単位で実施されている健康・栄養調査等を充実させ、地域の状況を的確に把握・評価する体制を整備していくことが必要である。

Ⅲ 生活習慣改善の効果的なプログラムの開発と普及

～ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの相乗効果～

- 生活習慣病の「予備群」の発症予防を徹底するためには、健康に関心のない人や予備群でありながら自覚していない人も含め、広く対象とするポピュレーションアプローチと、生活習慣病の「予備群」が治療を必要とする状態に陥る前に早期に発見し生活習慣の改善を促すハイリスクアプローチを適切に組み合わせて対策を推進していくことが必要であり、これにより相乗効果が発揮できる。
- ハイリスクアプローチでは、健診は「疾病」の発見にとどまらず予備群の「リスク」を早期に発見するためのツールであることと、健診後の保健指導に確実につなげ、生活習慣の改善を実現するかが重要であることを再認識し、保健指導を中心に据えた一体的なサービスとして捉え直すことが必要である。特に、安易に投薬や治療に頼り、生活習慣が改善されず、不健全な生活習慣が維持されれば根本的な解決にはならないことを、広く国民に理解してもらうことが必要である。
- また、生活習慣の改善については、「節食や楽しくない運動」といったつらいことというイメージではなく、「バランスの良い楽しい食事や日常生活の中での適度な運動」といった良い生活習慣は気持ちがいいという快適さや達成感をいかに実感してもらうかが重要である。また、生活習慣を改善したいと思った者が無理なく、身近で、継続して取り組むことができる環境整備として、例えば、インターネット等のITの活用などによる職域等での身近な支援方策、地域における住民の主体的な取組の支援手法など

を含めた各種のプログラムを確立し普及を図っていくべきである。
なお、インターネット等による情報提供については、信頼性の乏しい情報が氾濫しないよう、正しい情報がわかりやすく提供される環境整備が必要である。

IV 個人の取組を社会全体で支えるための責任・役割の明確化

～都道府県の役割強化と産業界も含めた関係者との連携促進～

- 個人の健康の実現のための一人一人の主体的な取組を社会全体で支援していくためには、多様な関係者の連携が重要であることはこれまでも指摘されてきたが、現実には必ずしも十分に連携が図られているとは言い難い。具体的に連携を進めていくためには、まず、関係者それぞれの責任・役割分担を明確にした上で、役割分担に基づいた具体的な施策ごとの連携方策を検討していかなければ、責任を譲り合う、又はそれぞれができる部分のみ対応するといった体制に陥ってしまうおそれがある。
- 特に、ハイリスクアプローチについては、健診や保健指導を老人保健法、医療保険各法、労働安全衛生法などそれぞれの法律に基づき、市町村、医療保険者、事業者等がそれぞれ実施していることから、各実施主体の責任と役割分担を明確にすることが必要である。
また、今後は、未受診者の把握、保健指導の徹底、医療費適正化効果まで含めたデータの分析・評価といった観点から、医療保険者による保健事業の取組強化を図っていくことが必要である。
さらに、こうした多数の関係者間の役割分担と連携を進めていくためには、各関係者の協議の場を設け、総合調整を行う主体としての都道府県の役割が重要であり、都道府県の生活習慣病対策における役割強化が必要である。
- また、今後需要の増大が見込まれる保健指導の質と量双方の確保のためには、個々人のニーズに対応した専門的な保健指導を担える質の高い人材の確保、身近で効果的な保健指導を受けられる「場」の整備、そして、楽しみながら継続できるプログラムの開発が不可欠であり、~~こうした観点からは、行政の取組だけではなく、NPOや民間企業等のより積極的な取組が期待される。~~