

第 1 回 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

論点メモに対するご意見（例）

(1) 10 年後を見据えた目指す姿について

○個人と社会の両面の目指す姿を設定する。米国の Healthy People 2020 にもあるように、“Healthy people in Healthy communities” という考え方を明確に打ち出すことが必要である。

○個人が自立してがんばるには限界があるので、地域社会の中で絆を大切にして支え合うような社会、社会経済的に不利な立場の人々やなんらかの疾病や障がいを持った人も社会参加し、健康づくりの資源にアクセスできる社会をつくっていくことを目指す。「社会環境」より「地域社会」と表現した方が意図に近い。

○近年の経済格差の拡大に伴い今後さらに深刻化するとされる健康格差の拡大を防ぐために、個人への働きかけに加えて、すべての人々の健康に役立つ健康政策や社会環境のあり方を見直し、さまざまな側面（政策、環境整備、絆やネットワーク、家庭・地域・職場・医療の場など）から「健康を支え合える社会の実現」を目指すのがよい。

○ソーシャルキャピタルの活用等を通して地域での互助による健康づくりの視点（地域互助）を入れるべきではないか。少子高齢化のより一層の進展を踏まえると、健康づくりの場として「地域」の重要性は、ますます高まるものと考えられる。

○地域との“絆”が確認できる社会、世代間の相互扶助が行える社会、共生社会の実現。

○高齢社会の中で健全な社会機能を維持していくためには、性別や年代を問わず社会の中で何らかの役割（社会への貢献）を果たしているということを自負できる環境が必要である。社会での役割を果たすためには、年齢やハンディキャップにかかわらず、それぞれのレベルで「健康」を維持していくことが重要となる。社会通念上、健康そのものが最終目的にはならないので、健康な状態で何をなすかという視点が重要である。

○今後の人口動態、自然・社会環境、食などの影響をすべて考えながら、特に高齢社会における健康寿命延伸をいかに構築するかが、一番の鍵。

○高齢期の生き方、延命治療に対する考え方、情報システムの発展をどう取り入れて効率化を図るか。

○高齢者の生きがいづくりを促すことが必要ではないか。

- 若者も高齢者も生きがいを持った活力ある社会を目指すべき。
- 「生涯現役を目指す」というような文言を入れてはどうか。
- 「健康支援のための環境整備」「多様な分野における連携」がうまく機能してこなかったことを踏まえ、「社会環境の質の向上（家族・地域の絆の再構築、助け合い社会の実現、すべての世代の健やかな心を支える社会の再構築等）」を目指してほしい。
- どうすれば健やかで心豊かになれるか、自殺や児童虐待などのない人の交わり、心の交流を大事にする。
- 10年後の姿（死因別死亡率、有病率、医療費など）を科学的根拠に基づいて予測したうえで、そこからどういう方向にシフトさせるかを考える必要があるのではないか。
- どんなに一次予防が機能しても、がんなど高齢に伴い罹患率が上がる疾病の罹患率・有病者数の増加は避けられないのが現状。従って、この現状を認識して、高齢者においてがんなどと如何に共存してゆくかという視点は必須。ライフステージに応じた健康増進・疾病予防と医療が行われる必要がある。例えば、高齢者においては、一次予防のための介入（生活習慣改善や予防医療）やがんの早期発見が行き過ぎないことが極めて重要。

(2) 目的について

- 日本らしい「社会的健康」の在り方について具体化して、すべての国民が社会において何らかの役割を担うことを目的に加えてはどうか。
- 従来のものに追加して、社会の目指す姿に対応した目的を加える。具体的には、地域社会の質の向上、健康格差の縮小など。
- これまでの目標に加えて、次期プランで重点をおくべき社会環境に関わる目標として、健康格差の拡大防止・縮小を追加するのがよい。
- 健康格差の縮小について、上位を下げることで縮小したのでは意味がなく、下位をどう高めるかの視点を明確にすることが必要。
- 「健康寿命の延伸」と「生活の質の向上」は、超高齢社会のわが国の現状を踏まえると極めて重要かつ不可欠な視点である。
- 「健康格差の縮小」は、昨今の社会経済状況の変化を鑑みると、重要な視点のひとつではある。しかし、「健康格差の縮小」を達成するためには、健康づくりだけでなく、医療提供のあり方が極めて重要な要素となってくる。ここでは、「地域での健康づくりによる健康格差の縮小」等の健康づくりに特化した表現ならば、次期プランとの整合性を図れるのではないかと考える。
- 大目的は、生活の質（QOL）の向上。目的は、壮年期・老年期においては健康

寿命の延伸、少年期・青年期においては精神的健康の維持・増進。ライフステージや性別、健康意識セグメント別の目的の設定。

○個人の生きがいと活力ある社会の実現。

○当面の目的としては現状程度で欲張らないほうがいいが、個人が健康を増進することにより社会全体が健全な方向に向かうことを後押しするような視点が必要ではないか。

○基本方針は適切。その意味において、特定疾患の予防に偏らないことが、極めて重要。特定疾患の罹患率・死亡率減少だけでなく、その介入による他の疾患への影響や介入に伴う不利益（他の疾患リスクの増加、生活の質の低下、医療費や予防に伴う支出などの経済的損失など）を絶対的リスク（相対的リスクのみでなく）によって評価し、総合的利益のエビデンスに基づいて介入の推奨を決めるべき。

○壮年期は“死亡”だけでなく“障がい”（例えば、重篤な合併症と後遺障害、人工透析など）を含めた方がよいのでは。

（3）基本的な方向について

○社会の目指す姿に対応し、「誰もが主体になれる健康な社会づくり」の重視など加えてはどうか。

○すべての人々の健康に役立つ健康政策や社会環境の実現。

○社会システムによるセーフティーネットづくり、健康格差の是正。

○活力ある社会づくり。

○環境整備は非常に重要。特に、受動喫煙防止のための職場を含む公共屋内空間の禁煙、減塩・カロリーコントロールのための栄養成分表示、身体活動を容易に上げられる環境整備（特に、車社会の地方）、感染制御のための医療費補助や予防給付など。

○「社会づくり」は健康づくりの基盤となるものであり、非常に広範な取り組みが求められるものである。現行の「健康増進の支援のための環境整備」は、まさしく「社会づくり」の一翼を担っているものと考えられるため、「健康増進の支援のための社会・環境整備」とし、健康社会の実現のための社会づくりの意味合いを強調するなどの工夫を行い、国民健康づくり運動との整合性を図るべきではないか。

○社会づくりを重点化、一予防の重視に加えて重症化予防を加えることについては、賛成。予防できるタイミングで確実に予防策につなげることが重要。

○一次予防の重視に重症化予防を加え、医療の場での予防の推進とそのための制度の検討を行うことが必要。

○重症化予防は、医療費の削減には有力な指標であると認識。高血圧、糖尿病、脂質異常、慢性腎疾患の4項目は、特に重要。

○重症化予防の視点は、超高齢社会における新しい健康観にもつながるものであり、次期国民健康づくり運動の基本的な方向性にとっても重要な事項であると考えられる。ただし、他の施策と一部重複するところもあり、整理を行う必要がある。

○情報の共有化と自己決定できる選択肢の整備。

○すべてを満たすことは難しいので、どこで折り合いをつけるかは個人の選択かもしれない。例えば、アクセスは悪いけれど、ここに住みたい場合に、強制的に移住させることは難しいが、適切な情報提供により、「自分の意志による選択」が健康にとって最適で満足のいくものにしたい。

○目標の設定と評価に、モニタリングを加えるとよい。

○設定した目標の評価のためのモニタリングの仕組みを最初の計画段階から組み込んでおき、都道府県や市町村が評価を容易にできる仕組みをプランの中で提供することが必要。

○栄養学などにおいえ、国際的に比較可能なデータを収集するための調査デザイン改定を含めた国の情報インフラの改善が急務である。

○多様な関係者による連携のとれた効果的な健康増進の取組の推進に、ターゲットを明確にし、ターゲットに応じた取組の推進を加えるとよい。

○現在の方針で大きな問題はない。ただし健康づくり運動に対する国民世論の理解がないと、孤立した健康関連業界だけの活動になってしまう。したがって基本方針の中に「啓発活動を通じた国民全体の理解の促進」という大項目があってもいい。

○目標達成のためには、計画と実行面の整合性を担保することが重要であり、計画を保健衛生関係の事業だけでなく、広く他部門の事業にも反映させる仕組みが必要である。連携から一歩踏み込んで「それぞれの立場での多様な人的・物的な社会資源の活用」という形で整理できないか。

○多様な関係者について、市町村においては健康環境づくりが必要であり、高齢者の自立では特に住宅政策や交通政策との連動が欠かさないので、このような観点での言及が必要ではないか。

○基礎的産業保健活動（BOHS, 第13回 ILO/WHO 産業保健合同委員会、2003）の考え方を取り入れてはどうか。

○経済性（効率性）の観点は不要か。重複やムダの少ない制度設計を目指す必要がある、そのための部局横断的な検討が必要。また、どこまでのレベルが公として実施すべきかなどの考えも必要か。

(4) 目標について

- 主要な指標(数値目標)を基本方針(告示)に盛り込むことは、わが国の健康のあり方の方向性を明確にすることであるので、ある程度の効果が期待される。
- 主要指標(数値目標)を基本方針(告示)に盛り込むことには賛成。
- 主要な指標として掲げるものの候補としては、①政策としてニーズやインパクトの大きさ、費用対効果などの面から優先順位が高く、今回のプランにおいて重点を置く目標、②政策やアクションプランが明確でかつエビデンスに裏付けられ、実行可能性のある目標設定が可能なものの条件を満たすものがよい。
- 数値目標については、設定すべき。
- 目標について、指標を記載することはよいが、目標値は記載しなくてもよいのではないか。
- これまでの反省を踏まえ、主要な指標を設定するのは最小限にすべき。
- 数値目標は、必要最小限が望ましい。
- 主要指標として、健康格差の拡大防止・縮小、各論では日本人の死亡原因の大きさを考慮すると、成人喫煙率の減少や食塩摂取量の減少などが重点目標となる。
- 具体的な数値目標を示すのがよい。現行の健康日本21のように、国民の平均血圧が2mmHg下がると、脳卒中死亡者は〇〇人減少するなど具体的な目標はインパクトがあった。
- 主要指標には、生活習慣の改善に関する指標として、喫煙、食事、運動が重要。
- 喫煙率減少や高血圧有病率減少など、その改善により健康リスクを低減させることが明白で、それによる不利益がほとんど想定されないリスクファクターに関する客観的指標は有意義。
- 医療費抑制の観点から糖尿病合併症(特に腎症)の減少の目標値を設定。
- 糖尿病有病率の減少など、特定疾患のみをターゲットとした指標は、他の指標とのバランスを考えながら用いるべき。
- 十分に根拠を集めてから示した方がよい。指標については、健康寿命の延伸、死因別年齢調整死亡率、重篤な合併症の罹患率、生活習慣病リスクの保有率などの、最終的に目指す結果指標を重視してはどうか。
- 評価指標相互の関連も重要である。例えば循環器病対策では、通常、ハードエンドポイント(脳卒中や冠動脈疾患)を発生させないのが主目標であり、危険因子(高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙)の管理はハードエンドポイントの予防手段である。危険因子とハードエンドポイントは階層化して評価する必要がある、臨床試験のPrimary Endpoint、Secondly Endpointのような考え方

が必要となる。また数値目標は Primary か Secondly のどちらか一方だけでいいという考え方もあるのではないか。

○「生きがいの向上」は活力ある社会にとって重要な指標になると思う。

○主要な指標となるものは、項目（２）での「目的」と対応し、かつ具体的な数値アウトカムとして明示できる上位指標が望ましい。「健康寿命の延伸」は、これらの条件を満たすものであり、かつ総合的健康指標と考えられる。

○健康寿命の延伸、主観的健康度、幸福度、生きがいの向上、健康格差の縮小など、客観性が担保出来ない指標は避けるべき（妥当性が担保された客観的指標が利用出来るのであれば良いが）。75歳までの死亡率の減少などの客観的に示せる数値にすべき。

○モニタリング指標としては健康格差や幸福度、生きがいなどの社会疫学的な指標は有用と考えるが、これらはむしろ経済的、社会心理的な外的環境の影響を強く受けるので目標設定に組み込むのは危険と考える。またこれらの指標のモニタリングについては代表集団の設定が困難であり、サンプル調査の場合では応諾率の影響を強く受けるので注意が必要である。厚労省を超えた国家的な位置づけにできるのであれば社会疫学的な指標を中心に置くのは問題ない。

○子どもたちに（特に思春期）に対する健康教育及び妊娠出産を担う女性への健康支援について、具体的な指標を設定してはどうか。

○産業保健サービスが働く人々すべてに供給される体制を目標とすべきではないか。

○地域環境の健康度に注目して、その向上のための目標値を設定してはどうか。

○国民健康づくりは種々の分野が連携して実施するものであることから、数個以上の指標を盛り込む場合には、特定の領域に偏らないように、課題のクラスター化（グループ化）を行い、中項目を設定するなどの工夫が必要である。例として、壮年期での有病率が高い疾病の改善（糖尿病、循環器、がん、歯周病等）とそのリスクファクターの低減（たばこ、栄養等）や社会生活機能（口腔機能や運動機能など）低下の低減などの項目設定が考えられる。

○アウトカムだけではなく、システム、プロセス、アウトプットの指標も目標化してはどうか。

○指標については、保健統計指標、個人の行動指標、環境整備・支援の指標のように3つに分けて指標を設定してはどうか。

○評価するに当たっての情報の利活用の仕組みを具体的に考えてはどうか。