

第 3 回 健診・保健指導の在り方に関する検討会 議事概要（未定稿）

平成 24 年 2 月 6 日（月）15:00-17:15

議題 1 特定保健指導の対象とならない者への対応について

島本構成員）高血圧の方への対応については、特定健診・保健指導のスタートに合わせて学会で整理し、I 度の軽症高血圧は原則として保健指導とし、1 年間は「情報提供」のみで受診勧奨をしないこととした。

学会ガイドラインでは、3 か月は生活習慣改善を指導することとしていたもので、1 年間は少なくとも情報提供を行うとしたが、今回の見直しで何らかの形で特定保健指導に入れていただくことを前提として考えていた。

情報提供についても、高血圧という病気をしっかりと認識させること、運動と減塩の必要性をしっかりと伝えること、次回の健診を必ず受診し数値が高ければ医療機関を受診することなどをすべて伝えていただくことを前提としていた。

今回の見直しに当たっては、I 度の他のリスクのない低リスク高血圧の方は特定保健指導のいずれかに位置づけていただきたい。また、非肥満で C ゾーンの方のうち、血圧に加えて脂質や血糖のリスクがある方は中度～高リスクで、受診勧奨となるので、C ゾーンも多様であり、そこをどうするかも十分に御議論いただきたい。

山門構成員）判定区分 C の方への対応は、2004 年の高血圧学会ガイドラインでは、6 か月の生活習慣改善指導を行い、それでも高血圧であった者は受診勧奨ということだったが、2009 年版は生活習慣改善指導が 3 か月に短縮されている。今の話は、それを 1 年間猶予するという事か。

島本構成員）そのとおり。生活習慣改善指導の 3 ヶ月を長めに解釈し、特定健診は一年毎の実施であることからやむを得ず情報提供とした。学会としては好ましいと思っていない。

保坂構成員）厚労省は健診について科学的に検討すべきであって、費用など他の要因に縛られているように感じる。抜本的な見直しが必要ではないか。

島本構成員）軽症高血圧の方は受診しても薬を飲まない方やそもそも受診しない方も多いので、特定保健指導の制度にのせられれば大きな意義がある。

保坂構成員）特定保健指導にのせられたらよいが、財源の問題もあるだろう。まずは動機付け支援のようなことをして、その後の経過をみて指導を行うなり、特定保健指導の仕組みの中に入れるなり、こういった方への対応が抜け落ちないようにしてもらいたい。

門脇構成員）特定健診・保健指導は生活習慣病の発症予防が目的であり、発症したら、生活

習慣指導も含め医療の対象ではないか。制度創設時の検討では、血糖値がDゾーンの方は糖尿病なので、保健指導ではなく受診勧奨にした経緯がある。

肥満なしでBゾーンだと情報提供になるが、日本人は非肥満からの糖尿病の発症が約半分を占めているので、非肥満の糖尿病予備軍も生活習慣の保健指導の対象にすべきである。

また、Bゾーンは広い領域であり、2009年の日本糖尿病学会の新しい診断基準では、空腹時血糖 110mg/dl 以上、ヘモグロビンA1c 5.60%以上は特に糖尿病の発症リスクが高いので、予防的な介入をすべきと規定している。非肥満でも介入は有効であることがわかっているので、ここへの対応について議論していただきたい。

事務局) すべて政策は財源あってのものであり、総合的に判断して決めていることについて誤解がないようにしてほしい。

竹村構成員) 実施者レベルでは、保健指導のリソースが少ないため、「することができる」「したほうが望ましい」というものは後回しになってしまう。議論されたものがすべて特定保健指導の対象としてカウントできるようにしないと、良い指針を作っても肥満を中心とした保健指導の中ではこぼれ落ちてしまう。

野口構成員) 尼崎市では、軽症者にも保健指導の網をかけているが、特定保健指導の実施に加え、非肥満でも非常に重症の方を必ず医療機関につなげることに重点を置くことが重要である。現状の「情報提供」では、一律に健診結果を送るだけにとどまっているところもあるが、そうではないことを「標準プログラム」に盛り込み整理することが現実的ではないか。

山門構成員) 日本肥満学会ではBMI 25 以上を肥満としているが、内臓脂肪型肥満という概念では、内臓脂肪 100 cm³以上が肥満である。BMI 25 未満であっても、内臓脂肪 100 cm³以上のいわゆる隠れ肥満では、非常にリスクが高い。非肥満者についても、生活習慣の修正はどのくらい必要か、情報提供でよいのか、あるいは特定保健指導に入れるのか議論してほしい。

荒木田構成員) 受診勧奨のところもまずは保健指導を優先すべきことが明確になったことはありがたい。ただし、糖尿病に関しては、非肥満でBレベルを情報提供にとどめるのはリスクであり、血糖値 110mg/dl 以上については、一度は保健指導がしっかり提供されるようにしてもらいたい。

野口構成員) 「情報提供」は特定保健指導ではないけれど保健指導の一つなので、この「情報提供」の提供方法などについて具体的にプログラムの中に盛りこむことが現実的である。保健指導の数が増えると大切なところへの対応もできなくなってしまうという現場の実情を勘案していただきたい。

島本構成員) 高血圧では、Cゾーンの場合でも情報提供になっている。血圧高値と境界型の糖尿については、できるだけ保健指導の対象とするように議論していただきたい。血圧Cゾーンを情報提供にとどめることは極めてまずいということを理解して

もらいたい。

津下構成員) 非肥満に対する保健指導もやるべきだと思うが、保険者に義務づけた特定保健指導の場合、どれだけの効果があるのかを考える必要があり、制度導入時にかなり問われた。そのような議論に耐えうるエビデンスがあるプログラムをどう入れていけるのかという観点も必要。保険者を納得させるエビデンスを示せるのが課題の一つとして認識しておくべきである。

宮崎構成員) Cゾーンの方々への保健指導は重要であり、特定保健指導の中に新たに位置づけた方が、しっかりやっていく意味で意義がある。血圧がCゾーンの方の多くは受診せずに放置されていたと思うので、そこをきちんと方向づけをしていく意味では、単なる情報提供というより、特定保健指導の制度に取り込むように打ち出すことが重要だと思う。

津下構成員) Cゾーンは、服薬治療への移行率が高いため、保健指導をしっかり行うことで服薬率の変化を検証でき、保険者が納得できるデータは出せると思う。臨床経験からいうと、この範囲は疾病予防効果が高いので、肥満をベースとした保健指導とは違う保健指導プログラムを作成し、しっかりと保健指導をする必要がある。

宮地構成員) 新しいプログラムを考える場合、効果に対するエビデンスだけでなく、食事や身体活動の保健指導を行ったときにどんなリスクがあるかを押さえた上で、枠組みの中に入れるかを議論すべきである。新しいカテゴリーの対象者を入れる場合には、保健指導を受けて事故が起こらないかという観点でよく精査し、検討する必要がある。

保坂構成員) リスクを勘案すると、個々の状況に合わせた保健指導が必要となるため、医療機関を受診して個々の身体状態を把握した上で保健指導を実施するという方向を目指すべきである。

津下構成員) 肥満の方には減量できれば効果をフィードバックできるが、肥満でない方には何をもちて評価とするか難しい。Cゾーンの方に保健指導を行った場合、6か月評価のときに、血圧、血糖等の再検査をすると非肥満者への保健指導の効果を確かめることができる。

保坂構成員) 数値も大事だが、保健指導を続けるべきか否かの判断は、他のいろいろな要素を含めて行う必要があり、医療と保健指導を組み合わせることができるようになると良い。

永井座長) 非肥満でリスクがある方は重大なイベントがまだ起こっていないため、動機づけがなかなか難しい。

山門構成員) そのような対象者を特定保健指導に位置づけるとそれなりの対価や医療費も発生するので、その点も十分に考慮したうえの判断になる。

保坂構成員) Cゾーンで医療機関にかかった場合、当然この数値では、保健指導を行い継続して受診することを進めるものだと理解しているがどうか。

島本構成員) そのとおり。ただし、血圧に関しては、リスクが全くない軽症高血圧の場合には、すぐに薬を使わないで3か月は生活習慣改善の指導を行うことになる。

保坂構成員) 特定健診で血圧のリスクが判明した人に対しては、そのレベルの対応もしていないように感じるがどうか。

島本構成員) 病院に行かなければ、当然そのレベルに行っていないのではないか。

保坂構成員) つまり受診勧奨や保健指導をしておらず、抜け落ちているということであり是正すべきである。医療機関にかかっているならば定期的な指導や検査をされるが、特定健診では何も言われずに見逃されているというのは何とかしなければならぬ。

野口構成員) 情報提供は保健指導のひとつであり、単に健診結果を送りつけることが本来の姿ではない。健診の目的や検査項目の意味を説明する中で、対象者個人が自分の健康状態を認識できるようにすることが本来の情報提供であること、結果の通知だけで済ませてはいけないことについて、標準プログラムの中に明文化していく必要がある。きちんとやっているところもあるので理解いただきたい。

門脇構成員) 尼崎市は先進的な取り組みをしている。非肥満でも糖尿病発症のリスクが高い対象者については予防的な生活習慣改善指導をしている。このように、志が高く、マンパワーのあるところでは、非肥満者に対しても取り組んでいるが、多くのところはマンパワーが不足し、実際にはあまり介入できていないのが実態である。それは制度上では情報提供となっているから、尼崎市のような取り組みがもつとなされるよう、制度に書き加える必要がある。

津下構成員) 標準的な健診・保健指導プログラムでは、情報提供とは全員に画一的な情報を提供するのではなく、対象者個人に合わせた情報提供を行うなど、しっかりと情報提供すべきことが書き込まれている。しかし保険者に示された手引きでは、このような細かい内容が記載されておらず、検査結果の数字を渡すというような表現になっているので、標準プログラムに盛り込み、情報提供の重要性が伝わるようにしてもらえればよいと思う。

竹村構成員) 例えば国保では、県レベルで情報を統一している。我々が見てもわかりにくい内容だが、市に話をしても県で作成しているから我慢してくれと言われてしまう。細かく指針で示してもらえれば、県も見直すのではないかと。

永井座長) 事務局としてはどこまで踏み込むのか。何か意見があるか。

事務局) いただいた意見を踏まえて、座長と相談して整理させていただきたい。

永井座長) 費用の問題ではないといっても当然関係するであろうし、どこかで線をひくことになるので、次回、事務局と相談して提案させていただく。

井伊構成員) 保険者によって、熱心に情報提供しているところとそうではないところがあ

る。特定保健指導の対象ではない者については、健康増進法による保健指導で取り組んでいる市町村もあるので、このような取組の実施状況についての資料も提供していただき検討できたらより良い。

保坂構成員) 特定健診・保健指導以外の生活習慣病対策として、市町村が別途健康増進に取り組んでいるものもある。このような課題が出たときに、保険者の費用負担の話を言われればそれで終わりになってしまうが、健康局の検討会なので、それ以外の仕組みも含めて、国としてどうすべきかを検討してもらいたい。

島本構成員) 高血圧者への対応は市町村が実施している健康増進事業において個別健康教育で対応できると書かれているが、自治体により取組みの温度差が大きく、やりたくてもやれないところが多いと思うので、もう一步踏み込んでもらいたい。

保坂構成員) 「〇〇できますよ」では現場は動かないので、仕組みを作って、具体的なやり方とセットで保険者や市町村に示すべきである。特定健診の受診率や、特定保健指導の実施率が上がらない中、被扶養者の健診を市町村で行うことも含めて、よりよい健診、保健指導になるよう知恵を絞っていききたい。

議題2 高血圧者、喫煙者に対する特定保健指導について

野口構成員) 改善率の高い方は、複数のリスクの集積結果を踏まえて説明を受けて、自分の体の中で起こっていることのトータルで具体的なイメージがわくことで、効果が上がっている。血圧や喫煙を切り分けて保健指導をした場合、十分にデータの読み解きをせず、モグラ叩きの保健指導になりかねないため、改善が見込めるか疑わしい。

禁煙指導については、トータルで体を理解してもらった上で禁煙指導に持っていくやり方にしている。喫煙だけで入ると、健診そのものに対する抵抗感が高まり、継続受診や保健指導への影響が懸念される。

津下構成員) できるだけ早い時期に本人と会うことは重要で、問診や行動変容ステージの確認ができ、過去の検査結果が手元にあれば健診当日に話すことで、信頼関係をつくるのにプラスにもなる。

禁煙指導をして拒否されるかどうかは、保健指導のスキルに関わってくる。初回によい人間関係をいかに築けるかが重要であり、そういうことから考えると、初回面接を分けて行うことには全面反対ではない。

ただし、健診当日に喫煙者、高血圧者すべてに保健指導をしていくとなると、実施体制面の不安はある。

荒木田構成員) 小規模事業所では、健診の時間をとるだけで精一杯で、健診のデータが揃って保健指導を行うのが望ましいが、再度時間をとるのは難しいのが現状。このため、健診当日に判明しているリスクに着目して保健指導を行うことには賛成である。

喫煙者に対しては、健診当日が最も意識が高いのでその機会を逃さず、希望者

だけに実施するという形もあるかもしれない。

また、健診終了後、保健指導を始めるまでにかなりの方は体重が増えることから、健診当日に動機づけとして関わるのは重要である。

山門構成員) ドック健診では健診当日に医師が結果を説明し、保健師等が保健指導のスケジュールを作成する。初回面接は極めて重要である。健診当日に全ての検査結果が揃う場合に限り、当日に面接をして良いことにしてもらいたい。今は個別契約に限って認められているが、集合契約においても条件が揃えば可能としてほしい。

また、禁煙については、公衆衛生学会、人間ドック学会を含めた16学会で構成する禁煙推進学術ネットワークで、特定健診・保健指導での対応の重要性を厚労省大臣、各局長あてに発している。最も重要なのは禁煙指導であり、実施上のスキルは専門家に考えてもらうとして、禁煙指導を初回面接に組み込むことを是非考えてもらいたい。

永井座長) 初回は早めに面接して、2回目に結果が出てからは対面によらなくてよいのではないかという事務局の提案はどうか。

保坂構成員) 検査結果が出てからの保健指導を電話で実施することは絶対反対である。それを基準にすると保健指導のよい点が失われるので、結果が出てからも対面でやるべきである。

初回面接を2回実施した場合、費用はどうか。保健指導実施者の立場を考えると、2回に分けて実施することで1回分しか支払ってもらえない場合が発生することになるが、そのことも考えて提案しているのか。

事務局) 未定であり、やり方が決まれば、費用の支払いについて議論したい。

宮地構成員) 初回面接を行うまでには、健診結果、問診で得られた身体活動や食事状況を踏まえて相応の準備をして臨んでいる。保健指導実施者が初回面接に勝負をかけて行っていることでこの制度が確立しているので、健診結果が揃わない段階の保健指導はまずあり得ないと思う。

松岡構成員) 初回面接では、対象者の気持ちの受けとめ方、危機感の感じ方、行動ステージの把握が重要である。標準プログラムによると初回面接20分の中で目標設定することになるが、検査結果の説明などで終わってしまい、気持ちの聞き取りが十分にできていない。当日にそろっているデータだけでも、前回のデータとの皮革で本人の危機感を聞き取ることはできる。その後、各個人のステージに応じた目標設定を行うというプログラムの流れや、問診票の見直しも必要でないか。電話か面接かは今後の課題か。

島本構成員) 例えば非肥満で糖尿病があると、血圧の管理の保健指導が変わってくる。データが揃っていない1回目を主体にするのは不可能であるし、検査結果が出てから

本格的に実施するとしても電話で行うのは難しいのではないかと。Cゾーンの対象者は多様であるので、血圧、喫煙以外のリスクが分からない段階で、最終的な保健指導はできない。

野口構成員) 継続的に健診を受けている人はデータ量が多いが、それでも体重や血圧の変化だけでなく、血液検査の結果により生活習慣を読み解き介入しているので、トータルで情報がないと保健指導の組立てができない。また、それを電話でやるには相当のスキルがないと難しい。

議題3 特定保健指導の課題について

津下構成員) 研究班での分析では、行動変容に至るまでには継続的に働きかけることが重要で、1回だけの情報提供では確実な効果にはつながらず、一定量の継続支援ができる仕組みが有効であることが確認できた。一方、会社での健康キャンペーン、繰り返し情報提供、食堂の環境整備など、必ずしもポイントによらずに結果を出している例もあるが、継続的に対象者を支援する仕組みが重要である。これらから、制度として保健指導の実施を確認するために、一定の目標を立てる仕組みが必要と感じている。

荒木田構成員) ポイント数と成果については年齢調整も関連するので、今後も継続的な検討が必要だが、保健指導の質を担保する上でもポイント制は必要である。支援Bの必須要件を外すのは納得する。

初回面接者と評価者については、一定の要件下で同一者でなくてもよいとすることは現実的な対応で賛成である。

宮崎構成員) 若い世代には支援Aを中心に実施してもよいが、年齢の高い方、特に男性に対しては、支援を継続するための励ましや共感が重要である。そういう点で支援Bは重要であり、事務局の提案が支援Bを重視しないということの意味するのであれば疑問である。

6か月後の評価は、行動目標に対する到達状況をみる視点と、保健指導のプロセスを検証し見直す視点の二つのポイントがある。後者の保健指導のプロセスの振り返りについては、担当した者が自ら行うことが重要であるので、やはり原則の同一者であるべきという点は外さない方がよい。

井伊構成員) 最低限の保健指導を実施する考えからは、ポイント制は必要と思う。支援Bの必須要件を外すのも賛成である。

特定健診・保健指導制度の開始以降、本会で3年間継続支援している事例を集めており、3年間で17回支援した20～30例のうち、特定保健指導で関わっているのは5回であった。特定保健指導以外の健康増進法によるポピュレーションアプローチや働きかけでコントロールできる例があり、ポイント制でこれらの取組みが評価できるような仕組みにしてほしい。

初回面接者と評価者については、「同一であることを原則」あるいは「同一であるべき」という表現にしていきたい。保健指導のやりっ放しにならないことが保健指導の質の担保になるので、同一者であるべきとすべきである。

事務局) 保健指導の柔軟な対応については、現在、工夫して取り組んでいるところもあり、好事例として事例集等で示したい。

また、支援Bはそのものを無くす趣旨ではなく、支援Aのみでポイントを達成してもよいという意味であるため、現在、支援Aと支援Bを効果的に組み合わせることで成果を上げているところについては、引き続き取り組んでいきたい。

6か月後の評価には、次への振り返りの視点があるというご指摘はごもっともであり、原則は同一者であるべきというご意見も含め、評価のフィードバックという視点を補足しつつ整理したい。

津下構成員) 保健指導の記録を標準化し、個人としてのフィードバックだけではなく、組織・チームとしてのフィードバックも非常に重要である。それが資質向上や仕組みの改善につながるので、「評価の見える化」を行うとよりよい仕組みになると思う。

三浦構成員) 共通書式による情報の共有化は、成果を客観的な視点でみるのに有効である。そのような環境があれば、初回面接者と評価者が異なっても、チームでの対応は十分である。

野口構成員) 保険者としては、外部委託の一定の尺度がないと困るし、価格を均一に設定するためにもポイント制は必要ではないかと思う。180ポイントをクリアしようとすると、尼崎の場合、2回程度の対面による保健指導を行うこととなるが、そうすると改善率は高くなることから、指標としては理にかなっている。

180ポイントや支援Bの要件をクリアするための計画を立てるような状況があれば本末転倒であり、支援Bの必須要件を外すことに賛同する。

本来のリスク改善、肥満改善ではなく、ポイントの確保に意識が向いている現状は問題である。今後の課題として、特定保健指導対象者の減少なども併せて報告させるなど、ポイントだけに意識を奪われないような仕組みを検討してほしい。

松岡構成員) ポイントにとらわれ過ぎているのが現状で、(支援Bのポイントを稼ぐために) 電話を何回もかけると相手から拒否されて受診率の低下につながるという声がある。

ポイント制の枠にはまりすぎて困っている保健指導実施者もいるので、柔軟性が持てるように検討してほしい。

宮地構成員) ポイントが多ければ多いほど効果があるのは感じているが、保健指導を受ける方はどう感じているのか、途中で脱落していないかという観点でも検討が必要。

津下構成員) 初回面接できちんと説明して、対象者自身が本気になって取り組もうとする意識を引き出すことができるかが重要であり、300ポイントを実施すると脱落率が高いとかの話ではないと思う。対象者にやらされ感があり、また、実施者

側もポイントにとらわれた保健指導を行うといい関係は築けないので、最初の説明は非常に重要である。

宮地構成員) 180ポイントの保健指導を受けなければならないことが、実施率を低迷させているという事実はないのか。

津下構成員) 例えば、制度スタート前に120ポイントでも効果が出ているところもあった。地域、職域との違いもあり、一律に180ポイントでよいかということもある。様々な可能性があるので、ナショナルデータベースで保健指導のポイントと効果について検証した上で考える必要がある。

門脇構成員) ポイントはプロセス指標であり、真に大事なのはアウトカム指標である。保健指導による改善状況も個々人で異なることから、180ポイントにこだわらず、アウトカム指標も取り入れて、そろそろ効率的に柔軟に評価する方向に見直すべきである。

野口構成員) 尼崎市では、特定保健指導を完了した者と途中脱落した者の次年度の改善率を見てみると似通っていた。ポイント制は委託契約上の枠組み、目安として必要であるが、今後、アウトカム指標も含めて、どういう評価の仕組みが必要か検討していただきたい。

山門構成員) 保険局の検討会では、客観的な評価ができるのであれば初回面接者と評価者を同一者でなくてもよいと決定されたと理解している。

人間ドックでは、必ず3年間の経年的な実績をもとに対面で保健指導を行っているので、経年受診者に対する特定保健指導の仕組みも構築してほしい。

宮澤構成員) 健診項目として、腎臓学会からクレアチニン検査を入れてほしいという意見を聞いている。腎臓学会ではCKD対策に力を入れて取り組んでおり、また、透析患者が増加し莫大な医療費もかかっていることから、クレアチニン検査の意義は大きい。

腎臓学会の先生と議論したところ、血清クレアチニンが上昇する前に尿中にアルブミンが増えてくるが、大多数が高血圧、糖尿病の患者であり、血圧や血糖などを測定していること、また尿蛋白検査はかなり手間暇がかかることから、限られた財源を考慮すると、CKDを拾い上げる意味においても、クレアチニン検査だけでよいのではないかと思う。

永井座長) 健診項目の見直しは、どこで議論するのか。

保坂構成員) 歯科、眼科などの健診項目について、今後この検討会で検討するものと理解しているがどうか。

事務局) この検討会は、特定健診・保健指導の在り方、次期国民健康づくり運動の基本的方向性を踏まえた検討の2つの視点で検討しており、特定健診の項目の取扱についても今後検討したいと考えている。

佐藤構成員) 問診票の見直しのスケジュールについて教えてほしい。

事務局) 問診票についての意見があればこの検討会の中で議論していただきたい。

議題4 次期国民健康づくり運動プラン骨子(案)について

議題5 平成22年国民健康・栄養調査結果について

林構成員) 厚労省にはたくさんの委員会や計画があるが、これが国の健康づくりの憲法という位置づけか。

事務局) 健康づくりの関連での検討の場はいくつもあるが、このプランの検討は健康増進法に基づいて実施している。また、単に健康局の分野だけではなく、他部局に意見を伺いながら実施しており、全体的に健康というのをどのように考えるか、という位置付けでの一つの基本となるものと考えている。

林構成員) 質問の意図は、健康の問題は健康づくりの運動だけで自己完結できるものではないということである。健康格差の縮小などを考えた場合、経済環境やインフラの問題もある。ひとつの例として、ミネソタ州のミネソタマイルストーンでは、健康指標の他に、環境、経済、民主主義の指標というように5つ分野がある。つまり、健康格差を縮小するには健康のことだけ論じても難しく、次期国民健康づくり運動という大きな位置付けであれば、もっと全体的で横断的な指標を他省庁の協力を得て立てていく必要があり、地域で実施していく上でも他部局との連携や協力が必要になる。

事務局) 諸外国でも健康に与える社会的な決定因子を重視しており、今回の健康づくり運動プランは、社会対策的な要素を少し強めた形で健康づくりを実施したいという考え。国民健康栄養調査の結果に現れていたように、広い観点から取り組まなければならない、厚生労働省だけでは限界があるので、省庁間や地域との連携、地域内での一致した取組みという観点を具体化していきたいと考えている。

林構成員) ここに社会環境に関する指標がほとんど入っていないのが気になった。それらを横にらみにしながら健康指標と併せて鳥瞰的に見ていく必要があるのではないか。

事務局) 地域のつながりの強化、健康格差対策に取り組む自治体の増加などを指標としてあげている。また、歩道や公園などの運動しやすい環境づくりに取り組む自治体の数いった広めの指標を考えている。不足している視点についてはよくご議論いただきたい。

大井田構成員) 壮年期死亡の減少という目標をなぜ除いたのか。

事務局) 健康日本21は元々40歳から75歳をターゲットにしており、健康寿命の延伸、健康格差の縮小という言葉の中に全体の目標として含まれている。健康づくり

自体がそれを目指していくと解釈して、壮年期の死亡の減少、生活の質の向上というのを今回は書き込まなかった。子どもから高齢者まで全ての国民が共に支えあい、希望や生きがいを持ち、ライフステージに応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現することを目標としている。

議題6 ヘモグロビンA1cの国際基準への対応について

(質疑なし)