

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会における
これまでの議論の整理（平成 17 年 4 月時点）

平成 17 年 4 月 21 日

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会におけるこれまでの議論の整理（平成17年4月時点）

1. 一次予防施策について（「健康日本21」の中間評価作業を踏まえて）
 - （1）一次予防施策全般について
 - （2）各施策について
 - ① 栄養・食生活
 - ② 身体活動・運動
 - ③ 休養・こころの健康づくり
 - ④ たばこ
 - ⑤ アルコール
 - ⑥ 歯の健康
 - ⑦ 糖尿病
 - ⑧ 循環器病
 - ⑨ がん
2. 二次予防施策について
 - （1）健診・事後指導の「中身」について
 - （2）健診・事後指導の「仕組み」について
3. 推進体制について
 - （1）国・都道府県・市町村・医療保険者等の責務と役割
 - ① 国の責務と役割
 - ② 都道府県の責務と役割
 - ③ 市町村、医療保険者等による保健事業の実施
 - （2）国民健康・栄養調査等の在り方

事項	主な論点	関連する部会委員意見等
<p>1. 一次予防施策について（「健康日本21」の中間評価作業を踏まえて）</p> <p>（1）一次予防施策全般について</p>		
	<p>普及啓発戦略の重要性</p> <p>・「健康日本21」における目標達成に向け、個人の意識と行動の変容を促すため、生活習慣病の特性や生活習慣の改善の重要性についての理解を深める普及啓発戦略が必要ではないか。</p>	<p>○「健康日本21」における意識と行動の変容をどのように具体的に個人に理解させるかが課題ではないか。</p> <p>○健康づくりを進めることが医療保険や介護保険の費用の適正化につながる事が理解されていない。5～10年のスパンで見る必要がある。</p> <p>○行動変容につながるような情報提供が必要。また、住民の力をどう活用するか考えるべき。</p> <p>○ポピュレーションアプローチにおける住民の役割が重要。「住民主体の活動の推進」を基本とすべき。</p> <p>○ポピュレーションアプローチは住民が積極的に参加できるメニューの提供が必要。ハイリスクアプローチについては、介護予防事業とリンクしていくことが必要。</p> <p>○「成人病」から「生活習慣病」に名称を変更したことを改めて認識し、生活習慣病予防は安易に薬に依らず、食生活の改善と運動習慣の徹底等が重要ということを周知徹底することが必要。</p> <p>○CMなども積極的に活用して国民一般に働きかけてはどうか。</p>

(2) 各施策について			
①栄養・食生活	科学的根拠に基づく正しい知識の普及の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・食生活の改善と運動習慣の徹底が生活習慣病予防の基本であることを、健康に関心のない者も含め、国民に広くわかりやすい方法で普及啓発を徹底することが必要ではないか。 ・例えば、野菜摂取量について、「小鉢(皿)」1つ分の野菜料理の摂取量を増やすなど、フードガイド(仮称)等を活用し、わかりやすい情報提供が必要ではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○1日350gの野菜を摂取するという目標を達成するためには、代表的なメニューや具体的な摂取方法の提示、食環境の整備など工夫が必要。また、野菜摂取が漬け物などによることから、野菜摂取により食塩摂取量が多くなるようにすることが必要。 ○野菜摂取量については、相対的に若年層(～30歳代)において摂取量が低く、特にその年齢階層において摂取量を増加させることが望まれており、現状と目標値、あるいは若年層と高齢層の摂取量のギャップを埋めるためには、「小鉢(皿)」1つ分の野菜料理(=約70g)の摂取量を増やすことが一つの目安となり、フードガイド等を活用したわかりやすい普及啓発が行われることが必要。 ○個人・集団における食塩摂取量の評価及び指導・介入のためには、食品成分表に記載されていない加工食品等を含めた成分値データベースが必要。さらに、それを個人に対する栄養指導や外食等の成分表示に有効に活用していくことが必要。 ○高血圧予防のためには、野菜等のカリウム摂取量の増加が食塩摂取量の減少とともに有効な方法であることを広く国民に普及啓発し、カリウムの多い食品の積極的な摂取を促すことが必要。 ○「成人病」から「生活習慣病」に名称を変更したことを改めて認識し、生活習慣病予防は安易に薬に依らず、食生活の改善と運動習慣の徹底等が重要ということを周知徹底することが必要。【再掲】
	ターゲットを明確にした上での個別対応の充実	<ul style="list-style-type: none"> ・30歳代から60歳代の男性の3割が肥満である状況を踏まえ、特に中高年男性を意識した食生活の改善に関する情報提供等が必要ではないか。また、単身者やこれから子育てを担っていく世代に正しい栄養・食生活に関する知識の普及をどう行うのか。 ・個人に着目した対応という観点からは、栄養施策と運動施策がそれぞればらばらではなく、連携をとった対応(栄養指導と運動指導の一体化等)が必要ではないか。 	
	食環境の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・個人への対応だけでなく、食環境の整備という観点からの取組も必要ではないか。 	

			<ul style="list-style-type: none">○高齢者の低栄養状態の予防、うつの対応、口腔ケアなどについては、新たな介護予防としての事業と、これまでの健康教育などの継続性に留意すべき。○30歳男性における朝食の内容と食事の質との関連等についての解析及び検討が必要。○20歳代男性での脂肪エネルギー比率の増加傾向への対策が必要。循環器疾患リスクという観点からは、飽和脂肪酸についても考慮することが望ましい。○中高年男性を意識した肥満対策として、わかりやすい栄養成分表示を通じたエネルギー摂取に関する国民への情報提供等が必要。○食塩摂取量については、地域差があり、地域の特性を生かした対策が必要。○カルシウムに富む食品の摂取量は、牛乳・乳製品、豆類、緑黄色野菜の摂取量が、全般的に20歳代での摂取量が少なく、世代間の差に注目した対策が必要。
--	--	--	--

<p>②身体活動・運動</p>	<p>科学的根拠に基づく正しい知識の普及の徹底</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・健康な人だけを対象とするのではなく、糖尿病や循環器病のような疾患を持つ人がどのようにしたらよいかといった観点から、運動所要量を見直す必要があるのではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○事後指導において、客観性のある運動指導を受けられる機関との連携を図るとともに、運動施設の質の向上を図るべき。 ○50歳代男性では、歩数の減少（約1100歩）が認められ、地域・職域における対策の推進が必要。また、70歳以上については、男性において歩数が減少し、女性においても横ばいであり、生活機能低下の防止の観点からも地域における高年齢層に対する対策が今後必要。 ○60歳以上の運動習慣者の割合は増加しているが、その他の年齢階層の増加傾向はなく、地域・職域における対策が必要。特に20歳代女性の運動習慣者の割合は横ばいであるが、他の年齢階層と比較して低く、特に対策が必要。 ○運動所要量の中に、糖尿病や循環器病のような疾患がある人がどのようにしたらよいかということも含めるべき。 ○ライフスタイル全般の情報に基づいて、運動不足の解消を目指した有効な対策が必要。 ○いかにしたら歩数を増加させる生活習慣に変化するのか、動機付けの手法や運動施設の整備等の具体的な対策についてさらに検討が必要。 ○ウォーキングコースの整備やマップの作成などを通じて、歩きやすい環境づくりを行うことが必要。 ○ポピュレーションアプローチは住民が積極的に参加できるメニューの提供が必要。ハイリスクアプローチについては、介護予防事業とリンクしていくことが必要。【再掲】
	<p>ターゲットを明確にした上での個別対応の充実</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・単に「歩数を増やす」というだけでなく、ライフスタイルに応じ、運動不足の解消を目指した具体的な対応方法（例えば、勤労者が日中働きながら実施可能な対応方法など）の情報提供が必要ではないか。 ・歩数を増加させる生活習慣に変えるため「動機付け」の手法についてもわかりやすく情報提供することが必要ではないか。 ・個人に着目した対応という観点からは、栄養施策と運動施策がそれぞればらばらではなく、連携をとった対応（栄養指導と運動指導の一体化等）が必要ではないか。【再掲】 	

	運動習慣の徹底のための「場」と「機会」の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・民間の運動施設の有効活用などにより、身近に「場」と「機会」を推進していくことが必要ではないか。 ・運動指導の専門家を増やすとともに、介護予防などにも対応できる質の向上も図っていくべきではないか。 	
③休養・こころの健康づくり		<ul style="list-style-type: none"> ・ストレスや睡眠・休養に関する科学的知見の分析整理のために、基礎的研究の推進が必要ではないか。 ・男性中年層の自殺者が多いという現状を踏まえ、自殺の原因や背景因子についてさらに解析し、対策を検討することが必要ではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢者の低栄養状態の予防、うつの対応、口腔ケアなどについては、新たな介護予防としての事業と、これまでの健康教育などの継続性に留意すべき。【再掲】 ○高血圧や糖尿病の基礎にストレスや睡眠障害もあることを認識し、メンタルヘルス的な取組を進めるべき。 ○メンタルヘルス的なものを健診項目に加えるべきではないか。 ○自殺の背景にはこころの健康の問題があり、こころの健康の向上という観点に立った長期的取組が必要。 ○男性中年層の自殺者が多いという現状を踏まえた対策が必要。また、自殺の原因や背景因子についてもさらに解析する必要がある。
④たばこ		<ul style="list-style-type: none"> ・たばこ税を海外並みに引き上げるとともに、税収を生活習慣病予防対策に充当することも検討してはどうか。 ・健康増進法で受動喫煙防止措置を講ずるよう努めなければならないこととされている多数の者が利用する施設については、禁煙・分 	<ul style="list-style-type: none"> ○たばこ枠組み条約について、国からマスコミにメッセージを発信すべき。 ○地方公共団体の庁舎以外の公共施設、公共交通機関についての禁煙・分煙についての調査を進めるべき。 ○たばこ税を海外並みに引き上げ、税収を生活習慣病予防対策費として目的税とすべき。

		<p>煙の実施状況についての調査を進める必要があるのではないか。</p> <p>(4/21の議論を踏まえ記述を追加)</p>	<p>○禁煙については、保健の分野だけでなく、医療も一体となって協力するべき。</p>
⑤アルコール		<ul style="list-style-type: none"> ・アルコールの多量摂取とがん等のリスクとの関連性に関する基本的な知識や正しい情報を国民にわかりやすく提供していくべきではないか。 ・未成年者にターゲットを絞った飲酒防止対策を徹底する必要があるのではないか。 	<p>○節度ある飲酒の基準を定めることが必要。</p> <p>○アルコールの多量摂取は、口腔咽頭、喉頭、食道がんのリスクを増加させることが示されており、しかもリスク増加は喫煙者で特に高い。また、肝がんリスクとの関連性も明確に示されており、大腸がん、乳がんのリスクとの関連を報告する研究者も多い。ホームページの活用やシンポジウム等で、基本的な知識、正しい情報やメッセージを国民に出すべき。</p> <p>○女性では若い世代が多量に飲酒する人の割合が高い傾向が認められるため、注意深いモニタリングと必要な予防対策等について検討が必要。</p>
⑥歯の健康		<ul style="list-style-type: none"> ・「8020運動」を更に普及し、具体的な歯科保健対策に結びつけるためには、地域・職域の連携した取組が必要ではないか。 ・地域差を踏まえ、地域の特性に応じた幼児期・学童期における対策を推進するべきではないか。 	<p>○高齢者の低栄養状態の予防、うつへの対応、口腔ケアなどについては、新たな介護予防としての事業と、これまでの健康教育などの継続性に留意すべき。【再掲】</p> <p>○地域差が見られることから、地域の特性に応じた幼児期、学童期における対策を推進する必要がある。</p> <p>○育児環境面からの対策が必要。</p> <p>○「8020運動」はかなり知られているが、具体的な歯科保健対策に結びつけていくには、地域・職域の連携した取組が非常に重要。</p>

<p>⑦糖尿病</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病が強く疑われる人が740万人、糖尿病の可能性が否定できない人（880万人）を加えると1,620万人という状況を踏まえ、関係団体での取組とも連携した官民一体となった糖尿病対策の充実強化が必要ではないか。 ・肥満は糖尿病の最も重要な危険因子であり、中高年男性を意識した肥満対策を徹底すべきではないか。 ・糖尿病の予防や治療においては、生活指導が重要であることをさらに啓発するとともに、保健指導の枠組みや具体的な指導技術の提供が必要ではないか。 ・適切な保健指導を実施するため、主治医と連携するなど、保健と医療が一体となり、切れ目なく対策を実施することが必要ではないか。 ・治療を継続しやすい環境を整備するとともに、治療中断者を早期に発見する仕組みが必要ではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○中高年男性を意識した肥満対策として、わかりやすい栄養成分表示を通じたエネルギー摂取に関する国民への情報提供等が必要。【再掲】 ○ライフスタイル全般の情報に基づいて、運動不足の解消を目指した有効な対策が必要。【再掲】 ○いかにしたら歩数を増加させる生活習慣に変化するのか、動機付けの手法や運動施設の整備等の具体的な対策についてさらに検討が必要。【再掲】 ○運動所要量の中に、糖尿病や循環器病のような疾患がある人がどのようにしたらよいかということも含めるべき。【再掲】 ○糖尿病健診の受診については、対象者の受診行動を把握して未受診者を少なくする対策、女性の受診率を向上させるための対策が必要。 ○糖尿病健診受診者の事後指導受診率が低い60歳未満での事後指導の充実が必要。男性では、年齢階級の格差が大きい比較的若い年齢層の事後指導を充実させることが必要。 ○保険者等による受診情報の適切な管理が必要。 ○糖尿病の予防や治療においては、生活指導が重要であることをさらに啓発するとともに、保健指導の枠組みや具体的な指導技術の提供が必要。 ○適切な事後指導を実施するため、主治医との連携が必要。 ○治療を継続しやすい環境を整備するとともに、治療中断者を早期に発見する仕組みが必要。 ○糖尿病対策については、保健と医療が一体となり、切れ目なく対策を実施することが必要。
-------------	--	---

<p>⑧循環器病</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・循環器病については、予防対策だけでなく、急性期医療、リハビリテーションまで含めた総合的な対策を推進することが重要ではないか。 ・循環器病の予防という観点からも、糖尿病予防（合併症予防・重症化予防を含む）は重要ではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○脳梗塞の早期発見の観点から健診項目の見直しが必要ではないか。 ○循環器疾患の発症リスクは、糖尿病に至らない軽度の耐糖能異常でも上昇するとされており、循環器疾患のリスクとしての糖尿病対策は、ますます重要。 ○食塩摂取量については、地域差があり、地域の特性を生かした対策が必要。【再掲】 ○個人・集団における食塩摂取量の評価及び指導・介入のためには、食品成分表に記載されていない加工食品等を含めた成分値データベースが必要。さらに、それを個人に対する栄養指導や外食等の成分表示に有効に活用していくことが必要。【再掲】 ○高血圧予防のためには、野菜等のカリウム摂取量の増加が食塩摂取量の減少とともに有効な方法であることを広く国民に普及啓発し、カリウムの多い食品の積極的な摂取を促すことが必要。【再掲】 ○野菜摂取量については、相対的に若年層（～30歳代）において摂取量が低く、特にその年齢階層において摂取量を増加させることが望まれており、現状と目標値、あるいは若年層と高齢層の摂取量のギャップを埋めるためには、「小鉢（皿）」1つ分の野菜料理（＝約70g）の摂取量を増やすことが一つの目安となり、フードガイド等を活用したわかりやすい普及啓発が行われることが必要。【再掲】 ○いかにしたら歩数を増加させる生活習慣に変化するのか、動機付けの手法や運動施設の整備等の具体的な対策についてさらに検討が必要。【再掲】
--------------	--	--	---

			<p>○運動所要量の中に、糖尿病や循環器病のような疾患がある人がどのようにしたらよいかということも含めるべき。【再掲】</p> <p>○循環器病健診については、対象者の受診行動を把握し未受診者を少なくする対策、特に女性の受診率を向上させる対策が必要。</p>
⑨がん		<ul style="list-style-type: none"> ・がんについての基本的な正しい情報やメッセージをホームページの活用やシンポジウム等で国民に提示すべきではないか。 ・都道府県単位でがん検診の受診率等に地域格差がある現状をどのように評価し、受診率の向上や精度管理の徹底等についてどのような対策をしていくのか。 ・がん対策を推進する上で基礎となるデータの蓄積という観点から、がん登録について、標準化や精度の向上を図りながら進めていく必要があるのではないか。 	<p>○食塩濃度の高い食品の摂取と胃がんリスクに関連ありとする疫学研究の報告があり、これに関連した情報提供が今後も重要。</p> <p>○1日 350gの野菜を摂取するという目標を達成するためには、代表的なメニューや具体的な摂取方法の提示、食環境の整備など工夫が必要。また、野菜摂取が漬け物などによることから、野菜摂取により食塩摂取量が多くならないようにすることが必要。【再掲】</p> <p>○アルコールの多量摂取は、口腔咽頭、喉頭、食道がんのリスクを増加させることが示されており、しかもリスク増加は喫煙者で特に高い。また、肝がんリスクとの関連性も明確に示されており、大腸がん、乳がんのリスクとの関連を報告する研究者も多い。ホームページの活用やシンポジウム等で、基本的な知識、正しい情報やメッセージを国民に出すべき。【再掲】</p> <p>○男性においては、40歳代のがん検診の受診率を上げる努力が必要。女性においては、胃がん検診は、40歳代、50歳代で受診率の改善の余地があり、大腸がん検診、肺がん検診は40歳代、50歳代の受診率向上が特に重要。</p> <p>○がん対策においては、市町村に十分な診療体制がないので、今後とも国、あるいは都道府県においてリーダーシップを発揮することが必要。</p> <p>○がん検診については精度管理の徹底が必要。</p>

2. 二次予防施策について

(1) 健診・事後指導の「中身」について

	<p>検査項目の重点化</p>	<p>・健康診査の検査項目が制度間、実施主体間で異なり、ライフステージごとの健康課題に必ずしも対応していないのではないか。年齢や性差、健康課題等に応じた検査項目の重点化を行った上で、国がガイドラインを示すことが必要ではないか。</p>	<p>○市町村ががん検診を含め健診の外部委託を行う場合は、価格だけでなく、健診の質も評価する必要がある。</p> <p>○健診の精度管理は、検体検査の精度管理だけでなく、画像診断等についても必要。そのためには、機器的な面に限らず、人的な面など、実施機関全体の質の確保を図る必要がある。</p> <p>○脳梗塞の早期発見の観点から健診項目の見直しが必要ではないか。【再掲】</p> <p>○メンタルヘルス的なものを健診項目に加えるべきではないか。【再掲】</p> <p>○効果的な保健指導プログラムの開発に当たっては、これまで市町村が行ってきた個別健康教育の効果についての検証が必要ではないか。</p> <p>○糖尿病健診の受診については、対象者の受診行動を把握して未受診者を少なくする対策、女性の受診率を向上させるための対策が必要。【再掲】</p> <p>○糖尿病健診の未受診者の受診行動を把握して未受診者を少なくする対策が必要。【再掲】</p> <p>○がん検診については精度管理の徹底が必要。【再掲】</p>
	<p>健診の精度管理の徹底</p>	<p>・健診（がん検診を含む）の精度管理を徹底すべきではないか。また、外部精度管理の標準化が必要ではないか。</p>	
	<p>健診の判定基準の標準化</p>	<p>・生涯を通じた健康づくりという観点から健診の判定基準の標準化をする必要があるのではないか、また、地域・職域間の連携等により健診結果等のデータの継続管理を促進する必要があるのではないか。</p>	
	<p>効果的な保健指導プログラムの策定</p>	<p>・糖尿病予防等に重点を置いた効果的な保健指導プログラムの開発・検証が必要。こうした科学的根拠に基づくプログラムは国がガイドライン等を示した上で、地域ごとに地域特性に応じた工夫を加味することが必要ではないか。</p>	
	<p>健診指針の内容の具体化</p>	<p>・より正確で効果的な健診、事後指導を効率的に進めるため、健診指針の内容の更なる具体化が必要ではないか。</p>	

(2) 健診・事後指導の「仕組み」について

<p>若年期からの生涯を通じた対応</p>	<p>・ 健診の各実施主体間が連携を取って未受診者の把握や事後指導の徹底を図るべきではないか。特に、被用者保険の被扶養者の保健事業をどのようにカバーしていくか。</p> <p>・ 40歳未満の者に対する健診、事後指導が必ずしも十分ではないのではないかと。生涯を通じた健康づくりの観点からは若年期からの対応を強化することが必要ではないか。</p>	<p>○事後指導において、客観性のある運動指導を受けられる機関との連携を図るとともに、運動施設の質の向上を図るべき。【再掲】</p> <p>○健診の結果が医療機関から市町村にきちんと報告されるようにすべき。</p> <p>○健診・事後指導の質の確保のため、民間事業者の参入に関しては質を確保する仕組みを検討すべき。</p> <p>○糖尿病健診受診者の事後指導受診率が低い60歳未満での事後指導の充実が必要。男性では、年齢階級の格差が大きい比較的若い年齢層の事後指導を充実させることが必要。【再掲】</p> <p>○健診・事後指導のインセンティブが必要。労働安全衛生法に基づく健診は、労働者の生産性という観点から、事業者がハイリスク層へ健診・事後指導を行うインセンティブが働きやすいが、老健事業はインセンティブが働きにくい。</p>
<p>市町村と医療保険者等の役割分担と連携確保</p>	<p>・ 市町村と医療保険者等の役割分担と連携方策を明らかにしつつ、医療保険者がより積極的に保健事業を推進していくべきではないか。そのためには都道府県の役割の強化が必要ではないか。</p>	<p>○老人保健事業と国民健康保険の間でデータが分断されている。老人保健事業、国民健康保険、介護保険のデータを共有し、評価に役立てることが必要ではないか。</p> <p>○明らかにエビデンスのある健診項目については、医療保険の中に包含していく必要があるのではないかと。介護保険では先行して介護予防を給付の対象としている。自治体での事業展開には限界があるし、保険に組み込むことで全国展開も可能になる。</p>

<p>健診データの活用のための体制</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診の結果が、受診者に対する事後指導や健康の自己管理に必ずしもつながっていないのではないか。 ・ 生活習慣病の危険因子が重複している者等に対する事後指導や医療機関受診結果の把握など、フォローアップ体制をより一層強化する必要がある。 ・ 地域・職域間の連携等により健診結果等のデータの継続管理を促進する必要があるのではないか。【再掲】 	
<p>インセンティブが働く仕組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国民や、健診・事後指導の実施主体にとって、健診や事後指導を受けたり、実施したりすることへのインセンティブが働く仕組みとなっていないのではないか。 	
<p>多様な主体によるサービスの充実</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特に事後指導については、民間事業者も含めた様々な事業者の活力をこれまで以上により積極的に発揮してもらう余地があるのではないか。その際には、サービスの質を確保する仕組みと併せた検討が必要ではないか。 	
<p>アウトカム評価の実施</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診や事後指導のアウトカム評価をどのように仕組みとして位置付けるか。 ・ 健診結果、保健指導の内容、医療費等の各データを統一的に管理し、分析・評価するデータベースの整備が必要ではないか。 	

3. 推進体制について

(1) 国・都道府県・市町村・医療保険者等の責務と役割

<p>① 国の責務と役割</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・ポピュレーションアプローチをどう進めていくのか、市町村と医療保険者等の役割分担や連携の在り方はどうか、都道府県健康増進計画の内容をどのように見直し、充実していくのかといったことについて、国が基本的な方向性を整理して示すべきではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○医療保険者と市町村の連携をより進めなければならないが、都道府県がまとめ役となって中心的な役割を果たすべき。そのためには、それぞれの地域の特性を踏まえ、目標や実施方針などを含む具体的な事業計画を都道府県が策定する必要がある。 ○都道府県は、保健所等を通じ、市町村計画の策定を積極的に支援すべき。 ○医療費の適正化のため、都道府県が、県内の幅広い関係者を束ねて計画の策定や事業の推進を行うなど、今まで以上に都道府県が役割を果たすべき。
<p>② 都道府県の責務と役割</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・市町村と医療保険者等の役割分担と連携方を明らかにしつつ、医療保険者がより積極的に推進していくべきではないか。そのためには都道府県の役割の強化が必要ではないか。 【再掲】 ・地域と職域の連携をどう推進していくのか。特に未受診者の把握や事後指導の徹底のために市町村、医療保険者等の関係者が協議した上で、それぞれが担う健診・事後指導の事業内容や事業量、具体的連携方策等について都道府県健康増進計画に明記し、事業の推進・評価を進めるべきではないか。 ・都道府県健康増進計画は目標を達成するための具体的な事業計画となっていないのではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○がん検診の都道府県格差などを見ると、地方分権とばかり言われていけないのではないか。

<p>③市町村、医療保険者等による保健事業の実施</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・市町村と医療保険者等の役割分担と連携方策を明らかにしつつ、医療保険者がより積極的に保健事業を推進していくべきではないか。 【再掲】 ・地域と職域の連携をどう推進していくのか。特に未受診者の把握や事後指導の徹底のために市町村、医療保険者等の関係者が協議した上で、それぞれが担う健診・事後指導の事業内容や事業量、具体的連携方策等について都道府県健康増進計画に明記し、事業の推進・評価を進めるべきではないか。【再掲】 ・市町村計画の策定を促進するために、国や都道府県によるターゲットを絞った支援が必要ではないか。 ・地方公共団体の保健師・管理栄養士等の企画立案能力を高めていくことが必要ではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○市町村の保健事業と医療保険者の保健事業との連携を取って進めるべき。 ○市町村計画の策定が進まない理由を分析するとともに、市町村計画の策定を推進し、その評価をしていくべきではないか。 ○市町村計画は義務付けられていないが、市町村の実態を考慮して、重点項目を示したり、市町村の独自の計画を健康増進計画としていいとするなどの指導も必要ではないか。 ○市町村健康増進計画については、策定が義務付けられていないので、都道府県によって差がある。戦略的にターゲットを定めて策定を働きかけていくべきではないか。 ○栄養指導等における市町村の管理栄養士の役割を明確にし、より積極的に活躍してもらうべき。 ○地方公共団体において、企画立案能力のある保健師・管理栄養士等を養成すべきではないか。 ○やる気のある保健師・管理栄養士等を育成していく工夫（例えば、表彰など）が必要ではないか。 ○明らかにエビデンスのある健診項目については、医療保険の中に包含していく必要があるのではないか。介護保険では先行して介護予防を給付の対象としている。自治体での事業展開には限界があるし、保険に組み込むことで全国展開も可能になる。 【再掲】
------------------------------	--	--	---

(2) 国民健康・栄養調査等の在り方

・各地方公共団体が実施する住民健康・栄養調査等について、地方健康増進計画の策定支援やデータの比較等の観点から、国が統一的なガイドラインを示してはどうか。

○子どもの頃に生活習慣ができあがってしまうことを考えれば、小中学生も対象とした生活習慣の実態調査を行った上で、小児期からの生活習慣病対策を行うべきではないか。

○情報の活用の観点から、各地方公共団体が行っている調査について、標準化・電子化を進めることにより、各地方公共団体間でのデータの比較も可能となり、「健康日本21」の推進にもつながるのではないか。