

第 1 回、第 2 回次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

での主なご意見

10 年後を見据えた目指す姿について

-国民の支え合い-

- ・ 全ての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会を目指す。

-子ども達を支援する社会-

- ・ 子どもたちが希望の持てる社会を目指すべき。その基盤となる健康を大切にできる社会を目指す。
- ・ 子どもの不登校も高止まりの状況だが、適切に支援をすれば再登校して社会を担っていく。将来支援を受ける側になるか、支援をする立場になるかは大きな違いで、少子高齢社会だからこそ、子どもに対するサポートは重要。
- ・ アメリカの大規模研究では、幼児期の虐待などの逆境的な環境が、うつや喫煙などに関連しているという結果もあるので、早期の段階での環境をより良いものにするには、大人のメンタルヘルスにとっても大変重要。

-子育て世代の仕事と家庭のバランス-

- ・ 若い世代は、労働時間が長くて、生活に余力をもてない。働きながら家庭生活の役割も担うバランスのとれた働き方をもっと普及しなければ、10 年後は家庭で高齢者を支えながら働くという姿はなく、そのためにもワークライフバランスが重要。
- ・ 親世代が忙しい世代なので、祖父母が孫の育児をサポートするなど、お互いに助けあう、ポジティブな世代間相互扶助の像が提案できるとよい。

-高齢化社会に向けて-

- ・ 高齢者が生きがいを持っていきいきできる社会を目指す。
- ・ 10 年後のさらに 10 年後を見据えた土台づくりとして、著しく進む高齢社会を見据えることが必要。
- ・ 単に健康というものではなく、労働も見据えた躍動型超高齢者社会の構築を目指すべき。
- ・ 高齢者にとっての働きやすい職場づくりも必要。
- ・ 高齢者の一人暮らしが増えてくることを踏まえ、高齢者になってからの施策ではなく、もう少し手前の段階から施策を進めることが必要。

-地域社会、環境づくり-

- ・ 在宅医療、地域コミュニティの問題も含めてほしい。
- ・ 地域づくりという観点が重要。有効なソーシャルキャピタルの活用を促進。
- ・ 誰もが社会参加でき、健康づくりの資源にアクセスできる社会を目指す。
- ・ 「健康日本 21」には、health environment（環境面）が弱かった。社会環境の課題を明確にすべき。

-専門家等の役割-

- ・ 病院、介護の現場にいる専門家や臨床家の役割も含めて考え、専門家や臨床家への普及もしていくべき。

基本的な方向について

-社会環境の改善-

- ・ 健康日本 21 は、個人の生活習慣に着目して作られていたが、個人の健康は、社会環境により大きな影響を受けるので、生活や労働環境など様々な要因を考慮して計画をたてる必要がある。
- ・ 健康日本 21 の反省として、目標が個人の目標が中心だったことがあるので、社会をみる指標をしっかりと確立していく必要がある。
- ・ 個人のニーズがないと環境は変わらない。知識が行動に結びつくことを身につけた国民を増やしていくことが重要。
- ・ 個人と環境は両方重要で、車の両輪のようにいずれも必要。

-ライフステージに応じた健康寿命の延伸への取組-

- ・ 国民が一番重要視しているのは、健康寿命。
- ・ 健康寿命の延伸は大変重要なことで、高齢者になる前まではその方針だが、75 歳以上になると不健康寿命をいかに縮めるかという観点も必要。
- ・ 健康に過ごして、人生の最期に、自分が満足してよかったと思えることが重要。
- ・ 成育期から高齢期まで各ライフステージ（世代）の社会的役割とそれを支える健康の確保のための取組を推進することが重要。

-健康格差の縮小、健康に関心のない人に対して-

- ・ 新しい健康づくり運動プランで守るべきターゲットで優先順位が一番高いのは、健康の意識はありながら生活に追われて健康が守れない、また生活に追われるあまり健康にも関心が持てない人々である。今後健康格差が広がる中で、こうした人々の健康に役立つような健康政策や社会環境整備に取り組み、どこまで健康格差が縮小できるかが重要
- ・ 病気や健康に関する講座を開いても、いらっしやる方は関心の高い方。無関心層をどうひきつけるかが重要。

-高齢化社会を踏まえて-

- ・ 健康日本 21 では、一次予防の重視が中心だったが、今回は高齢社会ということもあり、治療中の方も介護を要している方も、それぞれの段階に応じた健康づくりに取り組める働きかけが必要。
- ・ 一次予防とともに、重症化予防も重視。

-国民への啓発-

- ・ 国民運動として、国民にわかりやすく伝え、理解を広める啓発活動を促進。

-その他-

- ・ 関係省庁の連携による取組の推進。

- ・ 健康に関連するような環境が地域にどれくらいあるのか、積極的に開示して、それを広報することで、自治体間の競争が生まれ、健康なまちづくりが進むような工夫が必要。

目標について

-個人の目標と社会の目標-

- ・ 目標に関して、個人で達成すべき目標と、社会に環境に関する目標が両方あってよい。
- ・ 社会生活機能低下の低減と社会参加の機会の増加は、関連して考えるべきもの。
- ・ 個人についてはライフステージに応じた目標を設定すること、社会環境については地域社会、職場、学校は、何を指すかを明らかにすることが重要である。
- ・ 「個人に関する目標」と「社会に関する目標」をシンクロさせることが必要。
- ・ こどもの健康は環境・社会の影響を受けやすいので、環境という観点も重要。
- ・ 高齢者領域は、個人と社会の両者が関連し合う領域でもある。
- ・ 社会環境はデータの蓄積がなく、難しいものがあるが、目標として今後10年間続けられるものを1つ2つ出し、モニタリングをしてみるという感覚も大事。

-運動の展開を視野に入れた目標の設定-

- ・ 国民に伝え、実現していくために、わかりやすく、実施しやすい目標値にすべき。
- ・ 目標設定をどうたてるのかの「What to do」とこの運動をどう展開するか「How to do」の整理が必要。前者については、エビデンスで整理できる部分もあり、優先順位で選ぶことも可能である。一方、後者については、健康日本21での反省点でもあり、best Practiceとまではいかななくても、good Practiceを、自治体職域の事例から学んで、次期プランでは十分に発信していく必要がある。
- ・ 自治体、地域の本気度が試される時代。自治体が健康施策に総合的に取り組んでいることが客観視できる目標を設定すべき。
- ・ 地域をサポートする体制が必要。
- ・ 継続的にモニタリングが可能なものとすべき。
- ・ 新たに取り組むのではなく、データも含め、既存のものをうまく活用して取り組むことも重要。
- ・ 他の計画との整合性もしっかり図っていくべき。

-目標設定の構造や考え方-

- ・ 目標については、政策としてのニーズ、インパクトの大きさからみて、優先順位が高く、今回のプランにおいて重点を置く目標、エビデンスに裏付けられていて、実行可能性のある目標設定が可能なものに絞り込むとよい。
- ・ 健康日本21の反省は、指標が非常に多くて、上位の目標とそれを達成するための目標などの整理が不十分だった点があげられるので、指標の相互関係をしっかり整理した方がよい。
- ・ 健康日本21では、大きく目指す目標とそれを達成するためにやるべきことの目標につ

いて必ずしも論理的な構造の中で整理されていなかったもので、整理する必要がある。

- ・ なるべく客観的な指標を用いるべき、なるべく少ない指標を掲げ、それを達成するための複数の指標があってもよいが、単純化することが重要。
- ・ 健康づくりという観点から抜けないよう、特定の病気に偏らないようにすべき。
- ・ 複数あった指標のなかで関連の高いものは片方を選ぶなどの整理も必要。
- ・ 都道府県や市町村が取り組むことが明確となる、わかりやすい指標として、数値として示すのがよい。
- ・ 疾病予防とリスク低減については、サイエンスでの整理と、実行可能性も含めてのマネジメントは分けて考えることが必要。まずは、サイエンスで整理可能な部分は、その整理を行う。
- ・ 疾病の認知度の向上に加え、性年齢別、地域別にわけて考えてはどうか。
- ・ 専門性、エビデンスに関しては、各分野で様々であるので、一律にすることは難しいため、強弱をつけて目標を設定してはどうか。
- ・ 病気とうまく付き合っていく視点が大事であり、病気であってもそのリスクをどの程度知っているかが課題である。
- ・ 疾患によっては、予防と治療が重なってくる部分があり、その部分をどう扱うかが課題。

-評価方法-

- ・ 評価方法として、平均値を用いるか割合を用いるか等は個別検討すべきでは。
例) 平均値：野菜平均 350g 以上、割合：野菜 350g 以上を摂取している人の割合の増加
- ・ ハイリスク者の割合を減少させるのか、国民平均のリスクを減少させるのかは、疾病のおかれた状況などに応じ、適宜使い分ける必要あるのではないか。

-個別目標について-

- ・ 喫煙、飲酒、身体活動、体重、野菜・果物不足、塩分・高塩分食の摂取、感染等が日本人の発がんリスク要因としてエビデンスが報告されており、日本人への相対リスク、寄与割合等を踏まえ、がん予防を推進すべき
- ・ 血圧値とコレステロール値の減少が必要
- ・ 食事以外の要因では、20 歳からの体重変化や高血圧の既往、喫煙、飲酒等が生活習慣にかかるリスクとして報告されており改善が必要
- ・ COPD の原因の 90%はタバコ煙によるものであり、喫煙者の 20%が COPD を発症するとされており、喫煙が最大の発症リスクとなっている
- ・ 早期禁煙ほど有効性が高くたばこ消費の 20-30 年後に遅れて死亡が増加するため、若年者の喫煙率の低減は喫煙の課題
- ・ COPD のモニタリング、健診、診療、国民認識の向上等が課題
- ・ 喫煙と受動喫煙に関連した疾病、障害、死亡を減少させるために、喫煙率の低下と受動喫煙の防止を達成するための施策等をより一層充実させるとともに、喫煙率の低下と受動喫煙の防止に関わる指標と目標を設定することが重要
- ・ 未成年が出入りする場所での対策が必要

- ・多量飲酒の低減と未成年者の飲酒防止は引き続き取り組むべき
- ・リスクの少ない飲酒についての知識の普及が必要
- ・若年女性の飲酒量の増加が懸念され、女性のアルコール依存症数も増加しており女性の飲酒量の低減が必要
- ・成人期の肥満が課題。男性の20歳代から30歳代にかけての体重増加の割合が最も多く、抑制が必要
- ・地域格差がみられるため、地域格差に配慮した取組が必要
- ・家庭における共食等を通じた子どもの食育の推進が必要
- ・食塩摂取量減少、野菜摂取量の増加が重要であり、更なる食塩摂取量の減少のために、消費者の啓発、栄養成分表示等が必要
- ・20歳代で栄養素の摂取や行動変容が乏しいことから、この年代への対策が必要
- ・ライフステージを踏まえ、幼児・学齢期におけるう蝕予防、成人期における歯周病予防、中高齢期における歯の喪失の防止と口腔機能低下の軽減への取組が重要
- ・過去10年の減少が著しい1日の歩数は、一番の課題。
- ・高い体力を持つことが必要。(例：1日の歩数を概ね1000歩増やす、週1時間の息が弾む運動の実施者を性・年齢を考慮して10%増加させる、体力を1割上げる等)
- ・睡眠衛生、自殺者数、ストレスを感じた人等のモニタリングを継続し、「うつ」をターゲットにしては。
- ・思春期のメンタルヘルスに対する学校、医療機関の対応が必要
- ・就業等地域活動をしている高齢者の増加や認知症リスクのあるものの減少、運動器症候群（ロコモティブシンドローム）対策を遂行することが高齢化社会を見据え必要。
- ・適切な身体運動、食生活の改善の啓発、骨粗鬆症検診率の向上等により、骨粗鬆症、運動器慢性疼痛（腰痛、膝痛など）等の改善を目指す。

次期国民健康づくり運動プランに盛り込む目標に対するご意見(例)

- 健康寿命(日常生活に支障のない期間、自分が健康であると自覚している期間)の延伸
- 主観的健康度
- 早世の減少、疾患別・年齢調整死亡率の低下(心血管、脳血管、がん)
- 高血圧者の割合の減少／高血圧の有病率(性・年代別)の減少
- 脂質異常者の減少／脂質異常症の有病率(性・年代別)の減少
- 糖尿病患者の減少／糖尿病の有病率(性・年代別)
- 糖尿病とその合併症について正しく理解している国民の増加
- 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少(年齢調整)
- メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少(性・年代別・地域別割合)
- 生活習慣病治療中の患者のうち、コントロール不良者の減少、未治療者のうち、放置者の減少
- 認知症ハイリスク高齢者の割合の減少
- うつ・自殺者の減少
- ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加
- 骨粗鬆症者の割合の減少(思春期の低骨量女子の減少、40歳以降骨粗鬆症者の割合の減少)
- 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思う人の割合の増加
- 健診受診率(特定健診、がん検診、運動器健診)の向上
- 健診後の保健指導の実施率の向上
- 肥満者の割合の減少(小児、40歳以上中高年)
- やせの者の割合の減少(思春期、20歳代女性、高齢者)
- 塩分摂取量の減少(多量摂取者の減少、国民平均値の減少)
- 野菜・果物低摂取者の割合の減少
- 学童・思春期の家族との共食の増加
- 日常生活における歩数の増加(成人、高齢者)
- 運動習慣者の割合の増加(成人、高齢者)
- 安全に歩行可能な高齢者の増加(開眼片脚起立時間20秒以上に該当する人の増加)
- 十分な睡眠の確保
- ストレスを感じた人の割合の減少
- 成人の喫煙率の低下
- 未成年者の喫煙率の低下(中学生、高校生)
- COPD等の知識の向上
- アルコール摂取量の減少
- 過剰飲酒者(週1日以上、1日平均男性46(女性23)g以上)の割合の減少
- 一人平均のう歯数の減少
- 歯肉炎、歯周炎の減少(有する人の割合)
- 歯の早期喪失の防止
- 口腔機能低下の軽減
- 喫煙が及ぼす健康影響(歯周病)についての十分な知識の普及

- 都道府県別の平均余命・健康寿命格差の縮小
- 所得や雇用形態でグループ化された集団別の健康寿命の格差の縮小
- 都道府県別(または市町村別)年齢調整死亡率格差の縮小
- 健康格差の把握とその対策をしている自治体数の増加
- ソーシャルサポートの授受が豊かな地域社会(自治体)数の増加
- 自治体総合計画等のなかに、10年後を見据えた健康政策の具体的指針の記載がある自治体の割合の増加
- 高齢者就業率の増加
- 社会活動をしている高齢者の割合の増加
- 健康づくりを目的とした住民組織が活動している自治体の割合
- 保健サービスへのアクセス改善に向けた取組をしている自治体の割合の増加
(30分以内にアクセスできない地域住民の減少等)
- 栄養表示(特に、総エネルギーや食塩)を行う食品数の増加
- 食品・外食料理・給食の栄養成分表示を行う店舗数の増加
- 健康的な食物(低エネルギー密度、適切なポーションサイズ)へのアクセスの改善
- 通勤・通学における自動車利用率の減少
- スポーツ施設提供業事業所数(フィットネスクラブ含む)の増加
- 都道府県対抗「1日1万歩！」アワードの実施(「1日1万歩歩く人の人数／人口比」で効果を上げた自治体を表彰)
- 都市計画に「歩く(活動する人が増加する)人が増えるまちづくり」方針を掲げて具体的な施策を実施している自治体の割合の増加
- 職場の管理監督者に心の健康対策の教育研修・情報提供を実施している事業所割合の増加
- 未成年が出入りする飲食店で禁煙
- 受動喫煙を受けた人の割合の低下(家庭、職場、公共施設、飲食店)
- 歯科保健推進条例を制定する自治体数の増加