

要 旨

1 作成の背景

「生活習慣病」は、1996年に生活習慣の改善による一次予防の推進を目的として行政的に「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」と定義され、以降、国民の健康意識の向上及び疾病予防の推進において重要な役割を果たしてきた。1978年の第一次国民健康づくり対策から約四半世紀を経て、2000年より開始された「健康日本21」も既に四半世紀が経過するなど、我が国は長期にわたり体系的な健康政策を展開してきた。

第一次国民健康づくり対策以降の一連の施策は一定の成果を上げてきた一方で、社会構造の変化、医学・科学技術の進展、さらには人々の価値観の多様化により、健康及び疾病をめぐる状況は変容している。とりわけ生活習慣病は、予防すべき対象にとどまらず、適切な医療や治療を受けつつ生涯にわたり共生すべき健康課題として再定義する段階にある。こうした認識のもと、本提言は、生活習慣病を取り巻く環境の変化を踏まえ、予防と共生を統合した新たな健康観に基づき、人生全体を支える持続可能な支援体制への抜本的転換の必要性を提示するものである。

2 現状及び問題点

現在の生活習慣病対策は、その概念及び支援体制の双方において、いくつかの課題を抱えている。

(1) 支援体制の縦割りとライフイベントにおける断絶

健康は胎児期から高齢期に至るまで累積的に形成されるものであり、「ライフコースアプローチ」に基づく一貫した支援が不可欠である。しかしながら、現行の施策は、母子保健、学校保健、職域保健、地域保健など、年齢区分や制度所管に基づく縦割り構造のもとで設計されている。この結果、就学、就職、結婚、出産、転職、退職といったライフイベントやライフステージの移行期において、支援の連続性が途切れやすく、「支援の空白」が生じる構造となっている。

(2) データの断絶による支援の非連続性

支援の空白を生み出す要因の一つとして、健康情報の断絶が挙げられる。ライフコースを通じて異なる制度で収集された個人の健康情報は十分に連携されていない。同一制度内であっても転居・転職等に伴う円滑なデータ移行は困難である。このように、支援を必要とする者のデータが断絶することにより、ライフステージ移行期における切れ目のない保健指導や受療継続支援等の実効性が損なわれ、ライフコースを通じた一貫した支援を阻害するだけでなく、その実施責任の所在も不明確となっている。

(3) 生活習慣病という用語が内包する課題

生活習慣病という用語は、疾病予防における生活習慣の重要性を国民に広く浸透させる上で大きな役割を果たしてきた。一方で、一般的には生活習慣病は「がん・循環器病・

糖尿病・COPD」を示すことが多いが、その対象疾患の範囲が必ずしも明確に定義されておらず、医学的・行政的に見解の不統一がある。また疾病の成因や生活習慣そのものの形成要因として、遺伝要因、外部環境要因、社会経済的要因など多層的に関与していることが明らかになっている。

3 提言の内容

我が国の健康づくり対策は、人口構造・疾病構造の変化、デジタル環境の進展、健康の社会的規定要因への認識の深化等に基づき、歴史的節目を迎えている。制度の縦割りとデータの断絶、用語をめぐる問題等は、発症予防をゴールとする従来の健康づくり対策の限界にも起因する。多疾患併存者が通常となる超高齢社会の現在、ライフコースを通じた切れ目ない支援体制を確立するには、発症「予防」だけを重視するのではなく、病と共に生きる、すなわち「共生」する個人を支援する疾病対策への転換が不可欠で、その推進に当たり生活習慣病に代わる用語の使用の是非に関する議論が必要である。以上の認識に基づき、以下の三点を提言する。

(1) ライフコース全体を貫く切れ目のない多職種連携による支援体制の構築

現制度の縦割り構造に起因して生じる支援の空白をデータ共有により解消し、ライフコースを通じた一気通貫の支援体制に繋がる多省庁を横断した体制整備に向け、政府はその政策を転換する必要がある。医療、地域、職域、学校など多様な現場において、保健医療職、教育職、福祉・介護職、行政担当者などが効果的に協働できる多職種連携の制度的基盤を厚生労働省が中心となって整備するとともに、それを支える専門職教育を文部科学省と連携して強力に推進すべきである。（文部科学省、厚生労働省）

(2) 統合データ基盤の構築と未来志向のヘルスプランへの転換

ライフコースにわたる切れ目ない支援を実現するためには、デジタル技術を活用し、健康情報を制度間、多職種間、さらには本人とも共有可能とする統合データ基盤を政府主導で構築すべきである。その際、個人・社会の視点に立ち、本人が自らの情報を主体的に把握し、生活習慣病の「予防」及び「共生」に関する意思決定に参画できるプラットフォーム並びにそれを支える制度的枠組み（母子・学校・職域・地域保健の連携やPHR利活用の環境整備等）を整備する必要がある。こうした共同意思決定を促進するためには、従来の健診・医療データに加え、ウェアラブル機器やIoTによるパッシブセンシングデータを統合したパーソナルヘルスレコード（PHR）の基盤整備をさらに推進すべきである。同時に、データの利活用に当たっては、本人同意を前提とした安全な連携の標準化、プライバシー保護、ELSI（Ethical, Legal, and Social Implications：倫理的・法的・社会的課題）に関する国民的合意形成に努めるとともに実効性あるガバナンス体制を確立すべきである。（内閣府、デジタル庁、総務省、文部科学省、厚生労働省、経済産業省、こども家庭庁）

(3) 生活習慣病の用語に関する学際的・社会的な議論の推進

生活習慣病という用語については、疾病対策・健康づくり施策の推進に資した効果を踏まえつつ、政府及び関係学会はその社会的影響について調査・研究を推進すべきである。この議論は、我が国の疾病対策の方向性を踏まえた医学・公衆衛生学的観点にとどまらず、社会学、倫理学、哲学、言語学等の学際的視点から多角的かつ開かれた形で進められるべきである。また、政府や専門学会は国民との双方向の対話を通じて、個人の多様な価値観への尊重や倫理的配慮を基盤とした新たな社会的合意を形成することを求める。（文部科学省、厚生労働省）