

(案)

提 言

生活習慣病対策の再構築に関する提言

— ライフコースを通じた包括的な対策に資する、

多職種連携と統合データ基盤の確立 —



令和8年（2026年）〇月〇日

日 本 学 術 会 議

この提言は、日本学術会議健康・生活科学委員会・臨床医学委員会合同生活習慣病対策分科会が中心となり審議を行ったものであり、日本学術会議として公表するものである。

日本学術会議健康・生活科学委員会・臨床医学委員会合同生活習慣病対策分科会

委員長	野出 孝一	(第二部会員)	佐賀大学学長
副委員長	郡山 千早	(連携会員)	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科教授
幹 事	池田 彩子	(連携会員)	名古屋学芸大学管理栄養学部教授
幹 事	八谷 寛	(連携会員)	名古屋大学大学院医学系研究科教授
	磯 博康	(第二部会員)	国立健康危機管理研究機構国際医療協力局グローバルヘルス政策研究センター長・理事長特任補佐
	秋葉 澄伯	(連携会員)	弘前大学研究教授／鹿児島大学名誉教授
	浅野みどり	(連携会員)	修文大学看護学部小児看護学教授／名古屋大学名誉教授
	井上真奈美	(連携会員)	聖路加国際大学大学院公衆衛生学研究科研究科長
	小熊 祐子	(連携会員)	慶應義塾大学スポーツ医学研究センター・大学院健康マネジメント研究科教授
	香美 祥二	(連携会員)	医療法人敬和会理事／徳島大学名誉教授
	片山 豪	(連携会員)	高崎健康福祉大学人間発達学部子ども教育学科教授／愛媛大学プロテオサイエンスセンター客員教授
	佐藤加代子	(連携会員)	東京家政大学栄養学部栄養学科教授
	中山 健夫	(連携会員)	京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野教授
	堀江 正知	(連携会員)	産業医科大学学長／産業生態科学研究所産業保健管理学教授
	宮地 元彦	(連携会員)	早稲田大学スポーツ科学学術院教授
	森 晃爾	(連携会員)	産業医科大学産業生態科学研究所教授
	水野 篤	(連携会員(特任))	聖路加国際病院医療の質管理室室長

本提言の作成に当たり、以下の方々に御協力いただいた。

河野 哲也	日本学術会議第一部会員(哲学委員会委員長)／立教大学文学部教育学科教授
坂田 省吾	日本学術会議第一部会員(心理学・教育学委員会委員長)／新潟医療福祉大学心理・福祉学部心理健康学科教授
野口 晴子	日本学術会議第一部会員(経済学委員会委員)／早稲田大学政治経済学術院教授

原田 範行	日本学術会議第一部会員（言語・文学委員会委員長）／慶應義塾大学文学部教授
和氣 純子	日本学術会議第一部会員（社会学委員会副委員長）／東京都立大学大学院人文科学研究科教授
奥野 恭史	日本学術会議第二部会員／京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻ビッグデータ医科学分野教授
関谷 毅	日本学術会議第三部会員（第三部幹事）／大阪大学産業科学研究所教授
和泉 京子	武庫川女子大学看護学部看護学研究科教授
岡村 智教	慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室教授
高橋 浩之	放送大学千葉学習センター所長／千葉大学名誉教授
二木 立	日本福祉大学名誉教授
西岡 大輔	神戸大学大学院医学系研究科社会健康公正学部部門准教授
山岸 良匡	順天堂大学医学研究科公衆衛生学教授
吉川由美子	日本放送協会（NHK）解説委員
由田 克士	大阪公立大学大学院生活科学研究科教授
和田 恵子	国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策研究所予防研究部室長 日本公衆衛生学会公衆衛生モニタリング・レポート委員会生活習慣病・公衆栄養グループ

本提言の作成に当たり、以下の職員が事務を担当した。

事務局	郷家 康德	参事官（審議第一担当）
	加瀬 博一	参事官（審議第一担当）付参事官補佐
	實川 雅貴	参事官（審議第一担当）付審議専門職

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、その推進にあ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）

目 次

1 背景・現状と課題.....	1
(1) 生活習慣病の歴史と意義.....	1
(2) 生活習慣病を取り巻く環境の変化に伴う課題と本提言の目的.....	2
2 ライフコースを通じた課題の整理と多職種連携.....	4
(1) 生活習慣病対策における支援の空白(ギャップ)構造の可視化と対応(図2、参考資料3・4参照).....	4
① 生活習慣病対策における各ライフステージの課題(図2、参考資料3).....	5
② 生活習慣病対策におけるライフステージ移行期・ライフイベントによる課題.....	6
(2) 多職種連携、及び専門職教育.....	7
① ライフコースを通じた共生支援の実現に向けた多職種連携(図3).....	8
② 多職種連携を支える人材教育・カリキュラムの整備.....	9
3 未来志向の生活習慣病対策 — 人生全体を支える持続可能な仕組みへ.....	11
(1) ライフコースを通じたヘルスプラン — 「予防」から「共生」へ.....	11
(2) ICT・デジタル技術による生活習慣病対策の深化.....	11
① 「生活」「習慣」の再定義.....	12
② 適切な支援タイミングの拡張.....	12
(3) 持続可能な生活習慣病対策社会の構築.....	13
① 産官学連携による多様なサービスの出現と持続可能性.....	14
② 倫理を基盤とした社会的合意形成.....	14
4 生活習慣病という概念の再検討と構造的課題の可視化.....	15
(1) 国際社会から見た生活習慣病.....	15
(2) 多様な視点から見る生活と習慣.....	15
(3) 生活習慣病対策を取り巻く環境の変化と課題.....	16
5 提言.....	19
(1) ライフコース全体を貫く切れ目のない多職種連携支援体制の構築.....	19
(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.....	19
(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.....	19
<用語の説明>.....	21
<参考資料1>審議経過.....	24
<参考資料2>公開シンポジウムなど.....	24
<参考資料3>各ライフステージにおける社会的または制度上課題例.....	25
<参考資料4>各ライフステージ・移行期・ライフイベント時における生活習慣に関連する課題例.....	26
<参考文献>.....	27

1 背景・現状と課題

(1) 生活習慣病の歴史と意義

「生活習慣病」^{a)}（以下、「」を付さず、単に生活習慣病と記載）は、「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[1]、生活習慣に着目した疾病対策を推し進める目的で、1996年に厚生省（当時）により導入され、その後広く普及した[2]。健康日本21（第三次）では「がん・循環器病・糖尿病・COPD」を生活習慣病として位置付けており[3]、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康が具体的な生活習慣として例示されている。国民の間にも生活習慣の重要性が浸透し、2002年制定の健康増進法（平成十四年法律第百三号）では、健康的な生活習慣に留意する国民の責務とともに、それを社会全体で支える仕組みが制度的に位置付けられた[4]。

生活習慣病がこのように制度的に位置付けられた背景には、疾病構造の変化があった。1950年代後半以降、感染症死が激減する一方で、脳血管疾患、がん、心疾患等が主要死因となった（図1）。1956年に厚生省（当時）は、「主として、脳卒中、がんなどの悪性腫瘍、心臓病などの40歳前後から急に死亡率が高くなり、しかも全死因の中でも高位を占め、40～60歳位の働き盛りに多い疾患」を成人病と位置付けた[2]。成人病対策では健診・検診等による二次予防や医療技術の開発・普及が重視され、死亡率減少に寄与した。学校教育においても、1969年の中学校学習指導要領では「成人に多い病気」として脳卒中、がん、心臓病、胃潰瘍が取り上げられた[5]、[6]。その後、成人病の発症には、病原体や有害物質等の外部環境因子や遺伝要因に加え、生活習慣の長期的蓄積が影響しているとの理解が深まったことを受けて、1996年、厚生省公衆衛生審議会（当時）は前述のように生活習慣病を定義づけた[1]。

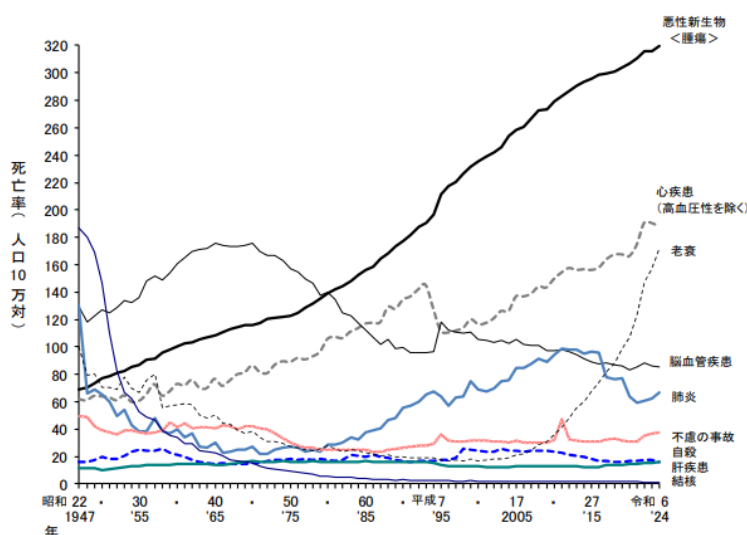


図1 主な死因別にみた死亡率（人口10万対）の年次推移

（出典）令和6年(2024)人口動態統計月報年計(概数)の概況 [7]

加齢に着目した「成人病」から生活習慣病への転換は、生活習慣改善によって疾病の発症・進行を予防できるとの認識を社会に広め、行動変容を促進した[1], [2]。学校教育においても、1998 年告示の中学校学習指導要領解説には「生活行動・生活習慣と健康」の項目が新設され、その中で初めて生活習慣病という用語が用いられた。一部の教科書では「生活習慣が病気をつくる」という表現も見られ、生活習慣改善の重要性が強調された[5], [8], [9]。こうした取組の効果により、2000 年の内閣府世論調査では既に 69% が「聞いたことがある」と回答し[10]、2013 年の「食育に関する意識調査」では「生活習慣病の予防や健康づくりのための食生活」に関心があると答えた者が 92% に達するなど、生活習慣病の用語が広く浸透したことがうかがえる[2], [11]。

(2) 生活習慣病を取り巻く環境の変化に伴う課題と本提言の目的

生活習慣病に対する社会的認知が高まった過去 30 年で、生活習慣病の発生要因に関する多くの研究成果が明らかになり、また生活習慣病の予防対策に求められる環境にも変化が生じている。すなわち、大規模ゲノム解析による遺伝的要因、Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD) 学説^{b)}に代表される母体にいる胎児期（妊娠期）からの成育要因、大気汚染を含む地球規模の環境要因、さらには COVID-19 等の感染症要因など、生活習慣病には生活習慣以外にも多様な要因が関与することがこれまで以上に明らかとなってきた。また、教育、経済、文化などの健康の社会的規定要因^{c)}を踏まえ、個人の努力のみでは解決できない課題に対応するため、社会環境の整備にも益々重点が置かれるようになってきた[12]。

さらに、これらの多様な要因が及ぼす影響は生涯にわたり複合的に蓄積・持続することから、出生から死亡に至る人生全体を捉えた「ライフコースアプローチ」^{d)}が求められるようになった。人の一生には、乳幼児期、若年成人期、高齢期等のライフステージに加え、就学、就職、結婚、出産、転職、退職等の多様なライフイベントに伴う移行期が存在する。これらの移行期には情報の連続性が失われやすいため、地域、職域、学校等において保健医療に関わる多様な専門職が連携を強化し、ライフコースを通じて、切れ目のない対策を実施することが望ましいが、未だ体制は不十分である。

本分科会ではこれまで、良好な成育環境確保や、若年成人期から壮年期に至るまでの継続的な生活習慣病予防対策の必要性を提言してきた[13]。今回の提言では、中年期や高齢期を含むライフコースを通じた生活習慣病対策について提言を行う。特に、長期にわたって保有する慢性疾患としての一面を有する生活習慣病においても、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号、平成 28 年改正）で示された「がんとの共生」と同様に、病を抱えながらも安心して暮らすことを支える視点が重要となる。すなわち、生活習慣病の一次予防のみならず、重症化予防を含め生涯にわたり生活習慣病と共生^{e)}する過程で生じる多様な課題に対し、保健医療専門職に限らず、多様な担い手が連携した支援体制の構築、及び多職種連携^{f)}を基盤とした教育体制を目指すものである（第 2 章）。さらに、これらの改革を支える情報基盤の在り方を含めた未来志向の生活習慣病対策の方向

性を示し（第3章）、その実現において生活習慣病という用語自体が有する課題を整理、再考し、議論を行う（第4章）。

2 ライフコースを通じた課題の整理と多職種連携

生活習慣病予防のための支援は、中年期や高齢期のみを対象とするのではなく、胎児期を含むライフコース全体の視点に基づいて構築される必要がある[14]。ライフステージの移行期やライフイベントは、生活習慣を再構築する好機となり得る一方で、現行の健康づくり施策や社会保障制度は、年齢区分や制度目的ごとに縦割りで設計されているため、ライフコースを通じた支援が十分に機能しにくい[15]。さらに、生活習慣病の有病率は低所得者層において高く[16]、一旦発症すると就労困難による更なる貧困化を招き、健康状態の悪化を助長するという悪循環、ひいては健康格差の固定化につながりやすい[17]，[18]。しかし、現行制度に基づく受動的支援（案内通知に応じた自発的な受診や相談窓口の利用）の枠組みでは、支援をより必要とするであろう層ほど、その効果が現れにくいというジレンマが存在する。具体的には、低所得者層や非正規雇用労働者、単身者で社会的にも孤立している者、あるいは健康無関心層では、健康課題が多いにもかかわらず、自発的な受診や相談窓口の利用に繋がりにくい。実際、国民健康保険（働く世代では自営業者や非正規雇用労働者が加入）では、組合健保等に比べて特定健診受診率が著しく低い。現行制度に基づく支援のみでは、このジレンマの解決は困難で、健康格差の固定化に繋がっている[16]，[19]，[20]。

ライフコースの種々の過程の課題解決を担う学校、職域、地域、医療等の専門職が、切れ目ない支援に有効な関わりを保てるためには、各専門職が個人のライフコース全体にわたって支援する視点を共有する教育やさらなる多職種連携を推進するのみならず、それを可能とする制度・運用面上の問題を整理し、再構築することが重要となる。具体的には、制度の縦割りを是正するための責任主体の明確化や、制度間の情報のシームレスな接続、並びに多職種と本人が安全に健康情報を共有できる基盤の整備が求められる。こうした制度・情報基盤の上に立って初めて、行政が企業や特定非営利活動法人（NPO）等の民間主体と連携し、支援の届きにくい層へ多職種が能動的に関与するアウトリーチ型支援⁴を実効的に展開することが可能となる[3]，[21]，[22]。さらに、これらの取組を持続可能な仕組みとして定着させるため、民間サービスや地域資源の参画を促す財源確保やインセンティブ設計、並びにその効果を客観的に検証する共通評価指標の策定など、運用の仕組みそのものを統合的に整備していかなければならない。

ここでは、こうした仕組みの構築を見据え、ライフステージの移行期における保健・医療支援の空白期を可視化するとともに、その接続を担う多職種協働の可能性と、それを持続的に支える人材教育の方向性を提示する。

(1) 生活習慣病対策における支援の空白（ギャップ）構造の可視化と対応（図2、参考資料3・4参照）

前述のとおり、ライフステージの移行期やライフイベントにおいては、支援が途切れやすく、「支援の空白（ギャップ）」が生じやすい。適切な支援策を構築するためには、まず移行期における健康状態や支援実態を把握するためのデータ整備が必要である。ま

た、制度間の接続不全や、支援を必要とする個人を支える体制の不足を明らかにする必要がある。そのため、まず各ライフステージにおける課題を整理した上で、ライフステージの移行期及びライフイベントの課題を整理する。



図2 ライフコース、ライフステージ、
ライフステージ移行期、ライフイベントの例
(出典) 生活習慣病対策分科会で作成

① 生活習慣病対策における各ライフステージの課題（図2、参考資料3）

ア プレコンセプション^{h)}・妊娠期

DOHaD 学説に基づき[23]，[24]、ライフコースにわたる生活習慣病予防の観点からの対策が求められる。さらに、この時期は、両親の生活習慣改善を含めた支援を行う機会でもある[25]。

イ 乳幼児期・学童期・思春期

家庭環境や生活リズムは将来の健康に大きな影響を及ぼし、この時期に形成された健康状態や生活習慣は、トラッキングⁱ⁾により将来まで持続しやすい。しかし、社会経済的困難を抱える家庭では、健康的な生活習慣や健康行動につながる家庭教育が十分に行えない場合もあり、その対応が重要である[3]，[25]。また、学校教育においては、学習指導要領の理念に基づき、専門性の異なる教職員が十分に連携し、外部専門家の支援も活用しながら教育を行うことが重要である[26]。

ウ 若年成人期（高等教育期：18歳～20歳代前半）

高校卒業後には、一律の健康教育制度が存在せず、大学や専門学校ごとに支援体制に大きな差がある[27]，[28]。自立に伴い生活習慣の乱れが生じやすい時期であ

るため、就労期への橋渡しとしての生活習慣改善プログラムや健康教育を制度的に整備することが必要である[13]，[20]。特に、若年成人期における飲酒・喫煙の開始や不規則な生活リズムの定着は、複数の前向きコホート研究において中年期以降の糖尿病・心血管疾患などの生活習慣病リスク上昇と関連することが示されており[29]、これらを予防することは中年期以降のリスク低減に資すると考えられる[30]。

エ 若年成人期（若年就労期）

企業に雇用される労働者には、労働安全衛生法に基づき定期健康診断が義務付けられている[31]。生活習慣病に含まれる疾患群は、作業内容や作業環境によって発症リスクが影響を受ける作業関連疾患としての側面も有する。そのため、事業者には作業関連疾患予防のためには、生活習慣改善の支援のみならず、労働時間の管理等の労働環境整備が求められる。一方で、同法の対象とならない自営業者やフリーランス、職域健診の対象から外れやすい非正規雇用労働者など、多様な働き方に応じた健康支援や格差是正策の推進も求められている[32]。

オ 壮年期・中年期（働き盛り世代・就労世代）

壮年期・中年期は、仕事や家庭における役割が増大し、健康管理が後回しになりやすい時期である。また、加齢に伴い、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の有病率も急増する[33-35]。このため、生活習慣病の予防に加え、共生や就労との両立支援が重要な課題となる[36]。さらに、事故や病気、昇進・転職・失業、さらには育児や介護等のライフイベントが生活習慣に大きな影響を与える場合もある[37]。

カ 高齢期（定年後・セカンドライフ）[38]

高齢期は、定年退職や役割喪失に伴う社会的孤立や心理的ストレスが増す一方、複数の生活習慣病を併せ持つ多疾患併存（multimorbidity）が一般的となり、心身機能の低下が加速しやすい[39]。また、この時期には、壮・中年期における肥満や危険因子に着目した生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少による身体機能の低下（フレイル）に着目した対策に徐々に転換することが必要である[40]，[41]。そのため、年齢のみで判断するのではなく、日常生活動作(ADL)、認知機能、フレイル、転倒リスク、併存症等を踏まえた個別的な生活習慣病管理目標の設定が必要となる[42]。

② 生活習慣病対策におけるライフステージ移行期・ライフイベントによる課題

各ライフステージ固有の支援課題に加え、進学、就職、転職、退職等のライフステージの移行期や、妊娠・出産・病気・転職等の年齢に依存しないライフイベントにおいては、所属や利用する制度・保険の変更に伴い健康管理の連続性が途切れやすく「支援の空白（ギャップ）」が生じやすい[43]。これらの時期において、健康行動の維持・改善をいかに支えるかが重要な課題となる。

例えば、ライフステージの移行期、ライフイベント時には、健康教育、医療アクセス（医療情報）、保健サービスの接続が十分ではない。本来であれば、健診で有所見

となった対象者を確実に医療や保健指導へつなぎ、治療や生活改善の継続状況を追跡・評価することが求められるが、専属の産業保健スタッフが不在の事業場や紙媒体でのデータ管理が残る現場等では十分なフォローアップが機能しにくい[44]。さらに、学校卒業から就労への移行期において、企業の定期健康診断の対象とならない国民健康保険の被保険者（自営業者、短時間労働等の非正規雇用労働者、無職者等）や生活保護受給者等には、40歳の特定健診開始に至るまで国の標準的な健診・保健指導の仕組みが存在しない。一部の自治体による若年者（30歳代等）向け健診も任意の受診勧奨にとどまり受診率は低迷している[45]。その結果、困窮層や非正規雇用労働者においては若年成人期から糖尿病等のリスクが上昇している可能性が指摘されているにもかかわらず[46]、早期発見や保健指導につながらないという構造的課題が存在する[44]。

さらに、就職・転職・出向・失業・転居といったライフイベントや所属の変更に伴うデータ断絶も重大な課題である。我が国の健康情報は、生涯の各ステージにおいて管轄官庁や根拠法、管理主体が異なるため、それぞれ分断されている。乳幼児期の「母子健康手帳」に記載される健康診査等の記録はこども家庭庁管轄のもと市区町村が管理するが[47]、[48]、学童期の「健康診断票」は文部科学省管轄のもと学校の設置者（教育委員会等）が管理し、その法定保存期間は5年間に限られている[49]、[50]。また、成人期の労働者に係る「健康診断個人票」は厚生労働省管轄のもと事業主が個別に作成・管理しており、その法定保存期間は5年間と定められている[51]、[52]。さらに、地域における「特定健康診査等記録」は厚生労働省管轄のもと各医療保険者が管理し[53]、高齢期の健康診査の記録や介護給付等情報は、各医療保険者、市区町村、後期高齢者医療広域連合等がそれぞれ分散管理している[54]。これらのデータは、進学・就職・転職といったライフステージの移行期や保険者変更のタイミングにおいて、制度的・システムの連携体制が確立されておらず、結果として大半の健康診断情報が保存期間経過後に廃棄、あるいは各管理主体に埋没している。この情報の断絶は、継続的支援の妨げとなるだけでなく、制度上フォローアップを担う主体の所在を不明確にする要因ともなっている。仮にこれらの情報が安全に連携・共有されれば、進学・就職・転職等のライフステージ移行期・ライフイベント時においても過去の経年変化を踏まえた切れ目のない対応が可能となり、ライフコースを通じた一貫性のある予防・支援を可能とする基盤となる。

(2) 多職種連携、及び専門職教育

ライフステージ移行期やライフイベントにおける支援の断絶は、「住民・患者側」においては支援を十分に利用・継続できない形で、「支援者側」においては制度間・教育間・職種間の連携不足として顕在化している。この課題を克服するためには、住民・患者側と支援者側相互の対話並びに多職種協働の制度化と実際の連携が不可欠である。ここでいう支援者側の情報共有とは、個人情報保護や各種法の枠組みに基づき、安全な情報共有基盤等を活用しながら、特定の住民・患者の健康リスクや支援履歴、今後の支援

方針等の個別情報を多職種間で適切に共有・把握することを意味する。こうした個別支援レベルでの情報共有や合同研修の推進に加え、連携成果を可視化し、住民・患者側及び支援者側双方が積極的に連携に参画できるような非金銭的な評価も含む制度的インセンティブの設計も重要である。さらに、自律的な行動変容を支援する観点から、心理学、哲学、倫理学（価値の共創・合意形成）、言語学（スティグマを生まない対話表現や共通言語の構築）、行動科学⁹⁾等、人間と組織を深く理解する学際的アプローチを取り入れる必要がある。加えて、専門職養成課程や研修に多職種連携及びライフコース視点を標準的に組み込むことは、制度的断絶を最小化する上でも必要である。

① ライフコースを通じた共生支援の実現に向けた多職種連携（図3）

生活習慣病の予防及び生活習慣病患者の支援には、医療・保健、教育、福祉・介護、労働・産業等、幅広い領域が関与している。医師、歯科医師、看護師、保健師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、公認心理師等の保健医療専門職や健康運動指導士等の関連職種は、診療、指導、相談等を通じて、個人・世帯への支援のみならず、地域や職域における健康づくりにも重要な役割を果たしている。

また、保育・教育の現場では、養護教諭、栄養教諭、保健体育・家庭科・生活科、理科等を担当する教育職、さらには保育士等が、地域の専門職と連携しながら、子どもや保護者の健康リテラシーの向上に寄与している。福祉・介護分野では、社会福祉士や介護支援専門員（ケアマネジャー）が、経済的・家庭的困難を抱える者や高齢者を支援している。さらに、労働・産業分野では、産業医、産業看護職等が、職域における健康管理や生活習慣改善、作業関連疾患予防を担っている。行政・政策分野もまた、公衆衛生施策の立案・評価を通じて、制度の連続性を支える重要な役割を果たしている。

しかし現状では、多職種連携は医療機関、学校、職域といった各領域の内部における局所的な協働にとどまり、制度や生活現場の枠を超えた領域横断的な連携は不足している。また、エビデンスに基づく介入が十分に社会実装されていないことに加え、心理学、行動科学、哲学・倫理学、言語学等の学際的知見が診療や保健指導の現場に統合されているとは言い難い[55]。

学際的知見は、個人レベルでの生活習慣改善、生活圈・医療圏レベルでの環境整備に役立つだけでなく、哲学や倫理学など人文社会学的アプローチを通じた、「生活」「習慣」の意味の再整理に有用である（図3）。また、こうした領域横断的な支援の実装には、日本医学会連合をはじめとする学術団体による先進的な包括ガイドラインや共同提言の知見を積極的に参考とすべきである。既に専門領域間を横断した脳心血管病予防などの包括的リスク管理に関する枠組みの策定が進められており、医療、教育、福祉、産業保健等の多職種がこれら学会横断的なエビデンスを「共通言語」として活

用することは、制度や職種の壁を越えた一貫性のある支援（制度間接続）を可能にする上で極めて有効である。

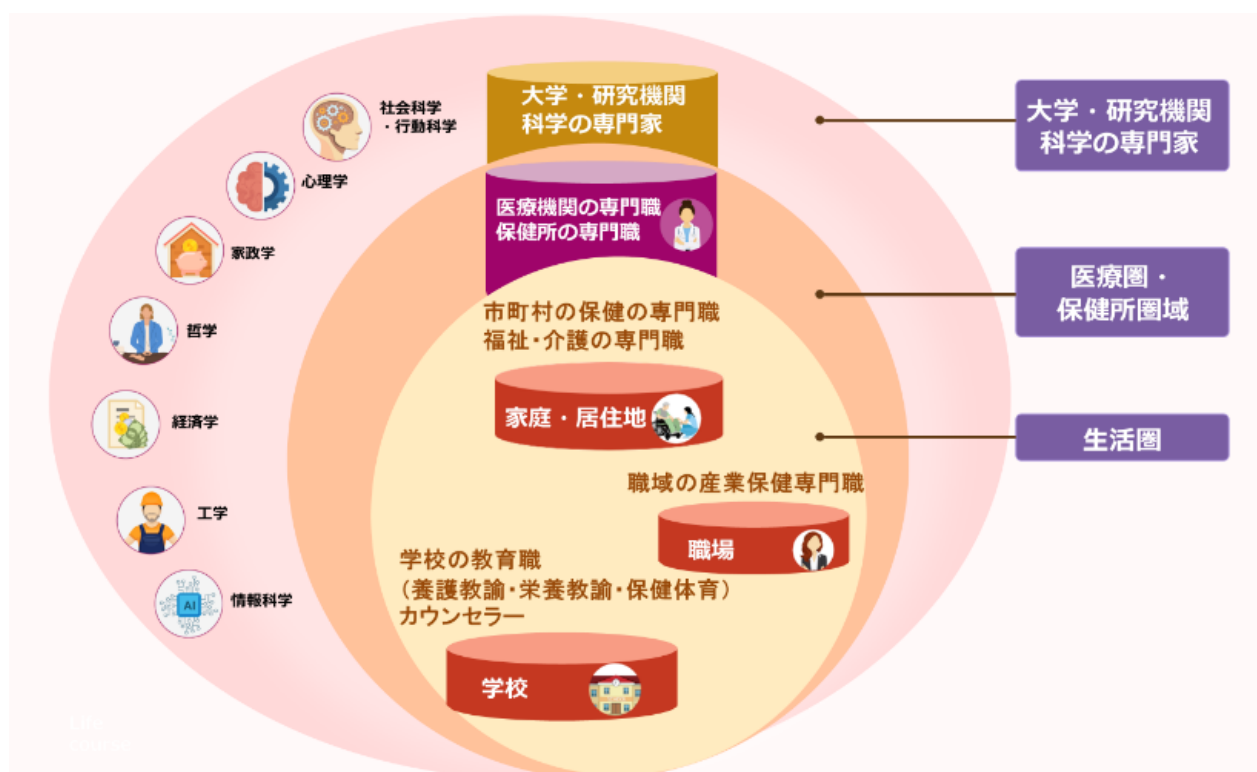


図3 多職種によるライフコースを通じた支援に関わる概念図

（出典）生活習慣病対策分科会で作成

② 多職種連携を支える人材教育・カリキュラムの整備

多職種が円滑に協働し、ライフコースを通じた生活習慣病対策を実効的に推進するためには、保健医療福祉現場における連携推進施策のみならず、専門職養成の初期段階から、多職種連携教育（Inter-Professional Education）^{k)}を体系的に導入することが不可欠である。現実の社会における複雑かつ総合的課題に対応するためには、心理学、哲学、倫理学、言語学、行動科学等の学際的知見を取り入れたカリキュラム設計が求められる。

また、資格取得後やキャリア形成後における再教育（卒後教育・リスキリング）も極めて重要である。現場で実際に生じる支援の空白や断絶を埋める視点を十分に涵養できるよう、多職種連携を基盤とした再教育プログラムの構築が必要である。実践例としては、厚生労働省の委託を受け、公益社団法人日本栄養士会と一般社団法人日本公衆衛生学会が制度化した公衆衛生専門管理栄養士が挙げられる[56]。このような学協会連携による取組は、施策推進に必要な人材育成や制度間ギャップを埋める先行事例として注目される。今後は、具体的な多職種協働実践を十分に含むコア・カリキュラムを整備し、ライフコース全体を見通した、領域横断的かつ実効性の高い教育体系

へ発展させていくことが求められる。

さらに、卒前教育・養成課程や歴史的背景の異なる多職種が効率的に連携する上で、用語の共有やデータガバナンス（本人中心の管理モデル）に関する共通理解は重要である。広く用いられている「生活習慣病」という用語においても、現状では制度や専門領域によって指し示す疾患の範囲や概念の捉え方が必ずしも共通化されておらず、多職種協働の観点からも再整理が求められる。すなわち、用語が持つ学術的・社会的含意について多職種間で共通理解を形成し、専門職養成教育における多職種連携教育の基盤形成を強化するためにも、学際的視点から幅広い議論を進める必要がある。

3 未来志向の生活習慣病対策 — 人生全体を支える持続可能な仕組みへ

(1) ライフコースを通じたヘルスプラン — 「予防」から「共生」へ

我が国の健康づくり施策は、1978年の第一次国民健康づくり対策に始まり、生活習慣病の一次予防に重点を置いた2000年の「健康日本21（第一次）」を経て、2024年度からは「健康日本21（第三次）」までで、半世紀近くが経過しようとしている。この間に、我が国の環境は以下の3点において決定的なパラダイムシフトを迎えた。第一に、人口構造・疾病構造の変化である。高齢化率は1978年当時の約8.6%から30%に迫る水準へと急増し、主要死因の約8割を慢性疾患が占めるに至った[57]。高齢期における多疾患併存（multimorbidity）やフレイルの合併は、従来の単一疾患を対象とした画一的予防モデルの限界を示している[58]，[59]。第二に、健康の社会的規定要因への認識の深化である。個人の意志や行動変容のみに依存したアプローチでは「健康格差」を是正しきれないという科学的エビデンスが蓄積され[60]，[61]、施策の中心を個人への介入から社会環境の整備へと転換する必要性が認識されている。第三に、デジタル環境の進展である。スマートフォンやウェアラブル機器によるセンシング技術の確立は、生活ログの連続的な可視化を通じて、日常に寄り添う個別最適ナリアルタイム・アプローチを技術的に可能にした[62]。

生活習慣病は、もはや特定の年齢層や時期における予防のみで対応可能な一時的課題ではない。現実には、中年期から高齢期にかけて、多くの人々が何らかの生活習慣病を抱えながら生活しており、生活習慣の改善によって「発症そのものを未然に防ぐ（一次予防）」ことのみを重視してきた従来の枠組みだけでは対応しきれない状況が存在している[63]，[64]。あわせて、生涯にわたり画一的な生活習慣改善を求め続けることへの限界も顕在化しており、個人のライフステージや状態に応じた柔軟な支援方針への転換が求められている。したがって、生活習慣病は、単に予防すべき対象ではなく、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。各ライフステージにおける生活の質を維持・向上させるためには、疾病の早期発見や重症化予防を中心とした従来の枠組みを超え、発症後の経過も含めた長期的・包括的支援体制を構築する必要がある。これは、制度設計、技術応用、支援体制のすべてにおいて、予防の重要性を維持しつつ、「支援の継続性」と「疾患との共生」を中核とする新たな社会モデルを確立することを意味している。

今後は、技術革新や価値観の変容を踏まえつつ、健康日本21に代表される従来の健康づくり施策の枠組みを発展させ、関係省庁や学術領域の垣根を越えて、次の四半世紀を見据えた新たな包括的健康増進計画（ヘルスプラン）を再設計する必要がある。

(2) ICT・デジタル技術による生活習慣病対策の深化

生活習慣病対策は、ICT・デジタル技術の発展により、個別化、即時対応、多職種連携等の側面から新たな展開を見せている。特に、以下の二つの観点において、ICTの果たす

役割は今後ますます重要となると考えられる。

① 「生活」「習慣」の再定義

ICTは、単なる行動変容支援ツールにとどまらず、生活習慣病や慢性疾患と共に生きる日常を連続的に支える基盤へと進化している。ウェアラブル機器やスマートフォンを用いることで、脈拍、呼吸、血圧等のバイタルデータ、食事、身体活動、睡眠等の受動的計測（パッシブセンシング）^{l)}が可能となっている。さらにその瞬間の気分、食欲、ストレス等を即時的に把握するデジタル化EMA（Ecological Momentary Assessment：生態学的瞬時評価）を組み合わせることで、「生活」や「習慣」を主観・客観の両面から可視化できるようになりつつある。加えて、購買履歴、移動情報、電子カルテ等を統合することで、社会環境や医療利用状況を含めた、より包括的な人間像を把握できる可能性がある。これらの統合データは、ライフステージの移行期やライフイベントに伴い、何が、いつ、どの程度変化したのかを客観的に示すものである。すなわち、「生活」や「習慣」は、個人の意識的な意志のみで決定される固定的行為ではなく、環境や状況との相互作用の中で動的に変化するものとして再定義されつつある。一方で、統合データ基盤の構築に当たっては、本人同意、利用目的の限定、データ最小化、匿名化といった手順化にとどまらず、より根源的な倫理的・哲学的問いへの対峙が不可欠である。すなわち、本人すら自覚していない微細な生体反応や無意識の行動ログが他者に把握される中で、個人と社会との関係性をどう捉え直すかという課題である。健康増進という名目のもとで個人の私的領域が過度に可視化・介入される「監視」の様相を帯びることを防ぎ、不健康な選択も含めた個人の自律性や尊厳をいかに保障するかというELSI^{p)}（Ethical, Legal, and Social Implications：倫理的・法的・社会的課題）の視座が極めて重要となる。これらが適切に担保されて初めて、データ基盤は「共生」を支える理解と支援の基盤として機能する。とりわけパーソナルヘルスレコード（PHR）^{m)}に蓄積される精緻なライフログや機微な医療情報は、個人のプライバシーに直結するため、情報管理の徹底が最優先課題となる。そのため、二要素認証やエンドツーエンドの暗号化といった高度な情報セキュリティ技術の実装とともに、万が一の漏洩リスクに対する実効性ある法的・組織的ガバナンス体制を多省庁横断で確立し、国民の強固な信頼を担保することが重要である。

② 適切な支援タイミングの拡張

ICTは、対面接触の有無にかかわらず、必要なタイミングで支援を提供する体制を可能にする。時系列情報を活用することで、従来の年1回の健診とその事後対応等による「点」の指導から、個人の文脈に応じた「線（継続的・即時的）」の支援への転換が想定される。具体的には、心拍変動等の数秒・数分単位の生理指標から日内変動、さらには数年以上のライフステージの状態及び変化までを多層的に解析することで、例えばストレスや血圧の急峻な変動が生じた瞬間に適切な対処行動を促すジャストイ

ンタイム型介入（Just-In-Time Interventions: JITI）や[65]、多様な就労環境や個人の価値観を踏まえ、デジタル技術等を介して本人の主体的判断を支える意思決定支援など[66]、個別の文脈や心理的負荷に即した最適な支援の実装が期待される。その一方で、頻回な介入によるアラート疲労への対策や、AI等による判断においても利用者のニーズに合わせた説明可能性の確保が求められる。とりわけ、多層的データの解析・意思決定支援にAIを用いるにあたっては、AIのハルシネーション（誤情報）やバイアスの評価、データガバナンスの確立とともに、人間（本人及び支援者）が最終的な価値判断と実施責任を負う姿勢が不可欠である[67]。同時に、ICT活用による新たな格差拡大、すなわちデジタル技術を十分に活用できない利用層や、通信環境・端末購入等の費用負担が困難な経済的困窮層において、かえって不便が生じたり支援の空白（格差）が拡大したりする事態を防ぐことが重要な課題である。あらゆる住民が支障なく情報へアクセスできるよう、パーソナルヘルスレコード（PHR）等のシステム設計においては、日本産業規格（JIS X 8341-3等）をはじめとするWebアクセシビリティ規格への準拠や[68]、スクリーンリーダー（音声読み上げ）対応、日本語・多言語表示、直感的で利用しやすい画面や操作のデザイン、さらには公的窓口での端末利用環境の提供や必要に応じた通信支援など、最低限のデジタルアクセス（ミニマムアクセス）を公的に保障する仕組み等、多様な利用手段を標準的に確保することが求められる[69]。支援の質と公平性を両立させるためには、こうした課題への対応を並行して進める必要がある。本人・住民・患者を最中心に据えるPeople-centered⁹⁾の理念に基づき、本人の主体的なデータアクセスと意思決定を社会における多職種が伴走して支える仕組みとして設計される必要がある。さらに、その情報連携を通じて、本人・家族が参画する共同意思決定¹⁰⁾への即時的・効果的な反映や、人的資源の最適配置等、新たな課題への対応も求められる。

（3）持続可能な生活習慣病対策社会の構築

生活習慣病対策を持続可能な形で推進するためには、企業（産）、行政（官）、学術機関（学）が相互補完的に連携し、社会全体で支える枠組みを構築することが不可欠である。その際に重視すべき視点として、①産官学連携による多様な資源の持続可能性、②科学と倫理の統合、③ライフコース全体を視野に入れた社会的合意形成の三点が挙げられる。なお、こうした多様なセクターによる協働の社会実装にあたっては、行政が制度的・総合的な調整および最終的な公的セーフティネットの構築責任（ガバナンス）を担い、産・学がそれぞれ実効的なサービス提供や科学的エビデンスの担保に参画するなど、施策や地域の文脈に応じた明確かつ柔軟な役割分担のもとで推進することが求められる。

① 産官学連携による多様なサービスの出現と持続可能性

近年、企業やNPO等が提供する多様なサービスは、行政制度の隙間を補完する重要な支援資源となっている。例えば、アプリを活用した生活記録支援や、地域における孤立予防活動等は、その柔軟性と迅速性において公的支援を補完する役割を果たしている。一方で、経済的困窮によりサービス利用が困難な層や、サービスの利用意向を持たない健康無関心層に対して、いかに支援を届け接続させるかという点においては、公的支援とは異なる課題が存在することにも留意する必要がある。こうした取組が持続的に発展するためには、産・官・学が相互に連携し、事業及び施策としての継続可能性を確保する視点が不可欠である。具体的には、マイナポータル等を活用したデータ連携や公共利用を推進するとともに、民間事業者が予見可能性を持って開発投資を行えるよう、適切なインセンティブ設計や制度の整備を行政（官）が主体となって進める必要がある。あわせて、大学や研究機関等の学術機関（学）が、これら多様な民間サービスの有効性や安全性を科学的に検証し、客観的な評価指標やエビデンスを創出することで、サービスの質と社会的信頼性を担保することが求められる[70]。このように、公的支援、民間サービス、学術的エビデンスが相互補完的に機能するエコシステムを構築することにより、「誰一人取り残さない」持続可能な支援体制の実現が期待される。

② 倫理を基盤とした社会的合意形成

生活習慣病対策を社会実装するに当たっては、科学的エビデンスに基づく有効性に加え、公平性、公衆的利益、個人の尊厳や選択の自由等、倫理的視点を十分に考慮する必要がある。これは単なる医療技術の問題ではなく、ELSI (Ethical, Legal, and Social Implications: 倫理的・法的・社会的課題) として広く議論されるべき課題である。また、どこまで「公助」が担い、どこから「自助」「共助」に委ねるかという再定義については、透明性の高い社会的合意形成が求められる。生活や習慣は個人のアイデンティティや文化的背景と深く結び付いているため、医学のみならず、哲学、倫理学、社会学等の知見を統合しながら、介入の妥当性を検討しなければならない。こうした学際的議論を経ることによって初めて、個人の「生活」という極めて私的な領域に関わる施策が、社会的正当性を持って受容され得る。

4 生活習慣病という概念の再検討と構造的課題の可視化

(1) 国際社会から見た生活習慣病

健康日本21（第三次）においては、「生活習慣病（NCDs）」^①という記載がされているが、世界保健機関（WHO）によれば、Non-communicable diseases（NCDs）とは長期間持続する非感染性疾患の総称であり、遺伝的要因、生理学的要因、環境因子に加え、不健康な食事、身体活動不足、喫煙、過度の飲酒等の行動要因が複合的に関与して発症するとされている[71]。代表的なNCDsは循環器病（心血管疾患）、がん、慢性呼吸器疾患（COPD、喘息等）、糖尿病が挙げられ、これらでNCDs関連死亡の約80%を占める。がんや循環器病を「非感染性」として一括してよいのかという議論もあり、感染要因や社会的規定要因をどう位置付けるかは重要な課題となっている[72]。

またWHOが新興感染症の命名時に「地名、人名、動物名、文化的・社会的集団を想起させる名称」を避けるよう推奨したように[73]、疾病名称の付け方について注意が必要である。他にも、疾病をライフスタイルに過度に結び付けることを再考すべきとの意見も見られる[74]，[75]。欧米諸国では「Chronic disease」や、「long-term condition」等が用いられることもある[59]，[76]，[77]。これらは「生活習慣」という行動様式ではなく、疾患の慢性性や持続性に着目した呼称である。WHOも「ライフスタイルは個人の選択だけで形成されるものではなく社会によっても形成される」と指摘し、構造的要因への対応の必要性を述べている。

(2) 多様な視点から見る生活と習慣

「生活」とは、個人がどのような環境に置かれ、どのような社会的・経済的背景を有し、どのような価値観のもとで暮らしているかを含む、包括的な概念である。社会学においては、貧困、教育格差、不安定雇用等、個人の努力では容易に変えられない構造的条件が「生活」を規定する要因とされる[78]，[79]。

「習慣」とは、フランス現象学**においては、「意識的な意志」と「反射的な運動」の中間にある「身体知」とされる[80]。習慣という身体知を基盤として、意識的・意志的な活動が可能になるが、習慣は一種の惰性（inertia）を含んでおり、自転車のハンドル・ペダル操作の半自動性はもちろん、朝の歯磨きや喫煙のように、特段の意識がなくとも発動し、容易に修正できないことがある。ラヴェッソンは、習慣が学習された行動であるゆえに、単なる自然法則の反映ではなく、読書や祈りの習慣のように、個性やアイデンティティ、そして人格的成長をもたらすと主張した[81]。

このように、「生活」や「習慣」は、人間存在に深く根差した概念である。したがって、生活習慣病という用語を用いる際には、それらが有する意味の広がりや限界を十分に理解し、その背景を可視化する必要がある。これらの概念は、単なる医療的介入の対象ではなく、人間理解の基盤として医学のみならず、哲学、倫理学、社会学、言語学等を含む学際的視点から再考されるべきものである。

(3) 生活習慣病対策を取り巻く環境の変化と課題

生活習慣病の要因は生活習慣のみにとどまらず、遺伝的素因[82]、大気汚染や温湿度などの環境因子[83]、胎児期・幼少期の成育環境（DOHaD 学説）[84]、COVID-19 を含む感染症との関連[85]など、多層的であることが報告されている。さらに教育歴や所得、雇用状況、居住環境といった社会経済的要因も生活習慣形成や健康リスクに影響を及ぼすことも報告されている[86]。

生活習慣病が含む範囲や定義が必ずしも一定でなく、社会における理解や解釈も時代とともに変化してきた。2017 年の学習指導要領では「がん」を生活習慣病から切り離す変更が行われた[87]。生活習慣との関連が強いがんも存在するものの[88]、生活習慣以外の要因が大きいがんへの科学的理解や、学校教育現場における偏見防止への倫理的配慮等が背景にあった可能性がある。同様の慎重な配慮は生活習慣病全般に共通する課題と考えられる。さらに、脂肪性肝疾患(Steatotic Liver Disease)や骨粗鬆症等も、生活習慣との関連から、生活習慣病対策の対象とされる場合があり、その範囲は固定的なものではない[12]，[89]。

また生活習慣病という名称は、生活習慣という個人行動に焦点を当てて予防支援を行う概念であるがゆえに[1]、疾病発症の責任を本人に帰属させる印象を与えやすく、自己責任論やスティグマ⁹⁾を助長するリスクが存在する[90]。さらに、医療費抑制政策の文脈において、生活習慣病に関連する医療費負担が強調されることは、生活習慣病患者に対する社会的スティグマの助長につながる可能性も指摘されている[91]，[92]。

表 1 に示すように、生活習慣病という用語には、複数の構造的課題が内在している。第一に、生活習慣病の範囲に関する見解の不統一（①）、第二に、国際的概念である NCDs との概念的・疾患範囲上の非整合（②）、第三に、「生活」・「習慣」に対する多面的理解の不足（③）、第四に、「生活習慣」の他要因の相対的過小評価と生活習慣病患者への自己責任論の助長（④）である。

表 1 生活習慣病という用語に係る課題

課題の分類	具体的な内容・非整合の状況	政策・社会への影響と論点
① 範囲に関する見解の不統一	・対象疾患（がん、循環器病、糖尿病、COPDなど）の医学的・行政的な定義範囲が時代や文脈で固定されていない。 ・2017年の学習指導要領改訂に伴う「がん」の切り離しなど、教育現場や行政施策間での範囲に揺らぎがある。	・多職種間での共通理解や一貫した健康教育プログラムの構築を阻害する要因となる。
② 国際的概念（NCDs）との非整合	・国際社会（WHO等）では疾患の持続性や慢性性に着目した「NCDs」や「Chronic disease」が用いられる。 ・「生活習慣」という個人の行動様式に過度に焦点を当てた呼称は、国際的な概念や疾患範囲との間で不一致が生じている。	・国際的なデータ比較や共同研究、グローバルな健康政策との整合性を欠く懸念がある。
③ 多面的理解の不足	・「生活」や「習慣」は、単なる個人の意志的な選択のみで決定されるものではない。 ・社会学（格差や雇用状況）、フランス現象学（修正が容易でない身体知・惰性）、思想（道徳的弱さ・悪しき習慣の反復）といった人間存在に根差した学際的知見が十分に反映されていない。	・医学・公衆衛生学的介入の妥当性を狭め、動機付けや行動変容を促す支援の限界を生んでいる。
④ 自己責任論の助長と多因子性の看過	・「生活習慣」という名称の強調により、発症の責任をすべて本人へ帰属させる印象を社会に与える。 ・発症の背景にある「外部環境要因」「遺伝要因」「社会的規定要因（教育、経済、環境等）」などの多層的な因子が相対的に過小評価される。	・生活習慣病患者に対する社会的スティグマや自己否定感を助長するリスクを内包する。 ・医療費抑制政策と結びつくことで、発症者への不適切な因果推論（自己責任論）を深刻化させる。

（出典）生活習慣病対策分科会で作成

生活習慣病という用語は予防対策の実効性を高めた一方で、生活習慣病の社会的・環境的規定性を相対的に見えにくくした側面もあった。

生活習慣病の概念の再検討は、疾患の定義、予防戦略、さらには社会的支援の在り方を含む、包括的な健康政策の再設計と不可分である。本章で示した論点は、第2章「多職種連携によるライフコースアプローチの構築」及び第3章「未来志向の生活習慣病対策」と有機的に関連させながら、ライフコースを通じた予防・支援体制の再構築として統合的に推進される必要がある。

5 提言

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。今後は、「予防」を中核とした従来の枠組みに加え、生活習慣病との「共生」を包含する新たな健康観への転換、すなわち人生全体を支える持続可能な健康システムへのパラダイムシフトが不可欠である。

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養成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の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は構築すべきである。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、その社会的影響について政府及び関係学会は調査・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）

本提言は、生活習慣病を個人の生活のみの問題として捉える従来の枠組みを超え、ライフコース・社会環境・共生を包括した新たな健康政策へ転換し、人生全体を通じて、誰もが尊厳を保ちながら健康と共に生きることができる社会の実現を目指すものである。

＜用語の説明＞

用語	説明
a) 生活習慣病	1996年に厚生省（当時）が導入した用語。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る。がん、循環器病、糖尿病などが例示されるが、その範囲は時代とともに変遷・拡大している。
b) DOHaD 学説	Developmental Origins of Health and Disease の略。母体にいる胎児期（妊娠期）・幼少期の発育環境が、成人後の生活習慣病などの発症リスクに関連するという学説。
c) 健康の社会的規定要因	個人の努力のみでは解決できない、生活習慣や疾病リスクを左右する要因。教育歴、所得、雇用状況、居住環境といった社会経済的要因が含まれる。
d) ライフコースアプローチ	胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくりのアプローチ。健康は胎児期から高齢期まで累積的に形成されるという視点に基づき、一貫した支援の必要性を示す概念。
e) 共生（生活習慣病との～）	従来の生活習慣病対策が「発症させないこと（一次予防）」を中心としてきたのに対し、発症後も適切な医療や治療（重症化予防）を継続的に受けながら、本人が個人の尊厳と QOL（生活の質）を保ちながら生涯を送ることを支えるという包括的伴走への転換を指す本提言における概念。がん対策基本法の改正を経て定着した「がんとの共生（がんサバイバーシップ）」の歩みと方向性を同じくするものであり、長期間持続する慢性疾患や高齢期の多疾患併存（multimorbidity）の現実を踏まえた次世代ヘルスプランの中核に位置付けられる。
f) 多職種連携	保健医療（医師、看護師、管理栄養士など）、教育（養護教諭、栄養教諭など）、福祉・介護（社会福祉士など）、産業保健（産業医など）といった多様な専門職が、制度や支援場所を超えて協働すること。
g) アウトリーチ型支援	既存の制度に基づく受動的な窓口相談等の枠組みを超え、行政、民間事業者、NPO 等が連携し、潜在的な支援対象者に対して能動的にアプローチして手を差し伸べる支援手法。
h) プレコンセプションケア	妊娠前からの健康管理を指す概念。妊娠前の栄養管理、喫煙対策、健康教育等を含み、次世代の健康形成にも影響を与える。

i) トラッキング	幼少期や思春期に形成された健康状態や生活習慣が、その後の人生においても持続しやすい現象を指す。
j) 行動科学	人の意思決定プロセスを解明する学問分野。行動経済学の知見も含む。専門職連携のインセンティブ設計や、本人の健康行動を後押し（ナッジ）する制度設計などへの活用がある。
k) 多職種連携教育	英語では Interprofessional Education (IPE)。専門職養成の初期段階（学部・養成課程）から、他職種の役割を理解し、円滑に協働（連携）するためのコンピテンシーを身に付ける教育。
l) パッシブセンシング	受動的計測。ウェアラブル機器やスマートフォンなどにより、本人が意識的に入力しなくても、バイタルサイン、身体活動、睡眠などが自動的に取得されること。
m) PHR	Personal Health Record の略。健診結果、医療記録、活動量などの生活ログを含め、個人が自身の健康情報を管理・活用するための記録や仕組み。
n) People-centered	WHO では、People-centered care を「個々の疾病ではなく、人々の包括的なニーズを中心に組織され、社会的な好みを尊重する、信頼された保健医療システムの参加者および受益者として、個人、介護者、家族、そして地域の視点を意識的に取り入れるケアのアプローチ。」と定義している[93]。 本提言では、この理念に基づき、本人・住民・患者（生活者）の包括的なニーズや尊厳をシステムや施策の最中心に据える考え方として用いている。医療者や行政といった多様な支援者が本人の意思に寄り添い伴走する体制を前提とした上で、本人が自らのデータに主体的にアクセスし理解・活用できる仕組み（PHR 等）の整備は、この主体的な参画を保障するための一つの重要な要素として位置付けられる。
o) 共同意思決定	英語では Shared Decision Making (SDM)。医療者や保健指導者が一方的に治療や方針を決定・指示（パターンリズム）するのではなく、本人が自らの価値観や好みに基づき、最適な治療や生活習慣の選択に主体的な参加者として参画し、協働して決定を下すプロセス。本人がデータにアクセス・活用できる PHR 等の基盤整備により、即時的・効果的な促進が期待される。
p) ELSI	Ethical, Legal, and Social Implications/Issues（倫理的・法的・社会的課題）の略。ICT やデジタルヘルスなどの新技術が社会実装する際に検討が不可欠な公平性、個人の尊厳、データガバナンスなどに関する論点。「えるしー」と読むことが多い。

q) NCDs	Non-communicable diseases の略。国際的に用いられる概念で、感染性の Communicable disease に対をなす、長期にわたり持続する非感染性疾患の総称。遺伝、生理、環境、行動要因が複合的に関与するとされる。
r) スティグマ	疾患や特定属性に対して社会的に負の烙印を押すこと。生活習慣病という用語が自己責任論と結びつくことで、患者への偏見や自己否定感を生じさせる可能性が指摘されている。
**）フランス現象学	二〇世紀初頭にドイツの E. フッサールを嚆矢とする現象学は、人間の経験を経験されるがままに記述し、主体が世界をどのように意味づけているかを捉えようとする哲学的潮流である。これがフランスに導入されると、それ以前の思想と結合して、独特の現象学的身体論を形成するに至った。その代表者は、M・メルロ＝ポンティである。

＜参考資料１＞審議経過

令和６年

３月１４日 生活習慣病対策分科会（第２６期・第１回）
役員の選出、意思の表出について

８月１１日 生活習慣病対策分科会（第２６期・第２回）
意思の表出について、公開シンポジウム・学術フォーラムの開催について

令和７年

４月８日 （第２６期・第３回）
学術フォーラムについて、意思の表出について

＜参考資料２＞公開シンポジウムなど

令和６年

１２月２２日 公開シンポジウム
「ライフコース・多職種の関わる生活習慣病予防」
（第９回日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会年次学術集会
共催）

令和７年

５月２４日 公開シンポジウム
「生活習慣がその発症・進行に関与する疾病予防のための最適な社会
環境づくりと多様な担い手による支援」
（第６１回日本循環器病予防学会学術集会共催）

１０月３０日 後援シンポジウム
「今後のNCDs 対策を考える」
（第８４回日本公衆衛生学会総会主催）

令和８年

３月２２日 後援シンポジウム
「生活習慣病」のこれからを考える
（第９０回日本循環器学会学術集会主催）

＜参考資料３＞各ライフステージにおける社会的または制度上課題例

ライフステージ	主な課題
プレコンセプション・妊娠期（妊娠計画・妊娠初期）	-若年（～30歳代）女性の「やせ」（低出生体重児リスク） -妊娠前の栄養指導や喫煙対策の不足 -妊産婦健診等はあるが、母子保健とライフコースを通じた生活習慣病予防対策との連携不足
乳幼児期・学童期・思春期（就学前～中等教育まで）	-乳幼児期から思春期に形成される生活習慣の「トラッキング」への対応不足 -保健教育の実施に課題（準備の大変さ、専門性の不足） -保健教育における栄養教諭・養護教諭・教員の連携やカリキュラム・マネジメントの不足 -若年層における血圧測定など生活習慣病の早期発見への対策未整備
若年成人期（高等教育期：大学・専門学校等）	-義務教育期のような一律の健康教育制度が存在せず、大学・専門学校ごとの支援体制の格差が大きい
就労期全般	-健診後フォローの不足 -健診結果の活用や情報の継続的共有が不十分 -健康経営を含む、企業の取り組みによる事業規模ごとの対策格差 -生活習慣病における不十分な両立支援体制
若年成人期（若年就労期）	-高校卒業から特定健診開始（40歳）までの健康教育の空白期間 -若年就労期の生活習慣の乱れ
壮年期・中年期（働き盛り世代・キャリア変容期）	-肥満・身体活動不足・食習慣の乱れ -生活習慣病の有病率増加 -キャリア変容や家庭責任の増大による健康管理の後回し -育児や介護を担うケアラー問題による心理的・制度的負担
高齢期（定年後・セカンドライフ）	-高齢者単独、高齢者夫婦のみ世帯の増加、孤立や役割喪失による健康リスク -フレイル等と生活習慣病の複合化 -過栄養から低栄養への移行（画一的でなく個別評価が必要）

＜参考資料４＞各ライフステージ・移行期・ライフイベント時における生活習慣に関連する課題例

名称	課題例
ライフステージ・移行期	
乳幼児期・学童期・思春期（就学前～中等教育まで）	朝食欠食の増加。部活等で身体活動は二極化。家庭・友人関係の変化、メディアなどの影響（やせ志向など）
若年成人期（高等教育期：大学・専門学校等）	一人暮らしなどによる生活習慣の変化。外食・中食の増加；20代の低い運動習慣。喫煙・飲酒開始
若年成人期（若年就労期）	勤務による生活環境変化。歩数・身体活動低下。野菜摂取量低下。短時間での大量飲酒。
壮年期・中年期（働き盛り世代・キャリア変容期）	仕事・家庭の多重負担下による生活習慣改善の優先順位の低下。食事バランス・身体活動継続課題。40～50代で高い飲酒習慣。喫煙率は加齢も伴う喫煙率低下。
高齢期（定年後・セカンドライフ）	低栄養。歩数・活動性低下。生活習慣病との共生。孤立のリスク。
ライフイベント	
妊娠・出産	妊娠前のやせ・出産後の体重増加 喫煙・飲酒による低出生体重等、胎児発育への悪影響
結婚・離婚（世帯構造変化）	共食・家事分担・居住形態の変化に伴う食生活・飲酒・喫煙習慣の変化
育児	
転職・出向・転籍・昇進・降格・失業など（キャリア変化）	長時間労働・勤務形態変更で睡眠・飲酒・喫煙・身体活動量など生活習慣が変動。
介護・家庭内での役割変化	生活習慣変化に加えて、介護の直接的な負担で睡眠・身体活動量・食事の質が悪化。抑うつ・慢性痛リスク上昇。
配偶者死亡・単身化	孤立。食事量低下・飲酒量増加・身体活動量低下

<参考文献>

- [1] 厚生労働省, “生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について”, 1996, [Accessed: August 2, 2025], [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/0812/1217-4.html>
- [2] 厚生労働省, “平成 26 年版厚生労働白書 健康長寿社会の実現に向けて～健康・予防元年～（本文）”, 2014, [Accessed: August 2, 2025], [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/>
- [3] 厚生労働省, “国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の全部を改正する件”, 2023, [Accessed: August 25, 2026], [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/001102474.pdf>
- [4] “平成十四年法律第百三号 健康増進法（生活習慣病の発生の状況の把握）第十六条”, 2002, [Accessed: August 2, 2025], [Online]. Available: <https://laws.e-gov.go.jp/law/414AC0000000103>
- [5] 日本学術会議, “公開シンポジウム「生活習慣がその発症・進行に関与する疾病予防のための最適な社会環境づくりと多様な担い手による支援」”, 2025, [Accessed: August 5, 2025], [Online]. Available: <https://www.scj.go.jp/index.html>
- [6] 文部科学省, “昭和 44 年 中学校学習指導要領 第 7 節 保健体育”, 1969, [Accessed: April 25, 2026], [Online]. Available: <https://erid.nier.go.jp/files/COFS/s44j/chap2-7.htm>
- [7] 厚生労働省, “令和 6 年(2024) 人口動態統計月報年計(概数) の概況”, 2024, [Accessed: April 25, 2026], [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai24/dl/gaikyouR6.pdf>
- [8] 文部科学省, “中学校学習指導要領解説 保健体育編”, 2008, [Accessed: April 25, 2026], [Online]. Available: https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/__icsFiles/fieldfile/2011/01/21/1234912_009.pdf
- [9] 高橋健夫、他, 保健体育 文部科学省検定済教科書 中学校保健体育用, 大修館書店, 2012
- [10] 内閣府, “内閣府世論調査「生活習慣病に関する世論調査」 平成 12 年 2 月調査”, 2000, [Accessed: August 2, 2025], [Online]. Available: <https://survey.gov-online.go.jp/h11/yamai/2-1.html>
- [11] 内閣府, “「食育に関する意識調査」について”, 2013, [Accessed: August 11, 2026], [Online]. Available:

- <https://warp.ndl.go.jp/web/20160401133629/www8.cao.go.jp/syokuiku/more/research/syokuiku.html>
- [12] 厚生労働省, “健康日本 21 (第三次)”, 2023, [Accessed: March 3, 2024], [Online]. Available: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21_00006.html
- [13] 日本学術会議, “生活習慣病予防のための良好な成育環境・生活習慣の確保に係る基盤づくりと教育の重要性”, 2020, [Accessed: July 1, 2024], [Online]. Available: <https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-24-t293-3.pdf>
- [14] 厚生労働省, “・国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針 (◆令和 05 年 05 月 31 日厚生労働省告示第 207 号)”, 2023, [Accessed: January 19, 2024], [Online]. Available: https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00012990&dataType=0&pageNo=1
- [15] 厚生労働省, “令和 6 年版 厚生労働白書”, 2024, [Accessed: September 17, 2025], [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/23/dl/zentai.pdf>
- [16] 厚生労働省, “平成 24 年度保健師中央会議”, 2013, [Accessed: September 9, 2025], [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002g2a8.html>
- [17] 厚生労働省, “平成 26 年「国民健康・栄養調査」の結果”, 2015, [Accessed: September 28, 2025], [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000106405.html>
- [18] Tanja A. J. Houweling, et al., “Intergenerational transmission of health inequalities: towards a life course approach to socioeconomic inequalities in health – a review”, *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 78, no. 10, pp. 641-649, 2024
- [19] みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社, “令和 4 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業) 健康無関心層に対する介護予防・健康づくりに関する調査研究事業”, 2023, [Accessed: September 28, 2025], [Online]. Available: https://www.mizuho-rt.co.jp/archive/case/pdf/r04mhlw_kaigo2022_03.pdf
- [20] 日本学術会議, “働く世代の生活習慣病予防 ―健診・保健指導の今後の展開と若年期からの対策の重要性―”, 2017, [Accessed: August 25, 2026], [Online]. Available: <https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-23-t251-2.pdf>
- [21] 一般社団法人 日本循環器病予防学会, “日本学術会議市民公開シンポジウム: 生活習慣がその発症・進行に関与する疾病予防のための最適な社会環境づくりと多様な担い手による支援”, 日循環器予防誌, vol. 60, no. 2, pp. 143-144, 2025

- [22] 株式会社三菱総合研究所, “高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する事例集”, 2019, [Accessed: April 27, 2026], [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001342103.pdf>
- [23] 厚生労働省, “妊娠前からはじめる妊産婦のための食生活指針 ～妊娠前から、健康なからだづくりを～ 解説要領”, 2021, [Online]. Available: https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/a29a9bee-4d29-482d-a63b-5f9cb8ea0aa2/aaaf2a82/20230401_policies_boshihoken_shokuji_02.pdf
- [24] 日本産科婦人科学会, “産婦人科診療ガイドライン産科編 2023”, 2023, [Accessed: September 28, 2025], [Online]. Available: https://www.jsog.or.jp/activity/pdf/gl_sanka_2023.pdf
- [25] 山岸良匡, “我が国における公衆衛生学的観点からの健康診査の評価に資する研究”, 2018, [Accessed: July 1, 2024], [Online]. Available: <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/162569>
- [26] 文部科学省, “健康教育・食育行政担当者連絡協議会”, 2024, [Accessed: August 13, 2026], [Online]. Available: https://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1370005_00001.htm
- [27] 名古屋大学保健管理センター, “健康白書”, 2024, [Accessed: August 2, 2025], [Online]. Available: <https://www.htc.nagoya-u.ac.jp/hokenkanri/hakusho/>
- [28] 独立行政法人日本学生支援機構, “大学等における学生支援の取組状況に関する調査（令和5年度（2023年度））”, 2024, [Accessed: August 11, 2026], [Online]. Available: https://www.jasso.go.jp/statistics/gakusei_torikumi/2023.html
- [29] 金城文., “厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 20歳未満の喫煙、飲酒等の実態把握 及び環境要因の解明のための研究 令和6年度 総括・分担研究報告書”, 2025, [Accessed: August 16, 2026], [Online]. Available: https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/download_pdf/2024/202408018A.pdf
- [30] Kristen L. Knutson et al., “Role of circadian health in cardiometabolic health and disease risk: A scientific statement from the American heart association”, *Circulation*, vol. 152, no. 21, pp. e408-e419, 2025
- [31] 厚生労働省, “労働者の心身の状態に関する情報の適正な取扱い指針 令和4年3月31日改正”, 2022, [Accessed: August 13, 2026], [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/000922318.pdf>
- [32] 中小企業安全衛生研究会, “中小企業・小規模事業場で働く人々の健康と安全を守るために一行政、関係各機関、各専門職に向けての提言”, 2017, [Accessed:

- August 2, 2025], [Online]. Available:
<https://www.oshsmc.com/2017%E5%B9%B4%E6%8F%90%E8%A8%80>
- [33] 厚生労働省, “2023 年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況”, 2025, [Accessed: August 10, 2025], [Online]. Available:
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/newpage_00063.html
- [34] 厚生労働省, “令和 6 年「国民健康・栄養調査」の結果”, 2025, [Accessed: August 11, 2026], [Online]. Available:
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_66279.html
- [35] 厚生労働省, “令和 5 年 労働安全衛生調査（実態調査） 結果の概況”, 2024, [Accessed: August 11, 2026], [Online]. Available:
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/r05-46-50b.html>
- [36] 厚生労働省, “令和元年「国民健康・栄養調査」の結果”, 2020, [Accessed: August 2, 2025], [Online]. Available:
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_14156.html
- [37] 厚生労働省, “令和 7 年版厚生労働白書 次世代の主役となる若者の皆さんへー 変化する社会における社会保障・労働施策の役割を知るー（本文）”, 2025, [Accessed: September 21, 2025], [Online]. Available:
<https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/25/index.html>
- [38] 厚生労働省, “平成 29 年度 労働者等のキャリア形成における課題に応じたキャリアコンサルティング技法の開発に関する調査・研究事業”, 2018, [Accessed: August 11, 2025], [Online]. Available:
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/jinzaikaihatsu/career_consulting_gihou.html
- [39] 厚生労働省, “高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン 第 2 版”, 2019, [Accessed: September 21, 2025], [Online]. Available:
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204952_00001.html
- [40] World Health Organization, “Ageing and health”, 2025, [Accessed: May 21, 2026], [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- [41] Marika Nomura, et al., “Global trends in double-duty actions for nutrition as an intervention for the double burden of malnutrition”, *Jpn. J. Nutr. Diet.*, vol. 80, no. 1, pp. 60-68, 2022
- [42] 日本老年医学会・日本糖尿病学会, “高齢者糖尿病診療ガイドライン 2023”, 2023, [Accessed: September 21, 2025], [Online]. Available: https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/diabetes_treatment_guideline.html
- [43] 厚生労働省, “「国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関するデータヘルス改革推進計画・工程表」及び「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」に

- ついて” , 2017, [Accessed: August 14, 2026], [Online]. Available:
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000170011.html>
- [44] 立道 昌幸、古屋 博行、山本 健也、溝上 哲也、永田智久, “労災疾病臨床研究事業費補助金 「健康診断結果の経年変化に視点をおいた望ましい健診結果の 活用と事後措置のあり方に関する研究」 平成 29 年度～令和元年度 総合研究報告書” , 2020, [Accessed: July 4, 2026], [Online]. Available:
<https://www.mhlw.go.jp/content/000700371.pdf>
- [45] 厚生労働省, “被保護者健康管理支援事業” , [Accessed: September 9, 2025], [Online]. Available: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_19953.html
- [46] Tami Sengoku, et al., “Prevalence of type 2 diabetes by age, sex and geographical area among two million public assistance recipients in Japan: a cross-sectional study using a nationally representative claims database” , *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 76, no. 4, pp. 391-397, 2022
- [47] “母子保健法（昭和四十年法律第一百四十一号）” , 1965, [Accessed: August 11, 2026], [Online]. Available: https://laws.e-gov.go.jp/law/340AC0000000141#Mp-Ch_2-At_16
- [48] “母子保健法施行規則（昭和四十年厚生省令第五十五号）” , 1965, [Accessed: August 11, 2026], [Online]. Available: https://laws.e-gov.go.jp/law/340M50000100055#Mp-At_7
- [49] “学校保健安全法（昭和三十三年法律第五十六号）” , 1958, [Accessed: August 11, 2026], [Online]. Available: <https://laws.e-gov.go.jp/law/333AC00000000056>
- [50] “学校保健安全法施行規則（昭和三十三年文部省令第十八号）” , 1958, [Accessed: August 11, 2026], [Online]. Available: <https://laws.e-gov.go.jp/law/333M50000080018/>
- [51] “労働安全衛生規則（昭和四十七年労働省令第三十二号）” , 1972, [Accessed: August 11, 2026], [Online]. Available: <https://laws.e-gov.go.jp/law/347M50002000032>
- [52] “労働安全衛生法（昭和四十七年法律第五十七号）” , 1972, [Accessed: August 11, 2026], [Online]. Available: <https://laws.e-gov.go.jp/law/347AC00000000057>
- [53] “高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）” , 1982, [Accessed: August 11, 2026], [Online]. Available: https://laws.e-gov.go.jp/law/357AC00000000080#Mp-Ch_2-Se_2-At_26
- [54] “介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）” , 1997, [Accessed: August 11, 2026], [Online]. Available: <https://laws.e-gov.go.jp/law/409AC00000000123>

- [55] Luke Wolfenden, et al., “Strategies to improve the implementation of workplace-based policies or practices targeting tobacco, alcohol, diet, physical activity and obesity”, *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 11, no. 2, pp. CD012439, 2018
- [56] 公益社団法人日本栄養士会, “【お知らせ】「公衆衛生専門管理栄養士」の育成について”, 2025, [Accessed: August 5, 2025], [Online]. Available: <https://www.dietitian.or.jp/news/information/2025/521.html>
- [57] 厚生労働省, “厚生白書（昭和 54 年版）”, 1979, [Accessed: August 12, 2026], [Online]. Available: https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1979/
- [58] Jonathan Valabhji, et al., “Interventions for the prevention and management of cardiometabolic multiple long-term conditions”, *Lancet*, vol. 407, no. 10548, pp. 2668-2684, 2026
- [59] Gillian Mead, et al., “Multiple long-term conditions, co-long-term conditions and polyvascular disease: Considerations for evidence synthesis and meta-analyses”, *Cochrane Evid. Synth. Methods*, vol. 3, no. 3, pp. e70027, 2025
- [60] Theo Lorenc, et al., “What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews”, *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 67, no. 2, pp. 190-193, 2013
- [61] Michael Marmot, et al., “Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health”, *Lancet*, vol. 372, no. 9650, pp. 1661-1669, 2008
- [62] Geoffrey S. Ginsburg, et al., “Key Issues as Wearable Digital Health Technologies Enter Clinical Care”, *N Engl J Med*, vol. 390, no. 12, pp. 1118-1127, 2024
- [63] Ben Smith, et al., “Lay beliefs about the preventability of major health conditions”, *Health Educ. Res.*, vol. 14, no. 3, pp. 315-325, 1999
- [64] Nir Eyal, et al., “On knowingly setting unrealistic goals in public health”, *Am. J. Public Health*, vol. 110, no. 4, pp. 480-484, 2020
- [65] Ngan Thi Thuy Phi, et al., “Assessment of US Food and Drug Administration-approved digital medical devices for just-in-time interventions: A systematic review: A systematic review”, *JAMA Intern. Med.*, vol. 183, no. 8, pp. 858-869, 2023
- [66] Mette Kjer Kaltoft, et al., “Preference-sensitive apomediative decision support is key to facilitating self-produced health”, *Stud. Health Technol. Inform.*, vol. 255, pp. 132-136, 2018

- [67] 原良憲, 他, “日本学術会議 見解 AI 活用時代における経営人材・経営専門人材育成の変革”, 2026, [Accessed: August 12, 2026], [Online]. Available: <https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf2/kohyo-26-k260511.pdf>
- [68] 厚生労働省, “厚生労働省ウェブアクセシビリティ方針”, 2023, [Accessed: August 14, 2026], [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/accessibility/index.html>
- [69] 総務省, “みんなの公共サイト運用ガイドライン”, 2024, [Accessed: August 14, 2026], [Online]. Available: <https://www.soumu.go.jp/info-accessibility-portal/webaccessibility/guideline/>
- [70] 国立研究開発法人日本医療研究開発機構, “E-LIFE ヘルスケアナビ AMED「ヘルスケア社会実装基盤整備事業」とは”, 2024, [Accessed: August 24, 2025], [Online]. Available: <https://healthcare-service.amed.go.jp/about/>
- [71] World Health Organization, “Noncommunicable diseases”, 2023, [Accessed: August 5, 2025], [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- [72] Luke N. Allen, et al., “What’ s in a name? A call to reframe non-communicable diseases”, *Lancet Glob. Health*, vol. 5, no. 2, pp. e129-e130, 2017
- [73] World Health Organization, “World Health Organization Best Practices for the Naming of New Human Infectious Diseases”, 2015, [Online]. Available: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/163636/WHO_HSE_FOS_15.1_eng.pdf?sequence=1
- [74] Joe Thomas, “Lifestyle Diseases : When a Name Misleading the Patients and the Public - Australian Institute of Community & Health Management”, 2025, [Accessed: August 3, 2025], [Online]. Available: <https://aichm.edu.au/lifestyle-diseases-when-a-name-misleading-the-patients-and-the-public/>
- [75] Lenore Manderson, et al., “Risk, lifestyle and non-communicable diseases of poverty”, *Global. Health*, vol. 19, no. 1, pp. 13, 2023
- [76] Stephanie Bernell, et al., “Use your words carefully: What is a chronic disease?”, *Front. Public Health*, vol. 4, pp. 159, 2016
- [77] Richard A. Goodman, et al., “Defining and measuring chronic conditions: imperatives for research, policy, program, and practice”, *Prev. Chronic Dis.*, vol. 10, no. 120239, pp. E66, 2013
- [78] ピエール・ブルデュー, ディスタンクシオン I 社会的判断力批判, 藤原書店, 2020

- [79] ピエール・ブルデュー, ディスタンクシオン II 社会的判断力批判, 藤原書店, 2020
- [80] M. メルロー=ポンティ (竹内芳郎・小木貞孝 訳), 知覚の現象学 1, みすず書房, 1974
- [81] フェリックス・ラヴェッソン (野田又夫 訳), 習慣論, 岩波書店, 1938
- [82] M. Abdullah Said, et al., “Associations of combined genetic and lifestyle risks with incident cardiovascular disease and diabetes in the UK Biobank study”, JAMA Cardiol., vol. 3, no. 8, pp. 693-702, 2018
- [83] Sanjay Rajagopalan, et al., “Air pollution and cardiovascular disease: JACC state-of-the-art review”, J. Am. Coll. Cardiol., vol. 72, no. 17, pp. 2054-2070, 2018
- [84] Daniel J. Hoffman, et al., “Developmental origins of metabolic diseases”, Physiol. Rev., vol. 101, no. 3, pp. 739-795, 2021
- [85] Nikolaos Perakakis, et al., “Mechanisms and clinical relevance of the bidirectional relationship of viral infections with metabolic diseases”, Lancet Diabetes Endocrinol., vol. 11, no. 9, pp. 675-693, 2023
- [86] Carmela Alcántara, et al., “Social determinants as moderators of the effectiveness of health behavior change interventions: scientific gaps and opportunities”, Health Psychol. Rev., vol. 14, no. 1, pp. 132-144, 2020
- [87] 文部科学省, “中学校 学習指導要領 (平成 29 年告示)”, 2017, [Online]. Available:
https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/__icsFiles/fieldfile/2018/05/07/1384661_5_4.pdf
- [88] 国立がん研究センター がん情報サービス 一般の方向けサイト, “科学的根拠に基づくがん予防法”, 2021, [Accessed: January 19, 2024], [Online]. Available:
https://ganjoho.jp/public/pre_scr/cause_prevention/evidence_based.html
- [89] 厚生労働省, “特定健診・特定保健指導について”, 2024, [Accessed: August 6, 2025], [Online]. Available:
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>
- [90] Nagaaki Tanaka, et al., “Stigma evaluation for diabetes and other chronic non-communicable disease patients: Development, validation and clinical use of stigma scale – The Kanden Institute Stigma Scale”, J. Diabetes Investig., vol. 13, no. 12, pp. 2081-2090, 2022
- [91] 厚生労働省, “第四期医療費適正化計画 (2024～2029 年度) について”, 2023, [Accessed: April 24, 2026], [Online]. Available:
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190705_00001.html

- [92] 特定非営利活動法人日本医療政策機構, “【調査報告】「2026 年 日本の医療に関する世論調査」 (2026 年 2 月 13 日) ” , 2026, [Accessed: April 25, 2026], [Online]. Available: <https://hgpi.org/research/hc-survey-2026.html>
- [93] World Health Organization, “Framework on integrated, people-centred health services” , 2016