



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 —

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

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長
	小熊 祐子	(連携会員)	慶應義塾大学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
	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教授
	堀江 正知	(連携会員)	産業医科大学学長
	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

提言の背景と骨子

1 現状と課題（環境の変化）

- 社会・医療の変容

社会構造の変化、医学・科学技術の進展、価値観の多様化により健康と疾病をめぐる状況が変化している。

- 超高齢社会の現実

多疾患併存（マルチモビディティ）が常態化している。

- 新たな視点

デジタル環境の進展に加え、健康の社会的決定要因（SDH）の認識が高まり、我が国の健康づくり対策は大きな節目を迎えている。

対策のパラダイムシフト（転換の必要性）

- 健康観の再定義

生活習慣病は単なる「予防対象」ではなく、適切な医療・治療を受けながら「生涯にわたり共生すべき課題」である。

- 支援体制の転換

従来の発症予防に偏重した対策から、病と共生する個人を包括的に支援する「ライフコースを通じた切れ目ない支援体制」へ転換する。

- 定義の見直し

施策の推進にあたり、「生活習慣病」という定義や用語自体のあり方についての議論も必要である。

本提言の目的

予防と共生を統合した健康観に基づき、
人生を支える「持続可能な支援体制への
転換」を促すため、3点の提言を行う。

提言

提言 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

縦割りによる支援の空白をデータ共有によって解消し、多省庁横断の支援体制へ政策転換を図る。さらに、医療・地域・職域・学校の協働基盤を整備し、専門職養成教育を推進する。

提言 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

政府主導のもと、母子・学校・職域・地域の健診情報と、パッシブセンシングを含むPHRを連携した統合データ基盤を構築する。これにより、本人による主体的な共同意思決定（SDM）を支援するとともに、強固なELSIガバナンスを確立する。

提言 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

医学のみならず社会学、哲学・倫理学、言語学などの多角的な視点から、用語がもたらす社会的影響（スティグマなど）を検証する。その上で、国民との双方向の対話を通じて、多様な価値観と尊厳を尊重する新たな社会的合意の形成を目指す。

PHR: Personal Health Record

ELSI: Ethical, Legal and Social Issues 倫理的・法的・社会的課題

現行施策の分断と支援の空白

現在の生活習慣病対策は、概念およ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。

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**に基づく切れ目のない支援が不可欠である。

しかし、現行施策は母子保健、学校保健、職域保健、地域保健など、年齢区分や制度所管ごとに分断して設計されている。

そのため、就学や就職、結婚、出産、転職、退職といったライフイベント、およびライフステージの移行期において支援の連続性が損なわれやすく、**支援の空白**が生じやすい状況にある。

ライフコースとライフステージ移行期



ライフステージと行動

ライフステージ	制度上・社会的な主な課題	生活習慣・健康行動の課題
プレコンセプション・妊娠期	母子保健と生活習慣病予防対策との連携不足、若年女性の「やせ」対策の遅れ	低出生体重児リスク、妊娠前の栄養不良、喫煙・飲酒への指導不足
乳幼児・学童・思春期	生活習慣の「トラッキング」への対応不足、学校保健教育の専門性・連携不足	朝食欠食の増加、運動の二極化、若年やせ志向、生活リズムの乱れ
若年成人期（高等教育・就労）	一律の健康教育制度の欠落、40歳未満国保層の健診空白、事業所規模格差	一人暮らしによる外食化、野菜不足、運動量低下、短時間大量飲酒・喫煙
壮年期・中年期（働き盛り）	多忙による健康管理の後回し、ケアラー（育児・介護）負担、両立支援不足	肥満・高血圧・糖尿病有病率の急増、過度な飲酒、運動習慣の定着難
高齢期（セカンドライフ）	多疾患併存（マルチモビディティ）、単身化・孤立、画的メタボ対策の限界	フレイル・筋力低下、過栄養から「低栄養」への移行、活動量低下

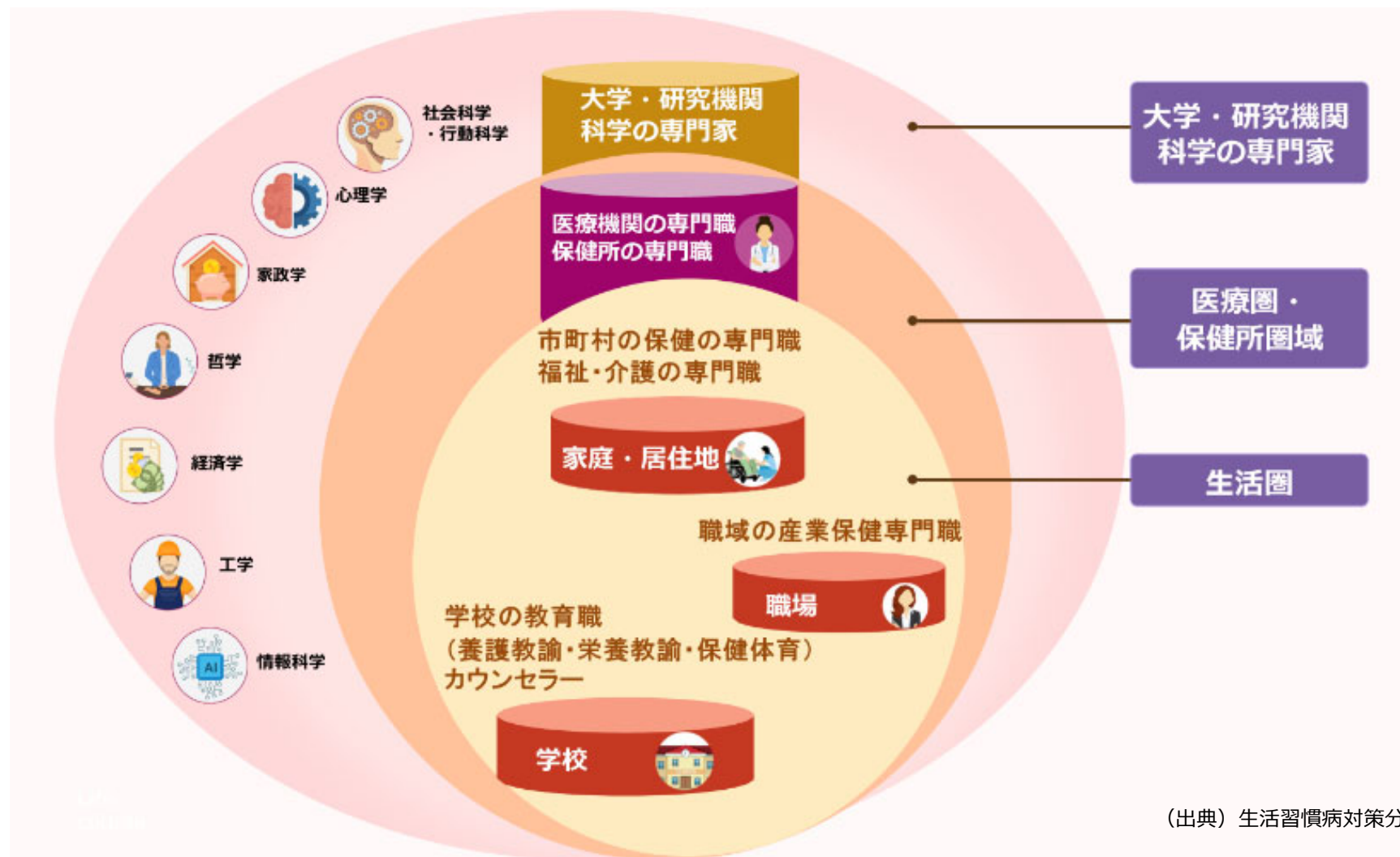
提言 1 ライフコース全体を貫く切れ目のない 多職種連携による支援体制の構築

現行制度の縦割り構造に起因する支援の空白をデータ共有によって解消し、ライフコースを通じた一気通貫の支援体制を構築するため政府は**多省庁を横断した体制**へと政策を転換する必要がある。

医療、地域、職域、学校の多様な現場において、保健医療、教育、福祉・介護、行政の専門人材が効果的に協働できるよう、厚生労働省を中心とした多職種連携の制度的基盤を整備すべきである。

あわせて、それを支える**専門職教育**を、文部科学省と連携して推進することが求められる。

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



データの断絶が、支援の断絶を生む

支援の空白を生み出す要因として、**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間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。

また、同一制度内であっても、転居や転職等に伴う円滑なデータ移行は困難な状況にある。

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、ライフステージの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る。

結果として、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**実施責任の所在**も不明確となっている。

提言 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、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。

その構築にあたって、個人および社会の視点に立ち、以下の環境を整備する必要がある。

● 本人の参画を促すプラットフォームの構築

本人が自らの情報を主体的に把握し、生活習慣病の予防や共生に関する意思決定に参画できる仕組みの整備。

● プラットフォームを支える制度的枠組みの整備

母子・学校・職域・地域保健の相互連携、およびPHR（パーソナル・ヘルス・レコード）利活用のための環境整備。

共同意思決定を支えるPHRとELSIガバナンス

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（パーソナルヘルスレコード）の基盤整備が不可欠である。

また、その利活用に際しては、本人同意を前提とした安全なデータ連携の標準化、プライバシー保護、およびELSI（倫理的・法的・社会的課題）に関する国民的合意形成に努め、**実効的なガバナンス体制**を確立しなければならない。

「生活習慣病」の概念が内包する課題

「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、同疾患はがん、循環器病、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）を指すことが多いものの、その対象範囲は明確に定義されておらず、医学的・行政的な見解の相違が存在する。

疾病の成因や生活習慣の形成には、遺伝要因、外部環境、そして社会経済的要因が多層的に関与している。

用語と概念の変遷 — 成人病から生活習慣病へ

1 1956年「成人病」から1996年「生活習慣病」への転換

背景：感染症の激減に伴い、脳卒中・がん・心疾患が主要な死因として台頭し、かつては「成人病」と称された。

概念の転換：成人病の多くは生活習慣の改善によって発症予防（一次予防）が可能であるとの認識から、個人の生活習慣に着目した対策を推進するため、「生活習慣病」という呼称が導入された。

2 「健康日本21」四半世紀の成果と新たな課題

成果：国民の予防意識や生活習慣への関心は大幅に向上。

時代の変化に伴う新たな課題：

人口構造・疾病構造の変化：既存制度の縦割りと、制度間に生じるギャップの顕在化。

多疾患併存（マルチモビディティ）：発症予防だけでなく、疾患を抱えながら生きる「生活習慣病との共生」の必要性。

デジタル環境の進展：テクノロジーを活用した新たな健康管理・介入の可能性と課題。

3 多因子性に関する理解の深化と「自己責任論」の限界

現状：遺伝、成育環境（DOHaD：胎児期の環境が成人期の健康に影響する概念）、社会経済的要因（SDH）など、個人の努力のみでは解決できない要因の理解が深化。

展望：「生活習慣は本人の意思次第」とする自己責任論の限界を認識し、環境整備を含めた施策の抜本的再構築が求められている。

提言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、政府および関係学会は、これまでの疾病対策や健康づくり施策への貢献を踏まえつつ、その**社会的影響に関する調査・研究**を推進すべきである。

その議論は、医学や公衆衛生学的観点にとどまらず、社会学、倫理学、哲学、言語学といった学際的視点から、多角的かつ開かれた形で進める必要がある。

さらに、政府や関係学会には、国民との双方向の対話を通じ、個人の多様な価値観の尊重や倫理的配慮に基づいた**新たな社会的合意**を形成することが求められる。

提言

提言 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

縦割りによる支援の空白をデータ共有によって解消し、多省庁横断の支援体制へ政策転換を図る。さらに、医療・地域・職域・学校の協働基盤を整備し、専門職養成教育を推進する。

提言 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

政府主導のもと、母子・学校・職域・地域の健診情報と、パッシブセンシングを含むPHRを連携した統合データ基盤を構築する。これにより、本人による主体的な共同意思決定（SDM）を支援するとともに、強固なELSIガバナンスを確立する。

提言 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

医学のみならず社会学、哲学・倫理学、言語学などの多角的な視点から、用語がもたらす社会的影響（スティグマなど）を検証する。その上で、国民との双方向の対話を通じて、多様な価値観と尊厳を尊重する新たな社会的合意の形成を目指す。

結び

本提言は、生活習慣病を個人の問題と捉える従来の枠組みから脱却し、**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の転換を図るものである。

これにより、生涯を通じて誰もが尊厳を維持し、健康と共に生きることができる社会の実現を目指す。