

健康を支援する保健医療提供体制の再構築（第Ⅱ報）

—生活習慣病予防の視点から—

荒 木 紀 代 子

要 約

生活習慣病予防の本来の目的は、個人の健康寿命を延長してQOLの確保・向上を目指し、さらには地域全体の健康水準を高めることである。しかし、現在は医療費抑制が主目的となっていることから、本来の目的と医療費抑制とでは予防のあり方がどのように違うかを考察し、本来の目的のための保健医療提供体制へ再構築することを検討する必要があるが生じている。

この問題意識をもとに第Ⅰ報では、生活習慣病予防の目的を本来の目的に据えて、ヘルスプロモーションと住民自治の視点から保健医療提供体制の現状と課題を分析した。

本稿では、第Ⅰ報で指摘した課題を克服して、生活習慣病予防における保健医療提供体制を再構築していくための新たな保健医療サービス体系と確保の方策について考察した。

目 次

はじめに

第Ⅰ章 生活習慣病の予防における保健医療の理念

第Ⅱ章 新たな生活習慣病予防の保健医療サービス体系の構築

1 断片的なサービスで構成される現在の保健医療サービス体系

2 QOLの確保・向上を目指した今後の保健医療サービス体系

1) 目的による保健医療サービス区分

(1) 自立支援のための健康保障法 一個人に応じた生活習慣病予防

サービス—

(2) ライフコース健康保障法 —生涯を通した生活習慣病予防サービス—

(3) 協働支援関連施策

2) ライフコース健康保障法における保健医療サービス体系と役割分担

(1) 一次予防のための保健医療サービス

(2) 二次予防のための保健医療サービス

(3) 三次予防のための保健医療サービス

(4) 一次予防を強化して連続性のある保健医療サービス体系への再編

3) 生活習慣病予防の基盤整備体系と役割分担

(1) 人材確保

(2) 環境整備

(3) 協働体制づくり

第三章 新たな生活習慣病予防の保健医療サービス体系を構築するための方策

1 従来の二次医療圏を一次医療圏へ

2 行政の役割

1) 都道府県及び保健所の役割

(1) 広域的な基盤整備

(2) 地域と職域の連携を図るための調整

(3) 医療機能の分化と連携の促進

2) 市町村の役割

(1) 協働による保健医療サービスの一体的な確保

(2) 自立支援のためのプライマリ・ケア確保

(3) 生涯を通した生活習慣病予防サービスの提供とモニタリング

(4) ソーシャル・キャピタル醸成のためのコミュニティ政策

3 医療保険者の役割

4 住民及び民間企業・団体等の役割

おわりに

はじめに

生活習慣病予防の本来の目的は、個人の健康寿命を延長してQOLの確保・向上を目指し、さらには地域全体の健康水準を高めることにあり、その効果として医療費が抑制されるということになる。しかし、2006（平成18）年に成立した「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」及び「健康保険法等の一部を改正する法律」は、医療費抑制を主目的として2008（平成20）年度からスタートしている。そのため、生活習慣病予防の本来の目的と医療費抑制とは、予防のあり方がどのように違うかを考察し、本来の目的のための保健医療提供体制へ再構築することを検討する必要性が生じている。

この問題意識をもとに、第1報では、生活習慣病予防の目的を本来の目的に据えて、保健医療提供体制及び先進事例の現状と課題をヘルスプロモーションと住民自治の視点から分析した。

保健医療提供体制の現状と課題からは、1、医療法第30条の4で都道府県に義務付けられている保健医療計画策定では、地域住民の主体的な参加のもとでプライマリ・ケアを確保することが困難であること、2、現在、保健サービスの提供体制の確保は市町村であるのに対して、医療サービスの提供体制の確保は都道府県となっており、必ずしも生活者の視点にたったものとはなり得ていないこと、3、市町村合併に伴い団体自治の強化が図られた反面、住民自治は後退の危機に瀕しており、併せて保健担当職員の能力開発の機会が減少していること、4、現在の保健サービスはライフステージで分断され、全ライフステージを通して生活習慣病を予防する体制にはなり得ていないこと、5、生活習慣病の予防戦略は、保険者に義務付けられる予防給付、すなわち個人に対するハイリスクアプローチを主体としたものになっていることがわかった。

一方、先進事例の現状と課題からは、1、住民参加によるプライマリ・ケ

ア確保の必要性があること、2、住民同士の横断的なつながりを確保する場と市町村の人材確保が必要であること、3、生活習慣病予防戦略はポピュレーション・アプローチ主体の戦略が有効であること、4、医療保険における療養の給付に付随する保健事業を位置付ける必要があること、5、市町村の健康増進計画の策定は健康増進法第8条第2項において努力義務となっているため策定が進まない要因になっていることがわかった。

本稿は、このような課題を克服して、生活習慣病予防における保健医療提供体制を再構築していくための新たな保健医療サービス体系と確保の方策について考察することを目的とする。そこで、本稿ではまず生活習慣病の予防における保健医療の理念について述べる（第Ⅰ章）。そしてその理念を踏まえて新たな生活習慣病予防の保健医療サービス体系とサービスを提供する機関の役割分担の私案を述べる（第Ⅱ章）。その新たな生活習慣病予防の保健医療サービス体系に基づいてそれぞれの機関がサービスを提供するためにはどのような方策が必要かを考察する（第Ⅲ章）。

第Ⅰ章 生活習慣病の予防における保健医療の理念

1978年のアルマ・アタ宣言において、健康は基本的人権のひとつであることが謳われている。その戦略であるプライマリ・ヘルス・ケア¹⁾については、開発途上国の健康課題である母子保健・感染症対策である、妊産婦ケアや乳幼児ケアあるいは感染症患者へのケアなどのヘルス・ケアがニーズの主流を占めている²⁾。この宣言は主として開発途上国を対象として行ったのもので、疾病罹患率や平均寿命など身体的健康、すなわち「生命の量」を指していたということが指摘されており³⁾、プライマリ・ヘルス・ケアは開発途上国における保健対策の理念で、先進国のそれは、1986年のヘルスプロモーションに関するオタワ憲章であると一般的には考えられている。

そこで、アルマ・アタ宣言においてプライマリ・ヘルス・ケアという新しい世界の保健活動の進め方が示された後、WHOのヨーロッパ地域事務局からヘルス・フォー・オール38の到達目標が1985年に出版された。その序文に

は「すべての人々に健康を（Health for All）とは、人びとが自分や家族の生活を築いていく力を持ち、避けることのできる疾病の苦しみから逃れ、不健康は避けられないものではないことを明確に理解することである。このことは家庭や学校そして職場で健康問題に着手することによって、人びとは疾病を予防し、避けられない疾病や障害を軽減するよりよい方法をみいだすであろうということの意味している。そしてまた、健康の資源が公平に分配され、コミュニティをすべて巻き込んだ必須のヘルス・ケアをすべての人びとが利用できるようにすることを意味している」⁴⁾と述べられている。そして、ヨーロッパのすべての人々に健康をということを目指して、必要な変革や健康的な環境、適切なケアおよび健康開発のための支援に関する38項目の到達目標を掲げている。その到達目標の核心は、第一に公正、すなわち国家間、また国内での健康に関する現在の不平等を可能な限り減少させること、第二に、ヘルスプロモーションと疾病予防、つまり人びとが身体的、精神的、情緒的能力を十分に活用することができるようにすること、第三に、よりよい情報とよい動機づけと積極的なコミュニティ参加が不可欠であること、第四に、関係のある政府と社会のすべての分野を含む様々な分野の協力が必須であること、第五に、ヘルスケアシステムの焦点はプライマリ・ヘルス・ケアにおくべきであること、最後に、いくつかの健康問題は国境を越えるため国家間の協力が必要であるとされている⁵⁾。この健康戦略をさらに発展させたものが1986年のヘルスプロモーションに関するオタワ憲章である。したがって、ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章は、アルマ・アタ宣言の理念とWHOの「すべての人に健康を」に基づいた理念を継承しているのである。

湯浅資之らの研究においても、1970年代の社会開発の理念に影響を受けたプライマリ・ヘルス・ケアと、1980年代後半から90年代にかけての人間開発の理念と一致したヘルスプロモーションの基本概念は共通しており、プライマリ・ヘルス・ケアが先進国にも適用可能であるように、ヘルスプロモーションも途上国で必要な活動であることを指摘している⁶⁾。先進国では疾病

構造が感染症相から生活習慣病相へ移行することが認められたが、途上国では感染症を克服しないまま生活習慣病相が出現し並存しつつある⁷⁾こともその理由のひとつにあげている。そして、ヘルス・フォー・オールの到達目標の第五の核心にあるように、先進国においてもヘルスケアシステムの焦点はプライマリ・ヘルス・ケアにおくべきであることが述べられている。「すなわち、サービスは、人びとが生活し、仕事をしている場に可能な限り近いところで提供されることによって、各コミュニティの基本的ニーズにかなうのである。そして、すべての人びとにとってたやすく利用でき、受け入れられやすいものとなり、そして十分なコミュニティの参加がみられるようになるのである」⁸⁾。つまり、プライマリ・ヘルス・ケアは保健医療の知識・技術・制度を社会化もしくは民衆化することで、ヘルスプロモーションは個人およびそれを取り囲む社会を保健化もしくは健康志向化するものであるが、保健医療を受益者本位にするというプライマリ・ヘルス・ケアの理念は先進国においても必要である⁹⁾。

「ヘルスプロモーションとは、人々が健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態に到達するためには、個人や集団が望みを確認・実現し、ニーズを満たし、環境を改善し、環境に対処できなければならない。それゆえ健康は生きる目的ではなく、毎日の生活の資源である。健康は身体的な能力であると同時に、社会的・個人的資源であることを強調する概念なのである。それゆえ、ヘルスプロモーションは、保健部門だけの責任にとどまらず、健康的なライフスタイルをこえて、well-beingにもかかわるのである。」¹⁰⁾ヘルスプロモーションでは健康のための前提条件と展望は、保健部門だけで確保されるものではなくすべての関係部門、すなわち政府、保健及び社会的・経済的部門、行政以外の組織やボランティア組織、地方自治体、産業、そして、メディア活動を調整することが要求される¹¹⁾。

したがって、生活習慣病の予防は個人の健康寿命を延長してQOLを確保するためという視点に立脚して、住民自身も自己努力の責務を有すると同時

に住民が必要とする保健医療サービスを自ら担い、そして、選択し、利用できるような保健医療提供体制が整備されなければならない。こうした体制をつくりあげるには、公的機関のみならず住民や様々な機関等との協働体制のもとで構築されなければならないようになってくるのは自明である。

しかし、今回の医療制度改革は医療費抑制を主目的としているため、協働を推進して住民自治のもとで保健医療提供体制を構築するには課題が多いことを第Ⅰ報で指摘した。生活習慣病予防の目的は個人の健康寿命を延長してQOLの確保・向上を目指し、さらには地域全体の健康水準を高めること、つまり地域住民のエンパワメントを目指すことである。

格差社会といわれる今日、不平等な社会ほど健康水準が低く、暴力的で、信頼性に欠け、社会的な結束力が弱いことが指摘されている¹²⁾。そして、わが国においても、近藤克則は社会経済状態が低い層に心臓病やがん等の生活習慣病が多いことを指摘している¹³⁾。

ライフスタイルの選択は個人が選択して自己決定するものであるが、その自己決定は個人を取り巻く社会環境要因に影響される。そのため個人のライフスタイルのみならず、社会環境要因に着目した政策・環境的アプローチであるヘルスプロモーションが重要になってくる¹⁴⁾。そして最終的に、WHOのヘルス・フォー・オールに掲げられた目標の第一核心である公正の実現が最上位の目標となる。

第Ⅱ章 新たな生活習慣病予防の保健医療サービス体系の構築

保健医療サービス体系は、歴史的に必要なに応じて制度が制定されてきたという背景から、制度別に区分されてサービス相互間の連続性に欠ける。また手法においてもハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチそれぞれに課題があることを第Ⅰ報で指摘した。そこで、これらを克服するサービス体系が必要となってくることから、まず現在の生活習慣病予防の保健医療サービス体系を整理したうえで今後のサービス体系の私案を述べる。

1 断片的なサービスで構成される現在の保健医療サービス体系

河野正輝は、社会保障法の目的別体系区分の中で、健康保障を目的とする健康保障法として健康の増進、疾病の予防・治療、リハビリテーションの保障としている¹⁵⁾。また井上英夫は、医療保障法は健康権保障の中核をなすものであり、医療保険法、労災保険法、難病等に対する公費負担、老人保健法による老人医療、生活保護による医療扶助等医療の給付に関する法と医療機関等の組織、人員、設備等に関する法、そして、医師法等の身分法および看護師確保等の「マンパワー」政策法からなる医療提供組織に関する法から構成されるとしている¹⁶⁾。ただ、老人保健法による老人医療は、2008（平成20）年度から高齢者の医療の確保に関する法律で後期高齢者医療となっている。

現行の医療保障制度では、被用者保険法の中心である健康保険法と非使用者を含む地域保険の国民健康保険法および後期高齢者医療制度が医療保険加入者全体の約9割を占めている。健康保険の給付は、健康保険法第52条で、1、療養の給付並びに入院時食事療養費保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費及び移送費の支給、2、傷病手当金の支給、3、埋葬料の支給、4、出産育児一時金の支給、5、出産手当金の支給、6、家族療養費、家庭訪問看護療養費及び家族移送費の支給、7、家族埋葬料の支給、8、家族出産育児一時金の支給、9、高額療養費の支給となっており、大別して医療・看護の現物給付と医療にかかわる金銭給付とに分けられる。その中で、医療サービスとして給付されるのは、医療・看護の現物給付である療養の給付で、それは、健康保険法第63条で、1、診察、2、薬剤又は治療材料の支給、3、処置、4、居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護、5、病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護となっている。国民健康保険法第36条でも同様に規定されている。

療養の給付は、傷病や事故といったリスクへの対応であり、生活習慣病への対応としては治療と悪化防止のためのサービスとなり、二次予防、三次予防である。実際、診療報酬の中には薬剤や処置等による治療のみならず生活

習慣病の重症化予防のための高脂血症、高血圧症、糖尿病の生活習慣病指導管理料が規定されている。これは、服薬よりむしろ運動習慣の徹底と食生活の改善を基本とする観点から、患者が療養計画をたてて目標に向かって努力していくように指導管理をおこなうもので院外処方の場合を高く評価して点数を高くしている。

また、ニコチン依存症管理料が2006（平成18）年度の診療報酬改定で新設されており、これは規定されている対象患者の要件を満たした者に対して、また、医療機関も一定の施設基準を満たしていることが条件となっているものの禁煙指導が治療として認められており、ニコチン依存症管理は一次予防にもなってくるものである。

三次予防としては理学療法があり、診療報酬のなかで4つの疾患別リハビリテーション料が設定されている。生活習慣病の三次予防としては主に脳血管疾患等リハビリテーションが設定されている。

一方、健康保障の健康増進事業のなかで、生活習慣病の予防サービスとなるのは、健康増進法、学校保健法、労働安全衛生法及び高齢者の医療の確保に関する法律となってくる。これ以外の健康保険法（職域保健法含む）と国民健康保険法による保健事業は保険者の努力義務になっている。また、高齢者の医療の確保に関する法律の第125条第1項も後期高齢者広域連合の努力義務である。

このうち学校保健法では第4条（就学時の健康診断）、第6条（幼児、児童、生徒及び学生の健康診断）、第7条（健康診断の結果に基いた適切な措置）、第8条（職員の健康診断）、第9条（健康診断の結果に基づいた適切な措置）、第11条（健康相談）が該当することになる。そして、労働安全衛生法では、第66条（健康診断）、第66条の5（健康診断実施後の適切な処置）、第66条の6（健康診断結果の通知）、第66条の8（面接指導等）第67条第1項（健康管理手帳の交付）、第69条（健康教育等）が該当する。また、高齢者の医療の確保に関する法律では、第20条（特定健康診査）、第23条（特定健康診査の結果の通知）、第24条（特定保健指導）、第27条（特定健康診査等に関する

記録の提供)が該当することになる。

なお、これまで老人保健法で実施していた、健康診査以外の健康手帳の交付、健康教育、健康相談等は、2008(平成20)年度から健康増進法に基づき実施されており、また、同法第17条(市町村による生活習慣相談等の実施)、第18条(都道府県による専門的な栄養指導その他の保健指導の実施)も生活習慣病予防の保健サービスに該当する。一方、健康増進法では、第3条で国及び地方公共団体の責務として、正しい知識の普及、健康の増進に関する情報の提供が努力義務として規定されている。

このように生活習慣病の予防のために健康増進実施事業者が給付する保健サービスは、二次予防である健康診断を主体としてその後の特定保健指導を強化するという、ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチ主体へ転換している。また、年齢も40~65歳までの現役世代が中心で乳幼児期から高齢期まで全ライフステージを通しての予防サービスにはなっていないことが指摘できる。つまり、現在の保健医療サービス体系は生活習慣病予防として各サービスが断片的に顔を出しているのみでそれを拾い集めてみると、以下の(表1)のとおりとなる。そこで、これらを克服するサービス体系私案を次に述べる。

2 QOLの確保・向上を目指した今後の保健医療サービス体系

1) 目的による保健医療サービス区分

生活習慣病は、胎児期や幼少期の環境の影響が大きいことも明らかにされていることから、生涯にわたって予防していくことが重要である。一方、予防対策を推進する手法においてはハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの双方を効果的に駆使しつつもポピュレーションアプローチを重視した方向で体系化する必要がある。

河野正輝は、社会保障法の戦後体系の問題点を克服する方向性として、制度別や保障方法別の列挙によらないことを前提として目的別体系区分を提示している。そのなかの柱の一つに健康保障法をあげ、健康の増進、疾病の予

（表1）現在の保健医療サービス体系

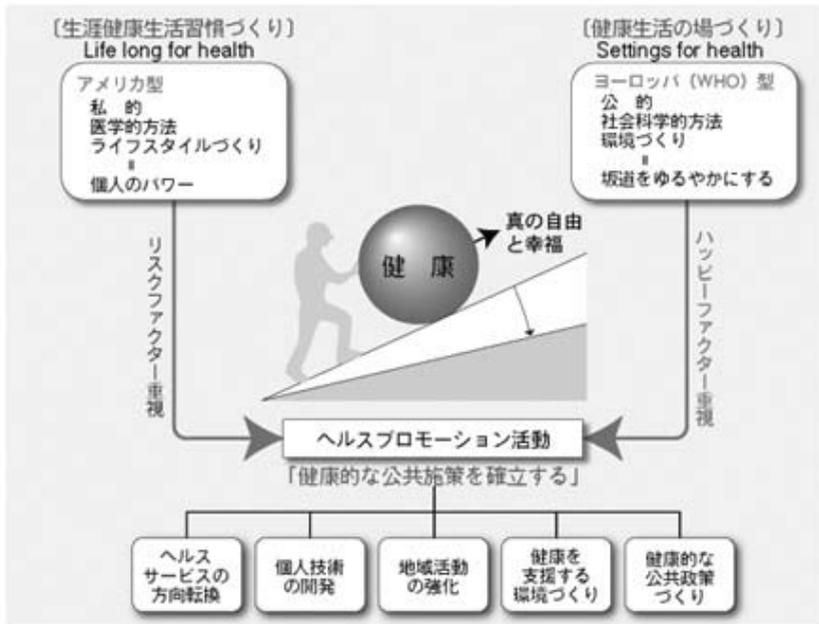
	健康保険法 国民健康保険 法	健康増進法	学校保健法	労働安全衛生 法	高齢者の医療 の確保に関する 法律
目的	保険給付による国民の生活の安定と福祉の向上	健康増進	健康の保持増進を図り、学校教育の円滑な実施とその成果の確保	健康の保持増進	高齢者の医療の確保及び国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進
対象	被保険者	すべての国民	幼児、児童、生徒及び学生並びに職員	労働者	被保険者(*) (医療サービスは75歳以上、保健サービスは65歳以上)
サービスの内容	<ul style="list-style-type: none"> 療養の給付 保健事業 	<ul style="list-style-type: none"> 情報提供 市町村による生活習慣相談 都道府県による専門的な栄養指導及びその他の保健指導 健康教育 健康手帳の交付 	<ul style="list-style-type: none"> 健康診断及び健康診断の結果に基づいた措置 職員の健康診断及び健康診断の結果に基づいた措置 健康相談 	<ul style="list-style-type: none"> 健康診断及び健康診断後の適切な処置、結果の通知 面接指導等 健康管理手帳の交付 健康教育等 	<ul style="list-style-type: none"> 療養の給付 特定健康診査及び結果の通知 特定保健指導 保健事業
根拠	健康保険法第63条、第150条、国民健康保険法第36条、第82条	健康増進法第3条、第17条第1項、第18条第1項、第19条の2	学校保健法第4条、6条、第7条、第8条、第9条、第11条	労働安全衛生法第66条第1項、第66条の6、第66条の7第1項、第69条第1項	高齢者の医療の確保に関する法律第20条、第23条、第24条、第56条第1項、第125条第1項

(*) 後期高齢者医療の被保険者は、1、後期高齢者医療広域連合の区域内に居住を有する75歳以上の者、2、後期高齢者医療広域連合の区域内に居住を有する65歳以上75歳未満の者であって、厚生労働省令で定めるところにより、政令で定める程度の障害の状態にある旨の当該後期高齢者広域連合の認定を受けたもの（高齢者の医療の確保に関する法律第50条より）

防・治療、リハビリテーションの保障としている¹⁷⁾。

そこで、河野正輝の目的別体系区分をモデルに、1、自立支援、2、生涯を通した生活習慣予防、3、協働の形成・促進という3つの目的を掲げ、ヘルスプロモーションの概念(図1)¹⁸⁾を用いて目的別に体系区分を試みた(図2 健康増進の保健医療サービス体系)。

(図1) ヘルスプロモーション概念図



島内憲夫1987/島内憲夫・助友裕子・高村美奈子2004 (改編) ヘルスプロモーション学会 (http://www.jshp.net/HP_kaisetu/kaisetu_head.html) 2008/2/16

ヘルスプロモーションが目指すのは、生活の質の向上である。その具体的な戦略が、上記にある、ヘルスサービスの方向転換、個人技術の開発、地域活動の強化、健康を支援する環境づくり、健康的な公共政策づくりの5つである。

この体系図（図2）についての具体的内容を以下に述べる。

（1）自立支援のための健康保障法 一人に応じた生活習慣病予防サービス

個人が健康的なライフスタイルを選択し自己決定できるための体系として、自立支援を目的とする健康保障法、すなわち個人に応じた生活習慣病予防サービス体系を位置付けた。このためのヘルスプロモーション戦略は、個人技術の開発を中心としながら地域活動の強化や健康を支援する環境づくりを推進していくことになる。

医療サービスにおいては、保険者によって給付内容が異なるものではなく、また、年齢によって制限されるものでもない。しかも、2次予防、3次予防であって、あくまでもハイリスクアプローチが中心になってくる。しかし、第Ⅰ報で述べた長野県の医療機関では、広く一般住民に向けて、生活習慣病予防の健康講座や療養の給付に付随しての保健指導を実施し成果をあげている¹⁹⁾。後者は疾病の予防の2次予防であり、戦略としてはポピュレーションアプローチも組み合わせられて実施されていることから、新体系ではそれを取り入れて医療機関における療養の給付に付随する保健事業として位置づけた。これによって保健と医療を一体的に提供できる体制となる。そして、これらは、個人の病態や特徴に応じて生活習慣病予防の治療、悪化防止のために個人技術の開発を促し自立を支援するサービスとして位置づけた。そこで、個人が医療サービスを選択するにあたり住民の主体的選択を重視する観点から、それを支援する体制作りとして医療法第6条の2～5を位置付けた。医療法第6条の2第1項は「国及び地方公共団体は、医療を受ける者が病院、診療所又は助産所の選択に関して必要な情報を容易に得られるように、必要な措置を講ずるように努めなければならない」とし、第2項では「医療提供施設の開設者及び管理者は、医療を受ける者が保健医療サービスの選択を適切に行うことができるように、当該医療提供施設の提供する医療について、正確かつ適切な情報を提供するとともに、患者又はその家族から

の相談に適切に応ずるように努めなければならない」という選択を支援するための情報の提供に関する努力義務の規定である。そして、2008（平成20）年度からは医療法第6条の3第1項で、「病院、診療所、助産所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報として厚生労働省令で定める事項を当該病院等の所在地の都道府県知事に報告するとともに、当該事項を記載した書面を当該病院等において閲覧に供しなければならない」とし、第5項で都道府県知事は同法第6条の3第5項に基づきそれを公表しなければならないと規定している。

さらに、医療機関の広告も包括規定方式となり、患者の選択を支援するものとなっている。したがって、個人技術の開発を促す医療サービスとして健康保険法、国民健康保険法の療養の給付があり、それを支援するのが医療法となってくる。これは、健康保障法の中で個人が早期に治療をして回復あるいは悪化防止する術を身につけていくもので、健康保険法、国民健康保険法、医療法の一部を自立支援健康保障法と位置付けた。なお、健康保険法、国民健康保険法による医療サービスの戦略はハイリスクアプローチで医療法によるサービスの戦略はポピュレーションアプローチに位置づけられる。この医療法の中には、医療法第6条の11第1項に基づく医療安全センターによる相談・助言・情報の提供も含めて位置付けた。

（図1）のヘルスプロモーションの概念図では、リスクファクター重視活動をアメリカ型としている。これについて、島内憲夫は、健康増進は私的責任で、自分の健康は自分で作り・守りなさいとするものであると述べている²⁰。これに対してヨーロッパ型は、ヘルス・フォー・オールで到達目標の第1に公正を掲げているように、健康格差を是正するための環境づくりを重視するものである。（図2）の自立支援健康保障法は、個人技術の育成に医療法の一部を加え、自立支援の環境づくりとして位置付けたことによって、アメリカ型を越えてヨーロッパ型を取り入れたサービス体系となり、これによって個々人のニーズに対応した保健医療サービスが提供されることにな

る。

(2) ライフコース健康保障法 —生涯を通じた生活習慣病予防サービス—

現行のライフステージで分断された、しかも異常の早期発見・早期治療を中心とする二次予防主体のサービス体系から、生涯をとおして、一次予防を主体とするサービス体系へと転換してそれをライフコース健康保障法として位置付けた。

いわゆる働く現役世代を中心とした保健サービス体系から、生涯を通しての生活習慣病予防のための保健サービス体系へ転換するために、母子保健法、学校保健法、労働安全衛生法、高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法の各法すべてに生活習慣病予防サービスを取り入れてサービスを再編した。加えて、健康増進法および地域保健法と併せることによって、一次予防を強化し、また、母子保健法と学校保健法は食育基本法と関連してのサービスとして位置づけた。なお、戦略は保健指導がハイリスクアプローチであるもののそれ以外はポピュレーションアプローチである。そして、保健サービスの提供は住民や関係機関との協働でのサービスにして、それぞれが役割分担を行うようにした。

なお、ライフコース健康保障法における具体的な生活習慣病予防のための保健医療サービス体系については後述する。

(3) 協働支援関連施策

ライフコース健康保障法と自立支援健康保障法の双方において、行政や住民及びNPO等といった様々な人たちや関係機関が協働を形成し、それを促進していくことを目的に協働関連施策体系を位置づけた。

その理由は、現行の医療費抑制を目的とする生活習慣病予防対策では、協働体制を確保した住民自治の実現は難しいからである。個人の自己決定に対しては、これまで行政主導型でしかも専門家主導型の受診を強要するもので、今回の制度改革においてもこれまでと同様の方式で特定健康診査・特定

保健指導が中心に据えられている。しかし、生活習慣病予防の目的であるQOLの指標を確認することで、初めて住民自身や関係者との協働で健康づくりは推進できる²¹⁾。生活習慣病の予防は行動変容が重要であるため、住民が自らの意思に基づいて予防のための行動を自主的に選択するという住民自治が実現されなければならないのである²²⁾。

協働を促す手段としては、まず自治基本条例の策定があげられる。これは、新たな住民自治システムを構築していくためのツールになるもので、画一的な法制度の枠組みを超えて、住民や行政、関係団体等が具体的な活動の方針や責任を明確化していくフレームになるものである。市町村レベルでの条例は、住民の要望に敏感な仕組みを形成することができ、また、必要に応じて適宜修正しやすく、公平性・透明性も確保できることになる。さらに、財政的な裏付けを図ることも可能となってくる。2007（平成19）年度末現在、全国で64市町村が自治基本条例を制定しており、それ以外にも住民自治のための基本指針や協働のための要綱を制定している市町村が数多く見られている。

千葉県市川市では、全国に先駆けて通称「1%条例」と呼ばれる「市川市納税者が選択する市民活動団体への支援に関する条例」が2004（平成16）年の市議会で可決され、2005（平成17）年度から実施されている。これは、市民税の納税者が支援したい団体の一つを選択すると、市はその税額の1%相当額を支援金として団体へ交付するという市民活動団体支援制度である。この条例の目的は、「市民の納税に対する意欲を高める」とことと「市民活動団体の活動の支援及び促進を図り、もって市民の福祉の増進に資する」（第1条）があげられている。確かに、納税者が自分の税金の使い道を決める機会になり、市政にも関心が高まって自分たちで地域づくりを行うという機運を高めることになると考えられる。そして、市民活動を支援することは公務住民として直接サービスの提供には関与しなくても納税者として財政的な支援をすることで公務住民となることができる。さらに市民活動を活性化させることにもなりソーシャル・キャピタルの醸成を促すことにもなってくる。ただ、

市川市の課題として非課税者の参加の問題があり、すべての市民が参加できるような制度設計が議論されており、さらなる検討も必要となっている。

一方、熊本市においては、2005（平成17）年度から市民協働モデル事業を実施しており成果をあげている。この事業は単年度ごとにテーマを定めて一般公募を行い、申請した団体の企画案について協働モデル事業選定委員会が選定し、1事業当たり50万円を限度として委託料を支払うことになっている。最終的には翌年の4月に成果・プロセス評価が行われる仕組みになっている。これは、NPOやボランティア、市民活動団体の活性化を図る手段として有効で、財政的な支援終了後も自分たちで何らかの予算を獲得し自立していくための土台になってくると考えられる。

また、協働を促す手段として、計画策定があげられる。計画策定は行政や住民のエンパワーメントを促す最大のツールで協働意識を向上させることができる。そこで、市町村における健康増進計画と医療計画からなる保健医療計画及び市町村介護保険事業計画の策定を位置づけた。

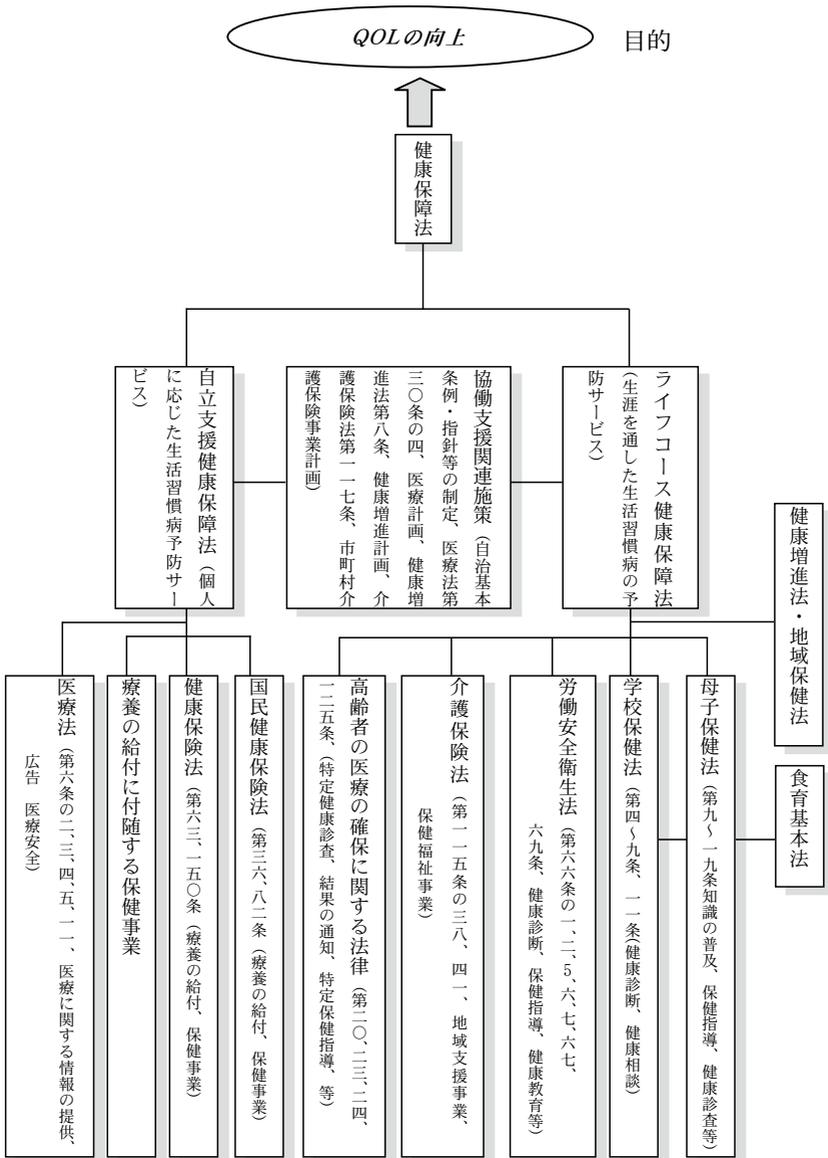
このように条例の制定や指針、要綱等の策定及び計画の策定は、生活習慣病の予防を支援する環境づくり、健康的な公共政策、地域活動の強化、保健医療サービスの再編を促すポピュレーションアプローチであり、これによって、保健医療サービスの提供体制が住民との協働によって構築されることになる考える。

2) ライフコース健康保障法における保健医療サービス体系と役割分担

現行のライフステージで分断され、かつ異常の早期発見・早期治療を中心とする二次予防主体のサービス体系から、生涯をとおして生活習慣病を予防することを目的に、一次予防を主体とするサービス体系に再編した私案を（図3）に、そして、生活習慣病予防の保健医療サービス体系役割分担私案を（表2）に示した。

ライフコース健康保障のための生活習慣病予防の保健医療サービスでは、母子保健法、学校保健法、労働安全衛生法、健康増進法、高齢者の医療の確

(図2) 健康増進の保健医療サービス体系



保に関する法律、介護保険法、の順になる。つまり個人の人生上の過程において生活習慣病を予防することになる。ただ、現行のサービスの種類としては介護保険法以外にそれぞれ、一次予防と二次予防サービスが含まれている。これは現行のサービス体系が制度別になっているためで、その結果、労働安全衛生法の対象者を除いて学校終了後から39歳まではサービスの空洞化が生じ、また介護保険法には生活習慣病予防の保健医療サービスは含まれておらず、さらに高齢者の医療の確保に関する法律でも年齢によってサービスの格差が生じているものもある。そこで、図2のライフコース健康保障法の目的である生涯を通して連続性のあるサービス体系に再編することを基軸として、さらに一次予防を強化して、二次予防、三次予防のそれぞれを目的とする目的別区分体系に再編した。一次予防の目的は情報提供と健康の保持増進で、具体的なサービスの種類は、知識の普及、健康手帳の交付、健康相談、健康教育である。そして二次予防の目的は、生活習慣病の具体的な疾病予防と異常の早期発見・早期治療で、サービスの種類としては保健指導、個別健康教育、重点保健指導、特定保健指導、健康診断、健康診査、各種検診、特定健康診査である。三次予防の目的は、生活習慣病の悪化防止でサービスの内容は機能訓練、介護予防である。

(1) 一次予防のための保健医療サービス

① 情報提供

ライフコース健康保障において最も基盤となるのは、胎児期や幼少期の環境である。「これまでの研究で明らかにされているエビデンスの例として、低出生体重や幼少期における急激な成長が肥満、高血圧、冠動脈心疾患、脳出血、2型糖尿病のリスクファクターになっていること、また高い出生体重が乳がんのリスクになっていること等があげられる。」²³⁾

そのため特に母子保健法に生活習慣病の一次予防のためのサービスを位置付けて強化した。情報提供としては、知識の普及と結果の通知があり、母子保健法第5条で、「国及び地方公共団体は、母性並びに乳児及び幼児の健康

の保持増進に努めなければならない」と努力義務が規定されており、そのための措置として、同法第9条で都道府県及び市町村に対する知識の普及が努力義務として規定されている。そこで、この中に生活習慣病予防のための知識の普及を位置付けた。

それ以外に、地域保健法第6条では、保健所の事業として地域保健に関する思想の普及及び向上に関する事項があり、これらに基づいて知識の普及に関する情報が提供されることになる。また、地域保健対策の基本的な指針において、国、都道府県、市町村には住民の多様なニーズに対応したサービスを提供するためサービスに関連する情報を適切に提供することとされており、国、都道府県、市町村それぞれに生活習慣病予防のための情報提供が必要となる。健康増進法第3条では、「国及び地方公共団体は、教育活動及び広報活動を通じた健康の増進に関する正しい知識の普及」が位置づけられている。

そして、高齢期、特に虚弱高齢者や要介護高齢者を対象にする介護保険法の中に、現行では生活習慣病予防サービスは含まれていないが、生活習慣病予防のための全般的な情報提供は重要であるため、情報提供を位置付けた。介護保険法第115条の38第1項第3号の地域支援事業では、「保健医療、公衆衛生、社会福祉その他の関連施策に関する総合的な情報の提供、関連機関との連絡調整その他の被保険者の保健医療の向上及び福祉の増進を図るための総合的な支援を行う事業」が規定されており、介護保険法においても生活習慣病予防の情報提供を行うものである。このような知識の普及に関しては、健康づくり推進員や母子保健推進員といった既存の組織団体のみならず、子育て支援団体やNPO等も担っていく必要がある。さらに、医療機関における情報提供も不可欠である。

② 健康の保持増進

イ) 健康手帳

健康手帳については、母子健康手帳と一般の健康手帳がある。まず、母子

健康手帳の交付は、母子保健法第16条に、妊娠の届け出をした者に対して市町村は母子健康手帳の交付義務が規定されている。これは、現在、母子の健康管理に重要な役割を果たして効果をあげているもので、母子保健の水準をあげることに貢献したと日本が世界に誇るものである。母子健康手帳は、母親が、妊娠から出産及び産後までの健康状態を記録するようになっており、母親のみならず、医療機関や保健機関等にとってもこれまでの母子の経過を把握することができて有用なものになっている。また、子どもも、新生児期～就学前までの健康状態が記録され学童期の健康管理にも非常に役立つものである。そのため、母子健康手帳の内容を工夫して母子の生活習慣病予防に活用すべきである。生活習慣病の予防は、胎児期、幼少期から始めなくてはならず、母子健康手帳を活用することの意義は大きいといえる。

一方、一般の健康手帳は、自分の健康状態を確認して健康管理をしていくためのものである。健康手帳は、1959（昭和34）年に長野県の佐久総合病院が旧八千穂村と連携して「全村健康管理活動」を開始した時に、村民に健康手帳が手渡され、これによって自分自身の健康を管理する意識が醸成されたとされている²⁴⁾。自分自身の健康の保持増進のために、全国的には、2007（平成19）年度まで健康手帳が老人保健法に基づいて交付されていたが、2008（平成20）年度からは健康増進法第17条第1項に基づき実施されるようになった。しかし、老人保健法を引き継いでいるため40歳以上が対象者となっている。健康管理能力を高めて生活習慣病を予防していくには、ライフステージで分断されるのではなく20歳代、30歳代の若い世代からの継続的な健康管理が特に重要であるため、健康手帳交付の対象年齢を現在の40歳以上から学校保健終了後に引き下げて交付することとした。

ロ) 健康相談

まず幼児、児童、生徒又は学生に関しては、学校保健法第11条で学校に健康相談の実施が規定されている。その後の年代については、健康増進法で健康増進実施事業者に健康相談の努力義務が規定されている。そして、老人保健法で実施していた健康相談は健康教育と同様に健康増進法で市町村が実施

するようになった。この中で健康相談は重点健康相談（高血圧、脂質異常症、糖尿病、歯周疾患、骨粗鬆症、病態別）と総合相談（心身の健康に関する一般的事項）があり、後者の総合相談が健康の保持増進である。しかし、健康相談も対象年齢は40歳以上である。確かに生活習慣病を身近に感じて関心を持ち、日常生活に注意を払うようになるのは40歳代以降といえるが、若い年代からの関心を喚起するためにも、やはり学校終了後からの年齢に引き下げて関心を継続させなくてはならない。また、高齢期については、高齢者の医療の確保に関する法律第125条で、後期高齢者広域連合に健康相談の努力義務が規定されており、75歳以上の健康の保持増進のための生活習慣病予防サービスである。

ハ) 健康教育

労働者への健康教育については、労働安全衛生法第69条第1項で事業主に努力義務が規定されている。そして、健康増進法第4条では、保険者等の健康増進事業実施者に努力義務が規定されている。市町村がこれまで老人保健法で実施していた健康教育は、先の健康手帳や健康相談と同様に健康増進法第17条第1項に基づき実施されるようになった。健康教育は、一般健康教育と個別健康教育に分けられ、この中で一般健康教育が健康の保持増進になるものである。しかし対象者の年齢は、40歳から64歳とされている。そこで一次予防を強化して若い年代から健康の保持増進を継続するために、ライフステージで分断するのではなく、やはり健康教育も学校終了後からの年齢に引き下げ、そして74歳までをカバーするようにした。75歳以上の高齢者については、高齢者の医療の確保に関する法律第125条で、後期高齢者広域連合に健康教育の努力義務が規定されており、健康の保持増進のための生活習慣病予防サービスがあることから、連続性が確保されることになる。

(2) 二次予防のための保健医療サービス

① 疾病の予防

イ) 保健指導

現在、ライフコース健康保障の基盤となる母子への保健指導は、母子保健法第10条で市町村における妊産婦若しくはその配偶者又は乳幼児の保護者に対する保健指導と第11条の新生児の訪問指導、第17条の妊産婦の訪問指導等がある。あらゆる保健指導の機会を利用して、生活習慣病予防のための保健指導項目を盛り込むことが重要である。特に強化が必要なのは、低体重児対策である。その理由として、1980年以降の日本人の低出生体重児は増加しており、1990年代以降に生まれた児が成人する2010年以降から成人平均血圧が上昇する可能性があること、肥満や糖尿病罹患が増える可能性があるということが指摘されている²⁵⁾。したがって、低出生児の原因となる妊婦の肥満や喫煙、逆に栄養不良といった対策を強化しなくてはならない。とりわけ、現在母子保健法第19条で、都道府県、保健所を設置する市又は特別区の長に規定して規定している未熟児の訪問指導は、母子や妊産婦、新生児訪問指導と同様に母子保健サービスとして市町村で一元的に提供していくのが効果的である。併せて、同法第18条第1項第1号で都道府県に義務付けられている専門的な栄養指導その他の保健指導についても、市町村に義務付けるべきである。専門的な保健指導については、未熟児の訪問指導と同様に市町村での対応が可能であり、生活習慣病の予防サービスとして一元的に提供していく必要があると考える。都道府県は、そのようなサービスを担う人材の養成や技術的助言の役割になってくる。また、妊産婦や新生児、乳幼児に関しては、助産師会や子育て支援団体、NPO等も相談や訪問サービスを実施しておりこの中にも生活習慣病予防を取り入れていく必要がある。

労働者に対しては、労働安全衛生法第66条の7第1項で健康診断後の保健指導が事業主に努力義務として規定され、同法第66条の8では、労働時間の状況等の要件に該当する労働者に対する医師による面接指導が事業主に義務付けられており、生活習慣病予防サービスとなっている。

一方、特定保健指導非対象者への保健指導が健康増進法第19条の2で努力義務とされている。ただ、同法第18条第1項第1号以外の対象者は40歳から64歳になっているため、これについても学校終了後から対象とした。

ロ) 個別健康教育

高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙者に対する個別健康教育が、健康増進法第17条第1項で市町村に義務づけられている。これも老人保健法を引き継いだもので対象年齢は40歳以上であるため、ライフステージで分断することなく対象年齢を引き下げて学校終了後から実施することとした。

ハ) 重点健康相談

高血圧、脂質異常、糖尿病、歯周病、骨粗鬆症、病態別の重点健康相談が健康増進法第17条第1項で市町村に義務づけられている。これについても個別健康教育と同様に対象年齢を引き下げてサービスの連続性が確保されなくてはならない。

二) 特定保健指導

特定保健指導は、高齢者の医療の確保に関する法律第24条で医療保険者に義務付けられる生活習慣病予防そのもので、2006（平成18）年6月の医療制度改革の目玉である。しかし、高齢者の医療の確保に関する法律第20条の特定保健指導は、40歳以上74歳以下に対する特定健康診査の結果によって対象者を選び出し保健指導を実施するもので、動機づけ支援と積極的支援が規定されている。動機づけ支援とは、「動機づけ支援対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の実施に資することを目的」（厚生労働省令第157号第7条）とされている。これに対して、積極的支援とは「積極的支援対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の継続的な実施に資することを目的として」（厚生労働省令第157号第8条）で、動機づけ支援よりも相当な期間の継続的な支援を行うものである。ただ、この積極的支援は、65歳以上74歳未満は除く（厚生労働省令第157号第7条）ことになっており、65歳以上は動機づけ支援のみになってくる。しかし、医療費分析において65歳以上の高齢者にとっては、糖

尿病の悪化から人工透析に至る患者が増加傾向にある。これは、高齢になっても積極的介入の重要性を示唆するもので65歳という年齢で保健サービスを制限することのデメリットは大きいといえる²⁶⁾。また、高齢者はヘルスリテラシーが低い²⁷⁾ということからも、高齢者には積極的支援を行う必要があり、特定保健指導は、40歳以上75歳未満の対象者すべてにおいて動機づけ支援と積極的支援を位置づけた。

② 異常の早期発見・早期治療

二次予防の中で中核となるのが健康診断・健康診査である。健康診断・健康診査の中には、健康診断、健康診査、各種検診、特定健康診査がある。

イ) 健康診断

健康診断は、現行において生活習慣病予防サービスになっている。まず幼少期では学校保健法第4条で就学時の健康診断が市町村の教育委員会に、そして、第6条では定期健康診断が学校に義務付けられている。定期健康診断の中で、心電図の検査を小学1年、中学1年、高校1年に実施しており、生活習慣病予防の保健サービスになっている。学校保健法第8条では、職員の健康診断が学校に義務付けられており、労働安全衛生法第66条第1項においても事業主に義務付けられている健康診断が、生活習慣病予防のための保健サービスになっている。

ロ) 健康診査・検診

母子保健法の中では、市町村が提供しなければならない保健サービスとして、同法第12条の満1歳6か月を超え満2歳に達しない幼児及び満3歳を超え満4歳に達しない幼児の健康診査と、同法第13条の必要に応じての健康診査がある。この健康診査は、本来幼児の身体・精神的な異常の早期発見を目的としているため、生活習慣病予防という視点は含まれていない。しかし、幼少期からの生活習慣が将来的な生活習慣の土台となることから、健康診査は健診項目等を工夫して、生活習慣病予防を図る絶好の機会となる。しかも、厚生労働省の2008（平成20）年度地域保健・健康増進事業報告で、1歳6

か月児健康診査の受診率が93.7%で3歳児健康診査が90.8%と9割以上の幼児が受診している²⁸⁾ことから、この機会を大いに活用すべきである。

一方、健康増進法では、同法第19条の2に基づき、健康診査及び検診（歯周疾患、骨粗鬆症、肝炎ウイルス、がん）が実施されることになる。健康診査は健康増進法施行規則第4条の2第4号に規定する者、すなわち生活保護世帯及び後期高齢者医療の適用除外者に対して実施することとされており、これも40歳以上となっている。先にも述べたように、生活習慣病は社会経済要因との関連が強く、経済的理由によって発見が遅れる可能性もあるため、健康診査も学校終了後から対象とした。

ハ) 特定健康診査

特定健康診査については、高齢者の医療の確保に関する法律第20条で保険者に特定健康診査の実施が義務付けられており、まさに今回の医療制度改革の目玉で生活習慣病予防そのものための健康診査である。この健康診査の対象となるのは40歳以上75歳未満で（厚生労働省令第157号第1条）、75歳以上については後期高齢者広域連合の努力義務となっている。しかし、健康寿命の延伸のためには、WHOのヘルス・フォー・オールにも謳われているように健康の資源は公平に分配されなくてはならない。特に日本においては、世帯主が70歳以上の高齢世帯の貧困率が29歳以下の25.9%に次いで25.3%と2番目に高くなっており²⁹⁾、高齢者は経済的な理由によって異常の早期発見が遅れる可能性が高くなる。したがって、75歳以上についても努力義務ではなく義務化しなくてはならない。

一方、結果の通知に関しては、高齢者の医療の確保に関する法律第23条で特定健康診査の結果の通知が保険者に義務付けられており、これによって自分自身の健康状態を把握し日常生活の留意点等の情報を得ることができることになる。

(3) 三次予防のための保健医療サービス

健康増進法第17条第1項に基づき機能訓練が実施されることになる。ま

た、これらのサービスに加えて介護保険法第115条の38に基づく地域支援事業の中に生活習慣病予防のための保健指導を位置づけた。その理由は、介護予防のためには生活習慣病の予防が重要になってくるためである。

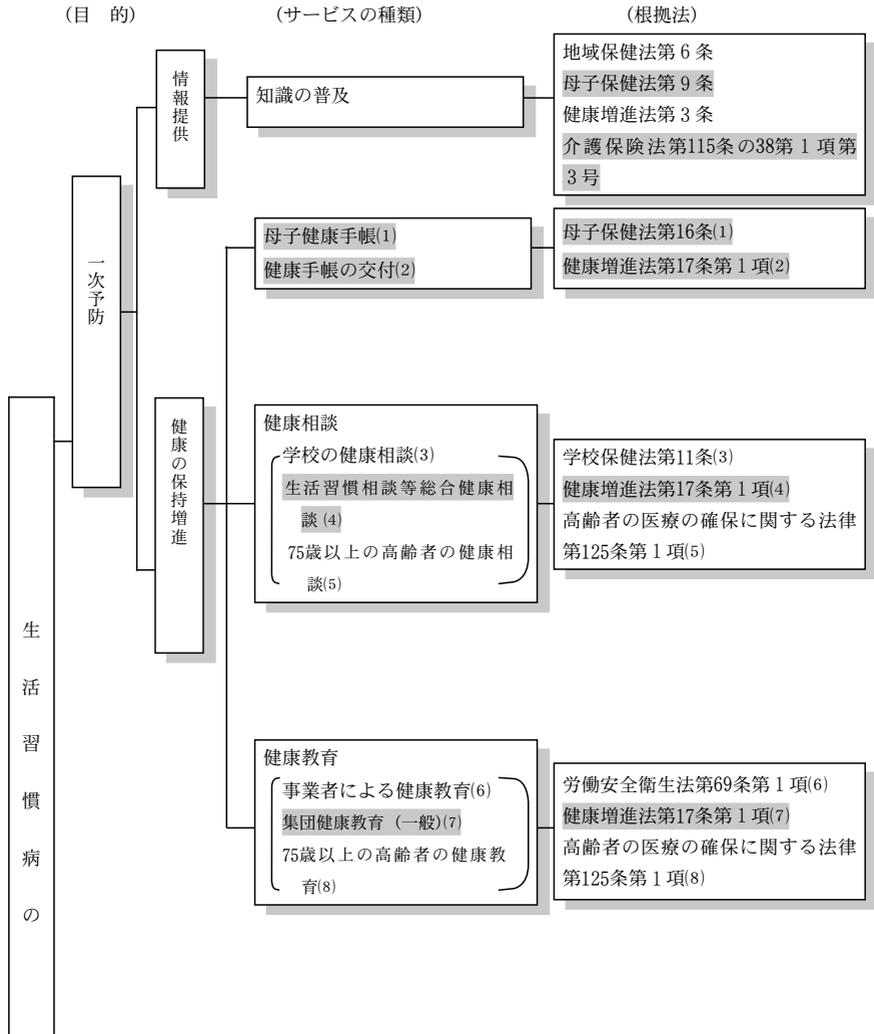
（4）一次予防を強化して連続性のある保健医療サービス体系への再編

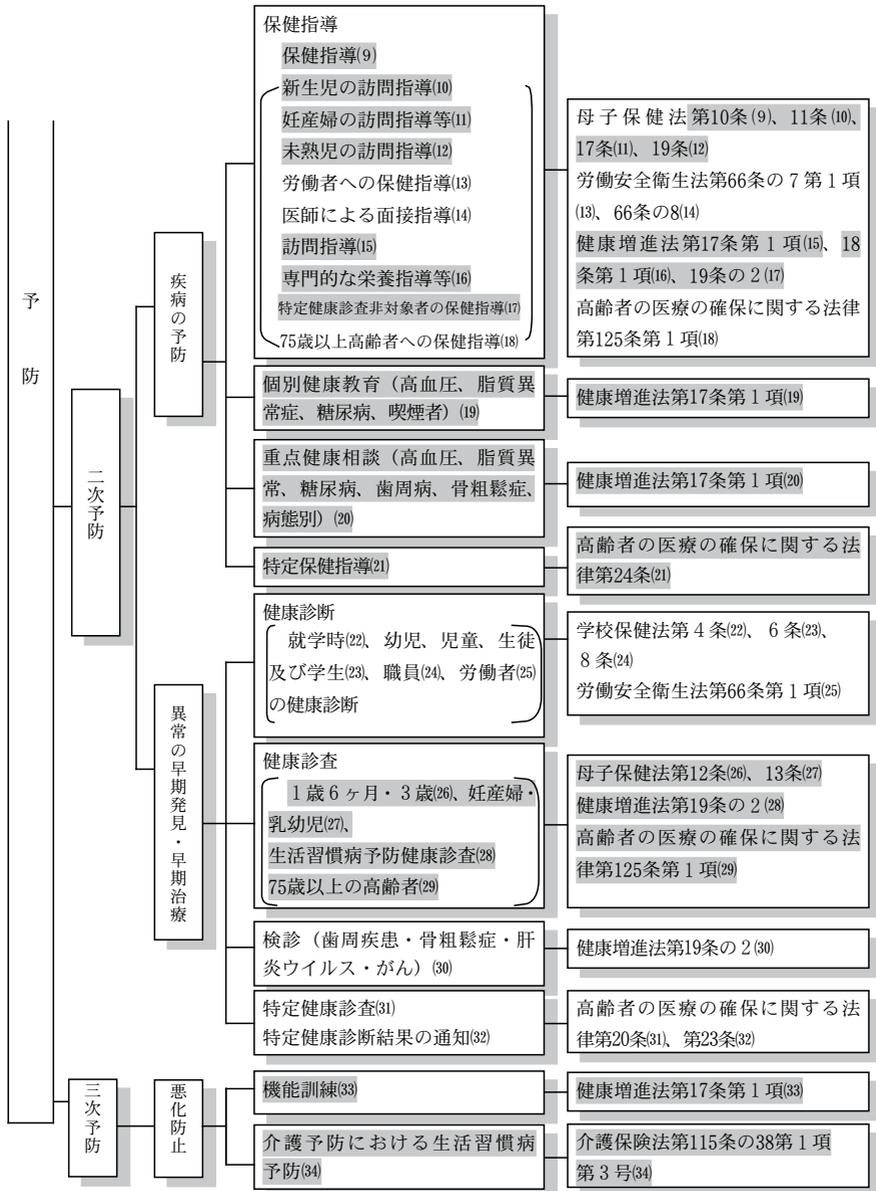
現行の保健医療サービスは、母子と高齢者への生活習慣病予防サービスが手薄で、40歳から65歳を中心としたものになっている。しかもその中心は、二次予防の中で実施が義務づけられている健康診断・健康診査と保健指導にあるといえる。

そのため、特に母子への対策と一次予防を強化し、より健康な状態を目指していくことが長期的な生活習慣病予防対策として重要不可欠である。そして、すべての人に平等に提供するのではなく、ターゲットを絞り込んでの効果的なサービスの提供が必要となってくる部分もあるといえる。ただ、それは医学モデルに依拠した対象の絞り込みではなく、社会経済的因子や環境因子に基づいての絞り込みが必要となってくる。加えて、長野県の例にも見られるように、専門家主導型ではなく住民自身がセルフ・ケア行動を獲得していくようなポピュレーションアプローチとあらゆる手法を駆使しての徹底的な情報提供及びセルフコントロールを身につける保健指導が必要となってくる。しかも、それは住民自身による情報交換や提供が効果的である。そのため、健康相談、健康教育、保健指導等においても住民組織団体やボランティア、NPO等も役割を担わなくてはならない。

生活習慣病の保健医療サービスの提供における役割分担として、国は、広く国民全体に対しての普及啓発や指針の策定等といった方針を決定し、都道府県は、県民に対する普及啓発、関係機関や市町村間の調整及び技術的助言を行っていく役割を担うことになる、これに対して市町村は、医療保険者や企業等と連携しながら直接サービスを提供し、また、その提供にあっては計画から評価までの全過程において住民との協働体制づくりの役割を担うことになってくる。そして、学校や保険者、企業は、健康増進実施事業者としてサー

(図3) 生活習慣病予防の保健医療サービス体系





*（サービスの種類の（ ）内数字の根拠法は（ ）内と同じ数字で記載）

*（網かけ部分が新しい体系による私案の部分である）

(表2) 生活習慣病予防の保健医療サービス体系役割分担

サービスの種類	国	都道府県	市町村	企業・保険者	団体/NPO等	
情報提供	知識の普及 (地域保健法)	基本指針の策定、生活習慣病予防知識の普及、保健サービスの提供に関する情報	都道府県民への生活習慣病予防知識の普及、都道府県内及び2次医療圏における保健サービスの提供機関や内容等に関する情報提供	市町村民への生活習慣病予防知識の普及、市町村内の保健サービスの提供機関や内容等に関する情報		
	(母子保健法)		市町村の知識の普及支援、都道府県民に対する生活習慣病予防知識の普及	妊産婦、乳幼児の生活習慣病予防知識の普及	被保険者および企業の労働者に対する母子の生活習慣病予防知識の普及	母子に対する食生活や運動等の知識の普及
	(健康増進法)	基本方針の策定、健康増進に関する知識の普及	市町村の知識の普及支援、都道府県民に対する健康増進知識の普及	市町村民に対する健康増進知識の普及	被保険者および企業の労働者に対する健康増進知識の普及	団体内および団体外での健康づくりに関する知識の普及
	(介護保険法)			介護予防事業および介護保険サービス利用者への生活習慣病予防知識の普及		介護保険サービス利用者に対する生活習慣病予防知識の普及
健康の保持増進	健康手帳 (母子保健法)			母子健康手帳交付を通して、妊婦に対する生活習慣病予防支援		
	(健康増進法)			健康手帳交付を通して学校保健終了後の市町村民に対する生活習慣病予防支援		
	健康相談 (学校保健法)					学校による幼児、児童、生徒及び学生に対する運動や食生活等の健康相談の実施
	(健康増進法)	基本方針の策定	市町村間調整および市町村への支援	学校終了後から64歳までの市町村民に対する健康相談の実施	健康増進事業実施者による健康相談の実施	一般市民に対する運動や食生活等の健康相談の実施

サービスの種類	国	都道府県	市町村	企業・保険者	団体/NPO等	
健康の保持増進	(高齢者の医療確保に関する法律)	指針の公表			後期高齢者医療広域連合による後期高齢者への健康相談	後期高齢者に対する運動や食生活等の健康相談の実施
	健康教育(労働安全衛生法)	指針の公表、資料の提供、指導員の確保等			事業主による労働者への健康教育	
	(健康増進法)	基本方針の策定	市町村間調整及び市町村への支援	学校終了後から74歳までの市町村民に対する一般健康教育の実施	健康増進事業実施者による一般市民への健康教育の実施	・一般市民に対する運動や食生活等の健康教育の実施 ・学校や事業所等における健康教育の実施
	(高齢者の医療の確保に関する法律)	指針の公表			後期高齢者医療広域連合による後期高齢者への健康教育	後期高齢者に対する運動や食生活等の健康教育の実施
疾病の予防	保健指導(母子保健法)		市町村間調整及び市町村への技術的助言等	妊産婦、新生児、未熟児訪問指導		一般妊産婦、新生児の保健指導
	(労働安全衛生法)	指針の公表、資料の提供、指導員の確保等			事業者による保健指導、医師による面接指導	
	(健康増進法)	基本方針の策定	市町村間調整及び市町村への技術的助言、訪問指導等従事者の資質向上等	学校終了後から74歳までの療養上の保健指導のために訪問指導、市町村民への専門的な栄養指導		
	(高齢者の医療の確保に関する法律)	基本的指針の策定			特定保健指導の実施(40から74歳すべてに動機づけと積極的支援)	
健康相談(健康増進法)	基本方針の策定	市町村間調整及び市町村への技術的助言、情報提供、評価、研修会の実施等	学校終了後から64歳までの市町村民に対する重点健康相談の実施	健康増進事業実施者による健康相談	一般市民に対する高血圧、糖尿病、脂質異常、歯周疾患、骨粗鬆症等健康相談	
健康教育(健康増進法)			学校終了後から64歳までの市町村民に対する個別健康教育の実施	健康増進事業実施者による健康教育	一般市民に対する高血圧、糖尿病、脂質異常、喫煙対策等健康教育	

サービスの種類	国	都道府県	市町村	企業・保険者	団体/NPO等
健康診断 (学校保健法)	法及び技術的 基準の決定		就学児童の健 康診断		学校による幼 児、児童、生 徒、学生の健 康診断
(労働安全衛生 法)	指針の公表、 必要な資料の 提供、健康診 断実施の促 進、健康診断 指針の策定			事業主による 労働者の健康 診断	
健康診査 (母子保健法)	健康診査基準 の策定	市町村間調整 及び市町村へ の技術的助言 等	1歳6ヶ月児、 3歳児、妊産 婦、乳幼児健 康診査時にお ける生活習慣 病予防健康診 査		
(健康増進法)	健康診断等指 針の策定	市町村間調整 及び市町村へ の技術的助 言、質の向上 等	歯周疾患、骨 粗鬆症、肝炎 ウイルス検診 学校終了後か ら74歳までの 特定健康診査 非対象者の健 康診査		
(高齢者の医療 の確保に関する 法律)	特定健康診査 等基本的指針 の策定			被保険者に対 する特定健康 診査	
				75歳以上の高 齢者に対する 後期高齢者広 域連合による 健康診査	
機能訓練 (健康増進法)	基本方針の策 定	市町村間調整 及び市町村へ の技術的助言 等	学校終了後か ら64歳までの 市町村民に対 する機能訓練 の実施		一般市民に対 する機能訓練
地域支援事業 (介護保険法)	指針の公表	市町村間調整 及び市町村へ の技術的助言 等	生活習慣病予 防を取り入れた 介護予防事 業		元気高齢者も 含めて生活習 慣病予防を取 り入れた介護 予防

* (網かけ部分が新しい体系による私案の部分である)

ビスを提供し、さらに、住民自身も公務住民としての役割を担うことになる。

3) 生活習慣病予防の基盤整備体系と役割分担

生活習慣病予防のためには、保健医療サービスを提供する人材の確保と提供する場およびソフト面での環境づくり、すなわちヘルスプロモーションの健康を支援する環境づくりである基盤整備が必要である。よって（図2）の自立支援健康保障法および（図3）のライフコース健康保障法のサービスを担う人材の確保とサービスを提供する施設整備さらには環境づくりといった環境整備が求められる。ただ、基盤整備を推進するうえで重要なのは、（図2）で示す協働関連施策の強化である。そもそも、住民自治のもとで生活習慣病予防の保健医療提供体制を構築するためには、ライフコース健康保障法と自立支援健康保障法の双方において行政や住民及びNPO等といった様々な人たちが関係機関が協働を形成しそれを促進していくことが最も重要であるといえる。そこで人材確保と環境整備に加えた協働体制作りの基盤整備体系私案を（図4）に、そしてその役割分担私案を（表3）に示した。

(1) 人材確保

プライマリ・ケアを確保するうえで重要になるのはかかりつけ医である。そのかかりつけ医については、（図2）の自立支援健康保障法における医療法第6条の2、3となる。同法第6条の2第1項は、先述したように住民が病院等を選択するための情報が得られるように、国及び地方公共団体に情報提供の努力義務を規定しているものである。ここでは、かかりつけ医の選択ができるような支援を強化するため、市町村も情報提供の役割を担うように位置付けた。同法第6条の3は、病院等の管理者にかかりつけ医を選択するための情報提供と患者又はその家族からの相談への対応の努力義務を規定しているもので、医療に関する選択が適切にできるように支援を図るものである。

一方、医療法第30条の4では都道府県に医療計画の策定を義務づけてお

り、第2項で医療連携体制（医療提供施設間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制）に関する事項を定めている。すなわち、医療計画はかかりつけ医の確保を推進して医療機能の分化及び病診連携を図るものである。

人材確保としては、地域保健法第3条で国、都道府県、市町村に人材の確保及び資質向上の努力義務が規定されている。そのため、都道府県のみならず市町村も保健師や栄養士等の地域保健従事者の人材確保のための登録事業や資質向上策を講じる役割りを位置付けた。公衆衛生医師については、確保推進のための登録事業が現在国において行われている。また、地域保健法第21条では、都道府県に市町村の求めに応じての人材確保支援計画の策定が規定されており、都道府県は市町村の人材確保の支援を行わなくてはならない。健康増進法第3条では、健康増進に係る人材の養成及び資質の向上が国及び地方公共団体の努力義務とされており、国及び地方公共団体は人材確保の責務を担うことになる。そして、医療法第30条の3第2項第5号では、医療提供体制の確保を図るために、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する基本的な事項」を定めることとされており、都道府県は医療従事者の確保を図っていくことになる。また、企業やNPO等も運動実践指導士やボランティア養成等を実施しており、登録事業も実施するように役割りを位置付けた。看護師等の確保に関しては、都道府県知事の指定を受けた看護協会が運営するナースセンターがある。また、民間団体や企業等が運営する人材派遣サービスもある。

(2) 環境整備

生活習慣病予防のための施設整備として、保健所を都道府県、地方自治法第252条の19第1項の指定都市、同法第252条の22第1項の中核市その他の政令で定める市又は特別区が設置することになる。なお、保健所は、平成9年の地域保健法全面施行後減少しており、2009（平成21）年4月1日現在で全国510ヶ所となっている。その中でも都道府県の保健所は380ヶ所、

1996（平成8）年4月から約半数の623ヶ所となっており特に減少が著しい³⁰⁾。一方、市町村保健センターは年々増加しており、2007（平成19）年3月末で2,710ヶ所設置されている³¹⁾。そして、健康増進施設としては、スポーツクラブや医療機関付設の施設、健康保険組合の施設等があり全国では400施設が認定されている³²⁾。このような施設は有酸素運動や筋力運動、体力測定等の基準を満たしている施設で健康運動指導士等の配置も行われている。健康増進施設は、一般の健康づくりは勿論のこと高血圧や糖尿病等の疾病の治療のために、医師の運動処方箋に基づき運動指導士等の指導を受けて運動療法を行うことができ、運動療法を実施した場合の施設利用料は医療費控除の対象となる。

また、生活習慣病を予防する環境づくりとして受動喫煙防止が健康増進法第25条で、多数利用施設の管理者に努力義務として規定されており、そして、栄養表示基準が、健康増進法第31条第1項で栄養表示をしようとする者及び販売に供する食品であって栄養表示がされたものを輸入する者に義務付けられている。これによって、食品の栄養表示を確認することができ生活習慣病予防の基盤整備が図られることになる。

(3) 協働体制づくり

このように基盤整備を図るうえでの前提になるのが、方向性を決定する計画策定と法的基盤整備である。生活習慣病予防の最も基本方針となる健康増進計画の策定は、健康増進法第8条第1項で都道府県に義務付けられており、第2項で市町村の努力義務が規定されている。特に市町村での健康増進計画の策定が重要で、健康増進計画は住民との協働体制作りのツールとなるものであり、市町村の取り組み如何が生活習慣病予防に大きく影響してくると考える。そのため、健康増進計画における生活習慣病予防と医療計画におけるプライマリ・ケアの確保を一体的に推進していくための方策として、市町村での保健医療計画の策定が有効と考え、市町村にその策定を義務付けた。その際には、企業、保険者、NPO、様々な関係機関や住民団体等と協

(図4) 生活習慣病予防の基盤整備体系



* (サービスの種類の () 内数字の根拠法は() 内と同じ数字で記載)

* (網かけ部分が新しい体系による私案の部分である)

(表3) 生活習慣病予防のための基盤整備体系における役割分担

サービスの種類	国	都道府県	市町村	企業・保険者	団体/NPO等	
かかりつけ医 (医療法)	広告内容の決定	県内の医療機関情報の公表	市町村内の医療機関情報の公表	都道府県知事への報告と病院での閲覧	かかりつけ医に関する一般市民への普及啓発	
人材バンク (医療法)	国家資格の基準策定と付与	医療計画の策定による人材確保				
(地域保健法)	地域保健従事者の人材養成、都道府県に対する技術的助言、財政的支援	市町村の人材確保支援計画の策定、研修等による資質向上	地域保健を担う人材の確保、資質向上			
人材確保		都道府県内の地域保健従事者の登録事業	市町村内の地域保健従事者の登録事業			
	(健康増進法)	地域保健従事者の人材養成、資質向上	市町村の健康づくりや食生活改善等を担う人材の養成	・健康づくりを推進するボランティア等の養成 ・人材登録、派遣	・健康運動指導士、健康運動実践指導者、健康づくりを担うボランティア養成 ・人材登録、派遣	
	(労働安全衛生法)			衛生管理者の確保、資質向上		
	(看護師等の人材確保に関する法律)	基本指針の策定、資質向上、人材確保のための財政措置	看護師等の確保、資質向上		人材登録、派遣	ナースセンター人材登録、派遣
	施設整備 (地域保健法) 保健所	基本方針の策定	設置	政令指定都市、中核市、政令市設置		
基盤整備	市町村保健センター	設置の財政的補助	市町村への技術的助言	設置		
	健康増進施設	設置の財政的補助		設置		
	受動喫煙防止 (健康増進法)	国の施設における受動喫煙防止策	都道府県の施設における受動喫煙防止策	市町村の施設における受動喫煙防止策	企業、病院等における受動喫煙防止策	集会場等における受動喫煙防止策
	栄養表示 (健康増進法)	栄養表示基準の策定			食品の栄養成分表示	配食サービス、給食等の栄養成分表示
協働体制づくり	保健医療計画の策定 (医療法・健康増進法)	基本方針の策定	都道府県保健医療計画の策定	市町村保健医療計画の策定	都道府県、市町村との協働による保健医療計画の策定	
	介護保険事業計画の策定 (介護保険法)	基本方針の策定	都道府県介護保険事業計画の策定	市町村介護保険事業計画の策定	都道府県、市町村との協働による介護保険事業計画の策定	
	条例の制定 (地方自治法)	都道府県への技術的助言	健康づくり推進条例等の策定、市町村への技術的助言	健康づくり推進条例等の策定		

*（網かけ部分が新しい体系による私案の部分である）

働での策定とした。また、介護保険法における地域支援事業の見込み量やそれを確保するための方策等を定める市町村介護保険事業計画の策定が介護保険法第117条で定められている。これは、これまでの市町村老人保健福祉計画と一体のものとして策定することになっており、市町村保健医療計画と同様に住民や関係機関等との協働体制作りのツールとして位置づけた。さらに、住民の組織活動を支援し協働体制作りを促進するために市町村での条例制定等の法的基盤整備を位置付けた。

第三章 新たな生活習慣病予防の保健医療サービス体系を構築するための方策

ここでは、前章で示した新たな生活習慣病予防の保健医療サービス体系をどのようにして構築していくかということについて考察する。そこで、まず前提となるのが生活習慣病の一次予防から三次予防までを概ねカバーできる適切な医療圏の設定である。その理由は、とりわけ、一次予防を強化していくための一次的な保健医療サービスは自分の住んでいる身近なところで入手できなくてはならないからである。そのため、まず生活習慣病の一次予防から三次予防までを概ねカバーできる適切な医療圏を設定したうえで、行政機関である都道府県及び保健所および市町村、医療保険者、住民及び民間企業・団体等の役割をそれぞれ述べる。なお、介護サービスの提供における高齢者保健福祉圏域も生活習慣病の予防のために保健や医療を含めて広域的な連携を図る観点から医療圏と同一に設定した。

1 従来の二次医療圏を一次医療圏へ

医療計画では、医療提供体制の考え方を、田中滋は「当初から一次、二次、三次医療圏として、三次医療圏は都道府県単位、一次医療圏は日常受診の範囲、二次医療圏は日常受診を超えた大部分の治療がそこで完結する圏域と分けられてきた。大雑把に言って、一次医療担当は開業医、二次医療は地域の病院、三次医療は医育機関など高次の病院によって受け持たれるという階層

性が当然と考えられていた」³³⁾と述べている。とはいえ、医療計画はそもそも当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画であるとされているものの、医療費抑制のための病床規制である。したがって、そのために医療圏域を設定して新規参入を抑制したのである。

しかし、2006（平成18）年の医療法の改正により、医療計画の記載事項であった医療圏の設定に関する事項が削除され、変わって、地理的単位としての区域の設定ということになった。これまでの量的規制を目的としたものから、医療の安全、質を確保する計画に変更し、また、生活圈域も拡大し、医療機関への交通アクセスの利便性が高まったという理由も相俟って、地理的領域は設定するものの計画そのものは都道府県レベルでの計画とされたのである。ただ、これまでの二次医療圏ごとの計画策定は都道府県知事の判断に委ねられており、第五次の医療計画では、全国で約半数の都道府県が二次医療圏ごとに策定している。

そこで、区域をどのように設定するかが都道府県の判断に委ねられることになるが、この区域は地域完結型の保健医療が確保できる地域の範囲と推測される。地域について、池上直己は、「地域とは、これまでの二次医療圏が英語でいうと市町村境界などで定められる「エリア」のニュアンスを持っていたのに対し、包括性・連続性を伴った機能面からみた「コミュニティ」の視点で捉えたい」としている。そして、二次と三次の医療の境界は明確でなく、二次医療圏には計画母体としての責任と権限がないので、二次医療圏を廃止し三次医療圏だけにすることを提案している³⁴⁾。

この提案に対しては、基本的に賛成できる点がある。確かに、二次医療圏は一次医療圏との境界線が消失しつつあるため意味を持たなくなっており、二次医療圏ごとの地域計画の責任と権限もない。しかし、圏域としては、従来の二次医療圏を一次医療圏として設定する必要があると考える。その理由として、人々のライフスタイルはその地域の文化や風習、あるいは産業や環境などといったある一定のエリアを境界とする地域の特性に影響される部分が大きくその境界は概ね二次医療圏レベルといえる。また、保健医療サービ

スは市町村によって異なる部分もあり、コミュニティの視点で地域をとらえた場合、保健医療の一体的な確保は困難である。

なお、国民生活審議会調査部会コミュニティ問題小委員会の報告書『コミュニティ生活の場における人間性の回復』(1969年)では、コミュニティを、目指すべき地域社会の集団、いわば目標としてのコミュニティであるとしている³⁵⁾。したがって、一定の地理的境界線のうえで成り立つコミュニティとして捉えるべきである。

これまでの二次医療圏については市町村合併も進み、また、交通の利便性も図られているため、地理的な特性に照らして圏域設定を見直す必要があるものの、それは自治体の裁量に委ねるべきである。なお、圏域の見直しに伴って保健所の設置も見直す必要がある。

2 行政の役割

1) 都道府県及び保健所の役割

(1) 広域的な基盤整備

都道府県は、県内における保健医療提供体制の方向性とそのための方策を示す役割があり、医療計画及び健康増進計画を策定し、推進する役割で都道府県内全域をカバーする。

また保健所は、広域的、専門的、技術的拠点として、保健医療機関や市町村で専門的な知識や技術に関する保健指導を担う人材の確保と資質向上を図らなくてはならない。特に市町村の保健師等については、分散配置等によって先輩から専門的な技術指導を受けることや研修会等に出る機会も減少していることから、保健所からの人的派遣あるいは、資質向上のための研修会等を実施する必要がある。

一方、市町村保健師が保健所に期待するものとしては、情報収集・提供が54.8%と最も多く、精神保健福祉の支援が51.1%、広域的な連絡調整が50.1%、健康課題の評価・分析が43.4%などとなっている³⁶⁾。そのため保健所は、保健所業務を通して得られる情報のみならず、市町村が保有するデー

タも積極的に収集し、市町村の生活習慣病予防に関する保健事業の評価、健康課題を抽出して一次予防を強化していく必要がある。

（2） 地域と職域の連携を図るための調整

生活習慣病を予防する事業として、2004（平成16）年度に厚生労働省の地域・職域連携支援検討会から地域・職域連携推進事業ガイドラインが出され、2007（平成19）年3月には改訂版が出された。このねらいは、人びとが生涯を通じて健康支援を受けることができることといったことや、地域の健康課題が明確になる、対象者のサービス選択の範囲が広がること等といったメリットがあげられ、従来の二次医療圏の単位で保健所を事務局とする地域・職域連携推進協議会が設置されている。確かに、これまで連携が困難であった産業保健と協議する機会が得られて健康課題を共有することができるようになり、また、事業所が市町村の健康教育を利用したり、あるいは市町村が事業所のイベントに参加したりとサービスの相互利用も可能になって、予防対策を講じるうえで有益である。まさしくこの協議会が、ライフコース健康保障法体系を構築する基盤といえる。したがって、保健所は、地域と職域の連携を図る調整役としての機能を大いに発揮し、この協議会を効果的に活用して、市町村と職域での生活習慣病予防への取り組みを支援していかなければならない。

（3） 医療機能の分化と連携の促進

現在、医療法第25条第1項で、「都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長は、必要があると認めるときは、病院、診療所若しくは助産所の開設者若しくは管理者に対し、必要な報告を命じ、又は当該職員に、病院、診療所若しくは助産所に立ち入り、その有する人員若しくは清潔保持の状況、構造設備若しくは診療録、助産録、帳簿書類その他の物件を検査させることができる」と都道府県知事（実際は保健所長に委任）に、病院、診療所等への立ち入り権を付与している。これは医療機能の分化と連携を図る

絶好の機会であり、積極的にその役割を果たすことが求められる。しかし、住民への普及啓発に関しては、あくまでも広域的であり、住民一人ひとりに応じた適切な受診行動を促すことの普及啓発には限界があるため、市町村との連携が必要である。

2) 市町村の役割

(1) 協働による保健医療サービスの一体的な確保

「すべての国民に良質の医療サービスを効率的に提供するためには、医療サービスの重点を病気の診断・治療から人々の健康の維持と病気の予防に変えること、公衆衛生上の問題（タバコ・麻薬・エイズ等）の解決を図ることなどとともに、患者の役割やプライマリ・ケアの重要性も再び確認されるようになってきている」³⁷⁾。すなわち、健康の維持と病気の予防へと変える手段として健康増進計画とプライマリ・ケアの確保のための医療計画を一体化した保健医療計画の策定が有効となってくる。なぜなら、住民自治の実現のためには基本的に保健医療ニーズのボトムアップを図る必要があるからである。行政施策は計画にもとづいて実施されることから、一次医療圏での保健医療計画の策定を市町村に義務付け保健医療サービスの提供体制を住民との協働で策定していく必要があると考える。具体的な目標設定、実施過程への住民参加は、住民組織団体やNPO等の協働する組織や団体等自身の活動をも評価する機会であり、組織や団体等の主体性を高めることになる。そして、このことが住民自身のサービス選択を促す結果になり、保健医療計画策定は協働体制を促す手段ともなる。実際、厚生労働省健康局生活習慣病対策室に設置された健康日本21評価手法検討会の調査内容には、関係者、住民組織を含めての計画策定組織の設置や住民や関係者との目的、目標の共有、地域健康資源の活用、関係機関・団体との連携、住民組織との連携等、といった様々な関係機関や住民等との協働の視点が盛り込まれている。また、筆者らが2007（平成19）年8月に実施した熊本県内の47市町村に対する健康増進計画の策定に関する調査結果からも、健康増進計画を策定している市町村は、

部局間の連携や住民との連携が図られており、そして、住民支援が行われている市町村は、住民の意識変化が高い傾向にあった³⁸⁾。

しかし、健康増進計画の策定は市町村の努力義務として位置づけられているため、2009（平成21）年12月1日現在で策定している市町村は70.6%³⁹⁾で、すべての市町村が策定しているわけではない。そのため、市町村の健康増進計画を義務付ける必要がある。

一方、これまでの医療計画は、量的規制には成功したものの失敗に終わっているともいわれている。その理由として、池上直己は、一般に患者は三次の医療機関を望み医療機能分化は机上の空論である、自律性と裁量権を持っている医師同士の利害を調整するのは容易ではない、白地に絵を描くわけではないので、需給双方の利害を調整することは困難であるなど、もともと机上の空論に終わる性質を内在していると指摘している⁴⁰⁾。三次の医療機関とは、高度な医療設備を備えた医療施設における先端的な医療のことを指す⁴¹⁾。しかし、池上直己は、理想ではなく現状から出発して強力で推進する体制が必要だとも述べている⁴²⁾。このことに照らし合わせると、市町村で保健医療計画を策定することは、国や都道府県の現実に即さない一律的な計画でなく、住民の生活の現状から出発した計画となり、しかも市町村と住民がマネジメントサイクルを協働することによって、住民自治の実現に結びつくことになる。また、計画策定を義務付けることによって、市町村職員の技術向上にもつながることが予測される。

（2）自立支援のためのプライマリ・ケア確保

英国においては、1948年に創設されたNHS（National Health Service）によって、すべての住民に疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスは税財源によって無料で行われており、一般家庭医であるG P（General Practitioner）制度をとっている。英国は人々の健康を病院から独立して支える体制、つまりプライマリ・ケア体制の構築を目指し地域の機能を何よりも大事にする⁴³⁾。

一方、わが国は国民皆保険制度のもと、医療へのフリーアクセスが保障されているためなかなかかかりつけ医が定着せず、医療の非効率化を招いている。

プライマリ・ケアを確保するためにはかかりつけ医を推進していく必要があり、それは住民に身近な診療所となってくる。しかし、日本医師会総合政策研究機能の「第2回医療に関する意識調査結果（以下意識調査結果という）」⁴⁴⁾で、かかりつけ医が見つからない理由の第1位は、医師や医療機関の情報が十分ないことがあがっており、次に、優れた医師とわかる判断材料がない、どこで探せばよいかわからない、などといった結果がでてい

一方、かかりつけ医の機能強化のために優先的に行うべきこととして、診療所の医師は病院からの逆紹介の充実を、また医師や医療機関に関する情報提供が多く挙げられている。したがって、診療所の情報を積極的に公開し、医療機関同士の連携を充実していくことが求められる。

患者や住民は、日頃は身近な医療機関にかかり、いざという時に適切な医療機関を紹介してくれる仕組みが整っていることを望んでいる。また、意識調査結果からも必要な時はすぐに専門医や専門施設に紹介する、どんな病気でもまずは診療できる、生活習慣病などの予防のための助言等を求めている、という結果がでてい⁴⁵⁾。そのため、医療法第6条の2第2項で医療提供施設の開設者及び管理者は、医療を受ける者が保健医療サービスの選択を適切に行うことができるように、情報の提供と患者又はその家族からの相談に適切に応ずるように努力義務を課している。そして、住民や患者が医療機関を選択する際の参考となる広告事項を医療法第6条の5で規定している。

しかし、広告は努力義務であり、しかも、医療機関にとって不利益になる広告は行わないことは予想されることで、患者や住民が求めている情報が入手できるという保証があるとは限らない。例えば、医療安全が損なわれたことの有無やそのことに対する対処といったもの、あるいは、他の医療機関への実際の紹介率やその後の結果等の情報は積極的に広告しないと考えられる。したがって、医療法第6条の5で広告できる事項以外の情報については、

行政が情報公開すべき事項となってくる。

住民がかかりつけ医を選択していくための情報は、平等にすべての住民に提供して住民が正しい選択ができるように市町村も行うべきであり、そのため、医療機関に対する一定の指導の権限も付与されなくてはならない。そこで、現在都道府県知事に付与している医療法第25条第1項の病院、診療所等への立ち入り権を、診療所については市町村長にも付与すべきであると考ええる。医療法に照らし合わせての検査内容に加えて、患者や住民が求めている情報についても収集し提供していくには、住民や患者と一番身近な市町村の役割である。

次に、介護保険法との関係からも市町村長に権限を付与すべき理由があげられる。

現在、介護保険法では必要があると認めるときは、指定居宅介護保険事業所や介護保険施設からの報告若しくは帳簿書類の提出、施設への立ち入り検査等の権限を都道府県知事又は市町村長に位置づけている。これは、地方分権のもと介護保険の保険者は市町村で、同法第117条では市町村に介護保険事業計画の策定が義務付けられており、介護保険サービスの提供体制は市町村の責務となっているためといえる。このことに照らしてみると、国民健康保険者は市町村であり、プライマリ・ケアの確保は市町村で担うことが適当と判断される。また、介護保険や国民健康保険のデータ分析を健康増進計画に活用でき、保健・医療・介護の継続的な施策の推進が可能になる。

ただ、病院については、高度な専門医療機関という観点から、医師や薬剤師等多くの専門職が存在する保健所が適当であると考ええる。

(3) 生涯を通した生活習慣病予防サービスの提供とモニタリング

市町村が提供する生涯を通した生活習慣病予防のための保健サービスは、母子保健法、学校保健法、健康増進法、介護保険法によるサービスである。

① 母子保健法

現行の母子保健法は、1965（昭和40）年に制定されているためその内容は、生活習慣病の予防対策としての機能を果たすようにはなっていない。そのため2005（平成17）年に施行された食育基本法に照らして母子保健法の内容を工夫する必要がある。

食育基本法の趣旨は、子どもたちが生きる力を身につけていくために、何よりも食が重要であること、また、様々な経験を通じて食に関する知識と食を選択する力を習得し、健全な食生活を実践することができる人間を育てる食育の推進が求められるとして、食育の推進を総合的かつ計画的に推進するため制定に至ったこと等が冒頭に記されている⁴⁶⁾。この背景としては、食の安全や、食文化の継承もさることながら栄養バランスの悪さや、偏食、肥満や生活習慣病の増加も大きな要因となっている。

そこで、食育推進運動の展開や保護者、教育関係者等関係者の責務や食育推進基本計画等に関する事項及び基本的施策等が規定されている⁴⁷⁾。食の基本は、子どもの時代に築かれ、また成人期のライフスタイルを形成する基礎となることから幼少期における父母や保護者の役割が大きい。そのため、母子保健法で市町村に位置付けられている知識の普及や保健指導及び母子健康手帳の交付時に食育の推進を盛り込むといった工夫が必要である。そして、1歳6ヶ月児や3歳児の健康診査のなかの問診項目や保健指導の内容にも盛り込む必要がある。

一方、母親は、妊産婦期には母子保健法の対象となるが、乳幼児の育児期は母子保健法での健康診査の対象とはならないため、母親の生活習慣に関する問診項目はないことになる。したがって、母子保健法第10条で規定している、妊産婦若しくはその配偶者又は乳児若しくは幼児の保護者が保健指導を受ける際には、保護者の生活習慣に関する問診項目等も盛り込み、併せて肥満度の測定を実施するといったこと、あるいは、他の健診の受診者は結果を持参してもらうなど、保護者の健康状態も含めて食育を含めた保健指導を受けられるような生活習慣病予防対策を工夫する必要がある。

この年代の保護者は、20～40歳代が殆どであり、健診未受診者も多いことから生活習慣を確認できる機会ともなる。なお、保護者の問診項目の追加や保健指導については、現予算の範囲内での対応が可能で改めて予算措置する必要はない。

② 学校保健法

生活習慣病予防対策としては、1995（平成7）年に定期健康診断の見直しが行われ、心電図の検査を小学1年、中学1年、高校1年に実施するようになった。学校保健法における生活習慣病の予防においては、健康診断と健康相談（第4条～第11条）が中核となっている。

しかし、これは、疾病や異常の発見にとどまっており、児童生徒が、自分の健康状態を把握し、自主的な健康管理を学習して生活習慣病を予防していく場としては限界の域にあるといえる。その理由は、児童生徒の生活は親や家族、学校などの環境によって形成されることになり、自己選択の範囲は少ないためである。例えば、交通手段の少ない地域では、自家用車の保有率が高く、保護者等の車での送迎による運動不足から学童肥満が多いという結果もでており⁴⁸⁾、児童生徒を取り巻く環境要因に着目しなくてはならない。そのため、その地域の特性に応じて、児童生徒が自ら健康管理していけるようにするとともに周囲の環境要件を整えられるように、健康づくりを目指した健康診断のあり方が必要である。現在の健康診断項目は、身長や体重、栄養状態、視力、聴力、心臓疾病の有無等といった身体発育状況や疾病のスクリーニングとなっており⁴⁹⁾、生活習慣をチェックするものではないため、問診項目に児童生徒自身の甘味料や偏食等の食習慣に関することや日頃の身体活動・運動の内容や頻度等を加えて児童生徒が自らの生活習慣を自覚して健康管理していけるようにすることも必要である。

③ 健康増進法

老人保健法では、保健事業が健全かつ円滑に実施されるよう適切な施策を

実施しなければならないとして、一次予防から三次予防すべてをカバーする保健事業が義務付けられていた。具体的には、健康手帳の交付、健康相談、健康教育、健康診査、機能訓練である。特定健康診査と特定保健指導以外の事業は2008（平成20）年度から健康増進法で引き継がれることになった。そのため健康増進法でもこれまでの老人保健法と同様に当該市町村の区域内に居住する40歳～64歳の者が対象で、学校終了後～40歳未満はカバーできないものとなっている。したがって、新たな保健医療サービス体系では全ライフステージをカバーできるようにし、また一次予防を強化した。

④ 介護保険法

介護保険法第115条の38第1項第3号では、介護予防の地域支援事業として保健医療等の関連施策の情報提供と保健医療の向上を図るための総合的な支援の提供が規定されている。介護予防が目指すのは、運動機能や栄養状態、口腔機能、さらには、認知・情緒面の改善を通じて、個々の高齢者の生活の質の向上を目指し、健康寿命を延ばすとともに、真に喜ぶに値する長寿社会の実現であるとされる⁵⁰⁾。そのため介護予防サービスにおいても生活習慣病の予防サービスが必要であり、例えば介護保険の要介護認定の原因疾患を明らかにしてその予防策を講じるなど、市町村の保健事業担当部門と介護保険事業担当部門が連携を図りながら生活習慣病予防の情報を提供して介護予防を推進していく必要がある。

⑤ モニタリング

2007（平成19）年4月に厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会から「健康日本21」の中間評価報告書が出された⁵¹⁾。これは、2010（平成22）年度を目標とした「健康日本21」の9分野70項目の指標の中間実績値の分析、各分野の評価等を行ったものである。その結果、全体的な評価としては、脳卒中、虚血性心疾患の年齢調整死亡率⁵²⁾の改善傾向が見られ、総エネルギー摂取の中で脂肪エネルギーの摂取割合を示す脂肪エネルギー比率や女性の肥

満者の増加に歯止めがかかる一方で、高血圧症、糖尿病などの生活習慣病の有病者は特に中高年男性で改善していない。さらに、男性の肥満者の割合や日常生活における歩数のように、「健康日本21」策定時のベースライン値より改善していない項目や、悪化している項目が見られるなど、これまでの進捗状況は、全体として必ずしも十分でない点がみられる、としており成果が殆ど上がっていないことが報告された⁵³⁾。

このような結果について、岩室紳也は、健康日本21を正確に評価するための環境自体が十分整っていない、すなわち、指標の階層構造が明確化されていない⁵⁴⁾、と指摘している。

つまり、モニタリングは最終ゴールである生活満足度や生きがい、エンパワメントといったQOL指標や有病率等の健康指標を評価すること、また健診の受診等といった住民自らの健康指標及び普及啓発事業の回数や住民の参加等に関する行政・関係団体など指標を評価すること、さらに生涯を通して連続したサービスとして機能しているかというようなモニタリングの階層化が必要である。

一方、市町村の保健サービスの提供方式は自治体によって異なり、特定健康診査と特定保健指導の予防給付については、厚生労働省が外部委託を促している。保健事業の外部委託は財政面や人員面でのメリットがいわれ、老人保健事業でも基本健康診査や各種検診は医師会等への委託を実施してきている。ただ、委託では、委託先との連携やサービスの精度管理、また、いったん委託したら事業に対するノウハウが失われ再び直営に戻すことは不可能になってくるといわれている⁵⁵⁾。しかし、「直営事業とするか外部委託とするのかの判断は、むしろ自治体における健康づくりに対する戦略によって規定される」⁵⁶⁾のものであり、その戦略の判断は、将来を見据えて住民参加のもとの判断になってくる。

保健サービスの実施にあつては、外部委託、直営のどちらであっても、また、生活習慣病予防のすべての事業において質の確保や、データ分析を含めた事業評価及び事業結果を踏まえての計画立案が必要で、モニタリング機能

の強化が求められる。そのため、保健所のバックアップや大学等の支援も得て、住民参加のモニタリングが必要である。

(4) ソーシャル・キャピタル醸成のためのコミュニティ政策

マイケル・マーモットとルース・ベルは日本人が脳血管疾患や心臓病による死亡を低下させて長寿に成功した要因のひとつに、日本人の社会的結束（ソーシャル・キャピタル）をあげている⁵⁷⁾。しかし近年は、ソーシャル・キャピタルの要素である人びとへの信頼や、お互いさまといった互酬制の規範、ネットワークが弱くなっており、さまざまな事件等も起きている。

生活習慣病の予防は保健分野のみが取り組む事業ではなく、ヘルスプロモーションの健康的な公共政策として商工観光や農政、教育委員会等関係するすべての部署での取り組みが必要である。具体的な地域での取り組みについては、ソーシャル・キャピタルの醸成を目指して食生活改善推進協議会や健康づくり推進協議会、自治会、ボランティア等との参加を促進し住民や団体等の交流を図るためのコミュニティ政策が重要である。

コミュニティ政策を推進していく一つの方策としては、条例や要綱等を制定して、生活習慣病予防に関係する事業を、一般市民団体、NPO等から公募型で募り、その中から選択された事業に財政的な支援を行い組織や団体等の活性化を促していくものがあり、これは協働促進の施策といて効果的である。

コミュニティ政策は、住民同士が一緒になってヘルスプロモーションを推進していくものでなくてはならない。つまり、健康に関する活動を行う住民組織、団体同士の横の連携が必要で、そのため市町村には、組織同士をつなぐ機会を設けてお互いの活動内容を紹介しあうといったような取り組みが求められる。ただ、住民組織が行政と対等に議論する場合は、これまでのように行政部局と住民間活動団体が相互依存の垂直関係ではなく、住民自身が組織同士を水平的に調整する能力が働くような仕組みが必要である⁵⁸⁾。したがって他の組織での活動経験者等が組織同士をつないで重要な役割を果たせ

るように、すなわち住民同士の水平的調整能力を確保するために、市町村は顔をあわせる機会を設けることが必要である。また、対等な関係を築いていくには十分な協議が必要で、さらに、組織が自主性を高めていくには一人ひとりが発言する機会を設けることが重要である。

3 医療保険者の役割

今回の医療制度改革は療費抑制を主眼としており、そのため医療費適正化に関する制度が創設されている。

現在、医療費をコントロールできるのは、診療報酬によってのみである。その診療報酬の決定や保険医の決定は行政・医師会・保険者の3者協議ではあるものの実質的に行政主導の下で決定されていることは周知の事実である。そのため、今後は、契約の当事者たる保険者が積極的に意思決定のプロセスに関与し、保険者としての意見を反映させていく必要性とともに、保険者が保険運営主体として給付内容に一定の責任を持つべきであることが指摘されている⁵⁹⁾

2008（平成20）年度から、生活習慣病の特定健康診査・特定保健指導が医療保険者に義務付けられたことによって、今後は予防給付の主体にも位置付けられることになり、保険者の給付のあり方は経営にも大きな影響がでてくることになる。そのため健康改善の効果が見込める65歳以上への積極的支援を義務付ける必要がある。併せて医療保険のデータから医療費を引き上げている疾病の分析を行い、その結果をいかに予防へとつなげるかが大きな鍵となる。

本来保険者の役割は、被保険者の代理人としての保険者の機能を充実強化することによって、医療提供者と医療需要側との間に実質的かつ建設的な対話を成立させ、提供される医療サービスをよりよいものにしていこうということにある⁶⁰⁾。したがって医療費抑制そのものを目的とするのではなく、病気を予防し健康な生活を送ることができることを目指すものであり、その結果として医療費が抑制されると考えなくてはならない。

4 住民及び民間企業・団体等の役割

ヘルスプロモーション活動を推進するにあたっては、ヘルスプロモーションの責任を個人、コミュニティ・グループ、保健の専門家、保健医療機関と政府が分かち持ち、それぞれに協働体制を求めている。

企業は、労働者の健康の保持増進のみならずコミュニティの形成においても大きな役割を担っている。つまり、休日等には企業の敷地や施設を開放したり、ともに健康に関するイベント等を開催したりすることで地域とのかかわりが可能である。このような交流がソーシャル・キャピタルの醸成につながり、そしてコミュニティが活性化する要因となる。

一方、健康増進法第25条の受動喫煙防止について、本年2月に厚生労働省から今後の受動喫煙対策の基本的方向性として、多数の者が利用する施設についてはこれまでの分煙からさらに踏み込んで全面禁煙の方向性が出された⁶¹⁾。

これに対しては、個人も責任を分かち持つ必要がある。つまり、喫煙策を講じている施設のチェックや講じていない施設を拒否することも必要である。

また、各種団体やNPO等も生活習慣病の知識の普及や健康相談、健康教育の実施等を分かち持つことが求められる。特に母子保健や学校保健においては独自に生活習慣病予防の普及啓発を実施するといったことや市町村、学校と協力して健康診査や健康相談等を実施していく必要がある。

このように、住民や企業、各種団体は生活習慣病の予防のためにそれぞれに課せられる役割を果たしていくことになる。それぞれが役割を果たしていくために最も重要なものとして市町村における保健医療計画があり、その計画そのものを個人、コミュニティ・グループ、保健の専門家、保健医療機関と行政が協働で策定し、そして協働体制を構築していく必要がある。

おわりに

元来、人の健康は個人の嗜好や生活習慣と密接に関連するもので、どのよ

うな日常生活の行動様式を取ろうと、それは、原則として憲法で、「基本的人権」として保障されている。そのため、2002年（平成14）に公布された健康増進法では、第2条で健康増進は個人の責務として努力規定に止めている。

このように、ライフスタイルの選択は個人が選択し自己決定するものである。しかし、反面、社会を構成する一員である以上個人の健康は社会全体に影響を与えることになる。

したがって、社会全体で健康増進を支援する必要がある、特に公的責任は大きいといえる。

そのなかでも、生活習慣病は、ブレスローの研究⁶²⁾からもわかるように遺伝的要素や特異な場合を除き、発症を予防することが相当可能な病気であるため、発症予防の施策が重要である。しかし、日本においては、健康診断といった医学的なスクリーニングを主体とした施策を中心としており、パターンリズムを生み出している可能性も否定できない。その結果、人々も健康診断で細部まで検査することが安心につながるというように、人びとの意識のなかに健康診断至上主義の部分が生じているといえる。その背景として、人々の専門家依存の傾向があることが考えられる。一方、保健医療学の問題としては健康診断の有効性に関する検証のデータが少ない⁶³⁾ということに加えて、施策においても医学モデル優先型の施策であることが要因といえる。

生活習慣病は社会経済要因、環境要因が大きいことが指摘されており、格差社会が広がる中で生活習慣病の健康格差も広がってきている状況にある。しかし、健康診断至上主義の課題及び限界、社会経済要因、環境要因を踏まえての公的責任としての保健医療提供体制については今後の検討課題としたい。

（付記）

本稿は、学位（社会福祉学博士、2008年9月）論文である「健康を支援す

る保健医療提供体制の再構築 —生活習慣病予防機能を中心として—」の一部である。

注

- 1) プライマリ・ヘルスケアとは、人びとにとって不可欠なヘルスケアで、それは実践的で科学的な根拠があり、しかも社会的に受け入れ可能な方法と技術に基づいていることである。そしてすべての地域の人びとが十分に参加できて、だれもが享受でき、また入手可能な費用でできることで、プライマリ・ヘルスケアが目指すのは人びとの自立と自己決定である。
Elizabeth T. Anderson, Judith Mcfarlane: COMMUNITY AS PARTNER, Lippincott Williams & Wilkins, pp.13-14.
- 2) 湯浅資之他「プライマリ・ヘルス・ケアとヘルス・プロモーションの共通点・相違点の考察」『日本公衆衛生誌』日本公衆衛生学会、Vol.48. No.8、723頁、2002年。
- 3) 榎本妙子「『健康』概念に関する一考察」『立命館産業社会論集』第36巻第1号、128頁、2000年。
- 4) 山元幹夫監訳『ヘルス・フォーオール』1995年、垣内出版株式会社、9頁。
- 5) 山元幹夫監訳、同上、11-12頁。
- 6) 湯浅資之他「プライマリ・ヘルス・ケアとヘルス・プロモーションの共通点・相違点の考察」『日本公衆衛生誌』日本公衆衛生学会、Vol.48. No.7、513頁、2002年。
- 7) 湯浅資之他「プライマリ・ヘルス・ケアとヘルス・プロモーションの共通点・相違点の考察」『日本公衆衛生誌』日本公衆衛生学会、Vol.48. No.8、720-726頁、2002年。
- 8) 山元幹夫監訳、前掲、12頁。
- 9) 湯浅資之他、前掲、Vol.48. No.8、720頁。
- 10) 島内憲夫訳『ヘルスプロモーション WHO：オタワ憲章』1995年、

- 垣内出版株式会社、8-10頁。
- 11) 島内、同上、8-10頁。
 - 12) リチャードG、ウイルキンソン著、池本幸生・片岡洋子・末原睦美訳『格差社会の衝撃』書籍工房早山、2009年、2頁。
 - 13) 近藤克則『健康格差社会』2005年、医学書院、21頁。
 - 14) 荒木紀代子「健康を支援する保健医療提供体制の現状と課題」（第Ⅰ報）『社会関係研究』熊本学園大学社会関係学会、2010年、89頁。
 - 15) 河野正輝「社会保障法の目的理念と法体系」日本社会保障学会編『講座・社会保障法第1巻 21世紀の社会保障法』2001年、法律文化社、21-29頁。
 - 16) 井上英夫「医療保障法・介護保障法」日本社会保障学会編『講座・社会保障法第4巻 21世紀の社会保障法』2001年、法律文化社、12-13頁。
 - 17) 河野正輝、前掲。
 - 18) 島内憲夫1987／島内憲夫・助友裕子・高村美奈子2004（改編）ヘルスプロモーション学会（http://www.jshp.net/HP_kaisetu/kaisetu_head.html）2008/2/16
 - 19) 荒木紀代子、前掲、114-115頁。
 - 20) 島内憲夫「小さな健康哲学」『健康管理』社会保険出版社、第6号、2009年、20頁。
 - 21) 藤内修二「健康日本21の推進にみるヘルスプロモーションの実践」『保健の科学』杏林書院、Vol.52. No.6. 371頁、2010年。
 - 22) 荒木紀代子、前掲、89頁。
 - 23) 藤原武男「ライフコースアプローチによる胎児期・幼少期からの成人疾病予防」『保健医療科学』国立保健医療科学院、Vol.56. No.2. 90頁、2007年。
 - 24) 夏川周介「農村医療にかけた佐久病院の60年」『日本農村医学会雑誌』日本農村医学会、Vol.54.No.6、838-844頁、2006年。
 - 25) 藤原武男、前掲、94頁。

- 26) 荒木紀代子、前掲、105頁。
- 27) 川上憲人・小林廉毅・橋本英樹『社会格差と健康』東京大学出版会、2006年、128頁。
- 28) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/07/c1.html>、2010/8/9 1.6歳受診率
- 29) 橋木俊昭・浦川邦夫『日本の貧困研究』2006年、財団法人 東京大学出版会、81頁。
- 30) 厚生労働省編『厚生労働白書』2009年、株式会社ぎょうせい。
- 31) 下田智久他編『衛生行政大要 改訂第22版』財団法人日本公衆衛生協会、2009年。
- 32) 財団法人厚生統計協会『国民衛生の動向』財団法人厚生統計協会、2009年、Vol.56, No.9. 92頁。
- 33) 田中滋「わが国の医療提供体制の展開」田中滋・二木立編『保健・医療提供体制』2006年、勁草書房、5頁。
- 34) 池上直己「地域医療計画の課題と新たな展開」田中滋・二木立編、『保健・医療提供体制』2006年、勁草書房、36-38頁。
- 35) 西尾隆編著『住民・コミュニティとの協働』2004年、ぎょうせい、21-22頁。
- 36) 社会保険実務研究所「週刊保健衛生ニュース」平成20年6月9日、第1460号、2-5頁。
- 37) 府川哲夫「プライマリーケアの国際比較」田中滋・二木立編『医療制度改革の国際比較』2006年、勁草書房、74頁。
- 38) 荒木紀代子編著『地域看護管理』2009年、ブイツーソリューション、84頁。
- 39) 社会保険実務研究所「週刊保健衛生ニュース」平成22年2月15日、第1545号、16頁。
- 40) 池上直己「地域医療計画の課題と新たな展開」田中滋・二木立編、『保健・医療提供制度』2006年、勁草書房、27-28頁。

- 41) 日本プライマリ・ケア学会編『プライマリ・ケア用語集』2005年、エルセビア・ジャパン、78頁。
- 42) 池上直己、前掲。
- 43) 多田羅浩三「イギリスの医療制度改革」『公衆衛生』医学書院、Vol.70. No.11. 856-860頁、2006年。
- 44) 日医総研ワーキングペーパー「第2回医療に関する意識調査結果」
<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=336> 2007/10/11
- 45) 同上。
- 46) 分冊六法編集委員会『六法全書2』新日本法規、平成22年版、85-86頁。
- 47) 分冊六法編集委員会、同上。
- 48) 城川美佳「生活習慣と学童肥満」『保健の科学』杏林書院、Vo46. No.12. 905-906頁、2004年。
- 49) 下田智久他編、前掲、262頁。
- 50) 辻一郎「介護予防の狙いと戦略」2006年、社会保険研究所、64頁。
- 51) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会『「健康日本21」中間評価報告書』平成19年 http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/ugoki/kaigi/pdf/0704hyouka_tyukan.pdf (2008/9/30)
- 52) 年齢構成が著しく異なる人口集団の間での死亡率や、特定の年齢層に偏在する死因別死亡率などについて、その年齢構成の差を取り除いて比較する場合に用いる。財団法人厚生統計協会、前掲、508頁。
- 53) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会、前掲、10頁。
- 54) 岩室紳他「健康日本21と医療制度改革」『保健師ジャーナル』医学書院Vol.63. No.4. 304-308頁、2007年。
- 55) 平成17年度地域保健総合推進事業報告書『市町村保健事業の外部委託に関する研究』平成18年4月、日本公衆衛生協会、5頁。
- 56) 社会保険実務研究所「週刊保健衛生ニュース」平成20年6月9日、第1460号、2-5頁。
- 57) Michael MARMOT and Ruth BELL 「Japanese Longevity

- Revisited」『保健医療科学』国立保健医療科学院、Vol.56. No.2. 106-109頁、2007年。
- 58) 今川晃・山口道昭・新川達郎編『これからの協働』2006年、第一法規、3-5頁。
- 59) 山崎泰彦・尾形裕也編著『医療制度改革と保険者機能』2003年、東洋経済新聞社、11-12頁。
- 60) 山崎泰彦・尾形裕也編著、同上、16頁。
- 61) 社会保険実務研究所「週刊保健衛生ニュース」平成22年3月8日、第1548号、47-49頁。
- 62) Berkman L.F, Bleslow: Health and Way of Living -The Alameda Country Study. Oxford University Press, 1983, 森本兼曩監訳：生活習慣と健康—ライフスタイルの科学、HBJ出版局、1989年。
- 63) 久繁哲徳「根拠に基づく保健医療」『公衆衛生研究』国立公衆衛生院、Vol.49. No.4. 329-344頁、2000年。

Reconstructing the System of Healthcare Provision (2nd Report)
— From the perspective of lifestyle-related illness prevention —

Kiyoko Araki

Abstract

The essential objectives in the prevention of lifestyle-related illnesses are to prolong the healthy lives of individuals and to improve the quality of life and health standards in the region as a whole. However, with the constraints currently being thrust upon medical costs, there has emerged a need to consider the discrepancy between these essential objectives and the prevention of lifestyle-related illnesses under these constraints, and to examine the reconstruction of a system of healthcare provision for the purpose of realising these objectives.

Based on this awareness, in the first report, while bearing in mind the essential objectives of preventing lifestyle-related illnesses, we analysed the present situation and issues in the system of healthcare provision from the perspective of citizen autonomy and promoting health awareness among people.

In this paper, to overcome the issues indicated in the first report, we explored a new system of healthcare services and strategies in order to help reconstruct the system of healthcare provision vis-à-vis the prevention of lifestyle-related illnesses.