



健康日本 21（第二次）とは？

国民健康づくり運動プラン策定専門委員会に参加して

2012. 7. 10 公衆衛生担当理事 羽鳥 裕

1. はじめに

2012年秋に、当時日医常任理事の保坂シゲリ先生から電話で、厚生省の会議に出てみないかとお誘いがあった。それは、健康日本21の改訂版を作るのでその専門委員会で、荷が重いと思ったが出席することにした。2011年11月から月1回、4月の最終委員会まで6回開かれその間宿題をもらうハードなものであった。前回の健康日本21は、当時厚生省健康局長通知であったため行政を含む医療界へのインパクトは知る人ぞ知る程度であったが、今回は小宮山大臣告示になり強い強制力を持つ。さらに前回は厚生省であったが、その後労働関係を含む厚生労働省に組織変更されたので経営者労働界にも強影響力をもち、さらに閣議決定までいけば、学校管轄の文科省、全食品成分表示の総務省、予算措置の財務省へも影響力を行使できる。

2. 健康づくり運動の変遷

平成12年（2000年）度からの第3次国民健康づくり（健康日本21は、昨年9月に評価結果がだされた。これを踏まえて次の運動プランを検討するため、10月の厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会の上承のもと、平成25年度から向こう10年間の健康づくり対策をはかるために運動プラン策定専門委員会が6回開かれた。平均寿命世界一の水準にある我が国は、これまで地域保健・公衆衛生施策などが果たしてきた役割はおおきいが、急速な高齢化や社会的格差などがもたらす国民の健康への影響など、今後取り組むべき健康課題や新たな問題があることも事実である。昨年9月号の『The Lancet』で日本の保健医療政策特集が組まれるなど、国際的にも注目されている。同時に、がん対策推進基本計画や医療計画との整合性を図る必要がある。

健康増進の考え方は、昭和21年（1946年）WHOの“健康とは単に病気ではない虚弱でない、身体的、精神的、社会的に完全な良好な状態をさす。”という定義からはじまる。アメリカのHealthy Peopleでは個人生活習慣の改善、さらにHealthy Cityでは環境整備が提唱された。

日本では昭和53年からの第1次国民健康作りから“自分の健康は自分で守る。”という自覚をもたせるため健康づくりの普及啓発に力が入れた。昭和63年からの第二次健康づくりアクティブ80ヘルスプランでは運動習慣の普及に力が入られ、平成12年からの第3次国民健康作り対策としてとして健康日本21につながり、壮年期死亡の減少と健康寿命の延伸、生活習慣病一次予防の観点から10年後目途に目標設定を行った。

その第3次健康づくり・健康日本21評価作業チームの最終評価が昨年9月に発表されて、9分野の目標・再掲をのぞく59項目での達成状況を評価した。

目標に達した（メタボの認知度、80歳で20歯以上）が16.9%、改善傾向（食塩摂取量の減少、運動を心かける人の増加、喫煙の健康への影響知識の増加など）が42.4%、代わらない（自殺者、多量飲酒者、脂質異常者）が23.7%、悪化（日常生活における歩数、糖尿病合併症）が15.3%、評価困難1.7%（特定健診特定保健指導の実施数）である。健康日本21では1次予防の重視と個人の健康づくりを支援する社会環境づくりで、後半には特定健診・特定保健指導につながるが、この健診は以前の老健法に基づく健診と比べて健診項目数も少なく、がん検診と同日実施ができないと受診者にメリットの感じられにくいシステムとなった。

3. 健康日本21（第二次）の目標

前段の評価を踏まえて、健康日本21（第二次）における目標設定は、健康寿命の延伸と健康格差の縮小、主要な非感染性疾患（Non-communicable disease, NCD）がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの発症予防と重症化予防である。

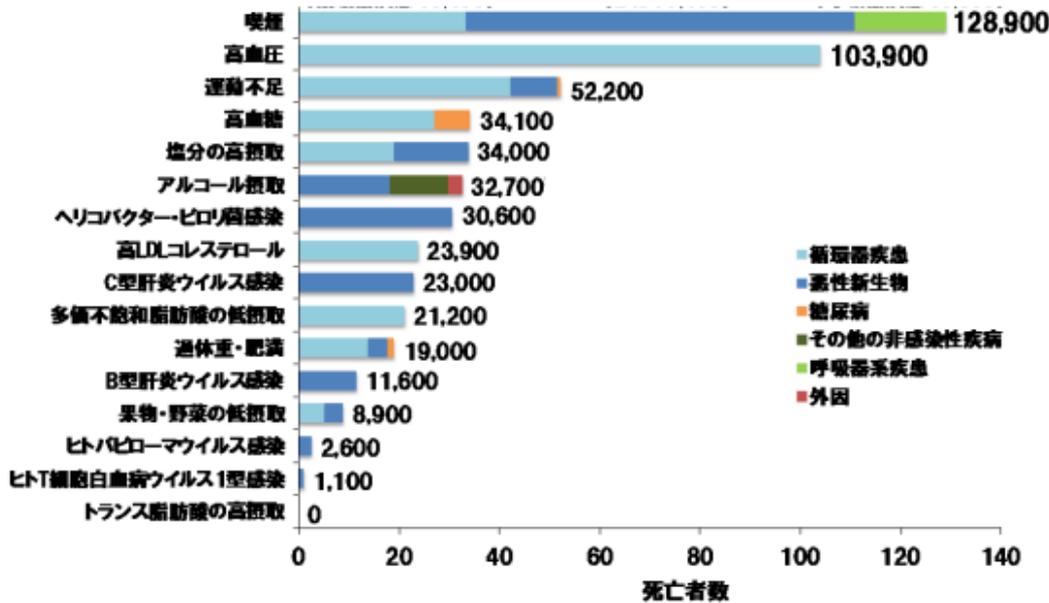
注 生活習慣病は国際会議では適切な翻訳語がないためこのプランではNCDを使用する。



人口減少社会かつ超高齢社会における健康増進対策は、働く世代の負担が極めて高くなるが、定年の延長や高齢者の社会貢献にも期待するためには元気な高齢者が必要となる。

平成 22 年国民健康調査によれば、生活地域、職業、収入、家族構成により健康格差が生ずるが、今後その差がさらに大きくなるとする推計がある。例として低収入の世帯で肥満者がおおく、朝の欠食、運動習慣がない、喫煙者が多いことなど、経済格差で健康に影響が出る。

2007 年のわが国における危険因子に関連する非感染性疾患と外因による死亡数 (男女計)



(Ikeda N, et al : PLoS Med. 2012; 9(1): e 1001160.)

4. NCD危険因子の観点から見た疾病予防

1) 喫煙

喫煙は、心臓病、脳卒中、動脈硬化など循環器疾患、糖尿病、発がん、COPDなどNCDで最大の危険因子である。さらに低出生体重児増加の原因となり、受動喫煙による健康被害が明らかとなり、成人の喫煙率の減少、禁煙希望者への支援、未成年、妊娠中の喫煙をなくす、家庭、職場、飲食店、行政機関、医療機関での受動喫煙の機会をなくすなどがもめられる。がん対策推進基本計画は、がん対策基本法（平成18年法律第98号）にも続き政府が策定するものであるが、前基本計画策定から5年を経て新たな課題に対して平成24年から5年間の方向性を明らかにし、これは6月8日に閣議決定がされた。

この中の、がん予防では、受動喫煙を含む喫煙が種々のがん発生で科学的根拠を持って示された。成人の喫煙率は平成19年24.1%から、平成22年19.5%から減少したが、男性の喫煙率32.2%、若年女子が減少していないなど課題が大きい。受動喫煙の機会を有する割合は、行政機関16.9%、医療機関13.3%あり、職場での受動喫煙をうけている労働者が44%（平成23年）おり、職場での取り組みが遅れている。家庭で日常的に受動喫煙を受けるものが10.7%、飲食店での受動喫煙は50.1%である。禁煙希望者がすべて禁煙を行い、さらに目標を半分にすると家庭での受動喫煙3%、飲食店での受動喫煙15%が目標となる。平成22年閣議決定された新成長戦略工程表のなかで、“受動喫煙のない職場の実現”が目標設定されており、職場での受動喫煙防止の義務規定を決めたかったところであるが、JTや企業側の強い反抗にあって努力義務規定に後退した。しかし、行政機関、医療機関での受動喫煙防止は義務となり、妊婦、未成年のいる家庭での受動喫煙防止は義務となった。現在喫煙中ではあるが禁煙したい人37.6%のすべてに禁煙支援を行うことにより、平成34年度の成人喫煙率目標は12%となる。

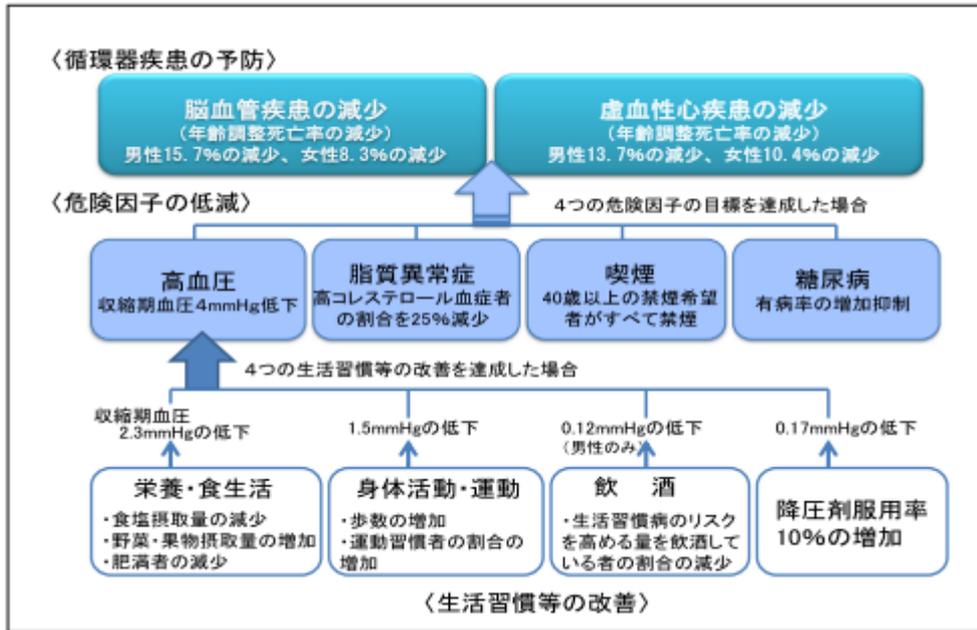


2) 高血圧

高血圧はあらゆる循環器疾患の危険因子で、健康日本 21 での目標には達しなかったが低下傾向にあり、80 歳代までは、lower the better とする目標を設定が妥当である。血圧の諸指標で簡便な指標は収縮期血圧である。

減塩食は血圧を低下させ循環器疾患を低下させる。食塩摂取量は平均 10.6 g (男性 11.4 g、女性 9.8 g) で減少傾向にあるが、8 g 以下を目標とする。収縮期血圧を、塩分 8 g で 2.3 mmHg, 運動で 1.5 mmHg, 飲酒制限で 0.12 mmHg, 降圧剤服用 10% 増加で 0.17 mmHg 合計 4mmHg 低下させる目標を設定する。

循環器の目標設定の考え方



3) 運動不足

身体活動・運動量の低下は、循環器疾患、がんなどのNCDリスクとなる。歩数は、活発な運動指標のひとつである。我が国では、喫煙、高血圧に次いで3位、WHOでは、高血圧(13%)、喫煙(9%)、高血糖(6%)に次いで4位(6%)のリスクとなる。今後、運動不足が高齢者の認知機能、運動機能の低下につながり社会生活機能が失われる。健康日本21の目標で10年間に1000歩増加させることだったが、最終評価で歩数の減少が指摘され1000歩男女とも減少した。厚労省のエクセサイズガイド2006で、週23メッツ・時以上の運動(1日8000-10000歩)を推奨しているが目標に達しない。

4) 糖尿病

糖尿病は、新規透析導入の最大原因であり、失明原因の第2位、心筋梗塞、脳卒中のリスクを2-3倍増加させる。糖尿病有病者は、平成19年には強く疑われる人は890万人、可能性が否定できない人は1320万人、両者を併せると2210万人で、10年前に比べて1.3倍に増えており増加ペースは加速する。このままでは平成35年には1410万人(男性1110万人、女性300万人)と推定されており、1000万人に押さえこむことが目標とされる。

5) アルコール

アルコールの摂取量は近年減少傾向にあるが、アルコールによる死亡原因は第8位であり、死亡以外の有病、障害などを加味したDALYs(disability-adjusted life-years)に換算すると第3位となる。全DALYの男性6.7%、



女性1.3%の負荷になる。そこで、NCDリスクを高める量の飲酒（純アルコール換算男性40g以上、女性20g以上）を超えぬようにする。女性が飲酒による肝障害など臓器障害をおこしやすくアルコール依存症になるまでの期間が短い。多くの先進諸国で許容飲酒量に男女に差をもうけている。喫煙同様、未成年、妊婦の飲酒をなくすことが求められる。

6) 高LDL血症

日本では高いリスクとはいえなかったが、急速な栄養摂取の変化から、脂質異常症は冠動脈疾患の危険因子であり、特に総コレステロール及びLDLコレステロールの高値は日米欧いずれの診療ガイドラインでも、脂質異常症のリスクとなる。日本人を対象とした疫学研究でも、冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは総コレステロール値240mg/dl以上あるいはLDLコレステロール160mg/dl以上からが多い。健康日本21においては、「高脂血症（血清総コレステロール値240mg/dl以上）の者の割合」の50%減、具体的には男性では10.5%から5.2%以下に、女性では17.4%から8.7%に低下させることを目指していたが、平成21年の時点で男性10.4%、女性16.0%であった。平成23年度の最終評価では、「服薬者を含めた高脂血症有病率は悪化した可能性が高いが、国民全体の総コレステロール平均値の悪化はみられなかった」とされたことを踏まえ、健康日本21（第2次）についても引き続き、脂質異常症患者の減少を目指す。

7) COPD

COPDは今回大きく取り上げられた。世界的に見て患者数2億人、年間死亡者は300万人、今後30%増加し、2008年死亡順位4位から2030年3位である。日本ではCOPDによる死亡数は増加傾向にあり、2010年には16293人 死亡順位9位（男性7位、女性16位）である。発症原因は90%たばこ煙で喫煙者の20%にCOPDを発症する。女性は男性より感受性が高いため、発症リスクが高くなる。禁煙による予防と薬物治療の方法もあるので、大多数の患者が、未受診、未治療であり早急に啓発活動が必要である。

8) がん診療(特に検診について)

がん検診受診率は、子宮頸がん・乳がん検診で近年上昇し、年代によっては40%を超えているが、外国と比べると低い。国の指針以外の健診項目を実施している市町村は1000を越えるが、5.28の“がん検診のありかた(方)に関する検討会”では、これら指針で示しているがん種以外のがん検診について問題点を示しつつも次の見直し時期に検討の課題になる可能性も示している。

精度管理が適切の実施できていない市町村が多い。さらにはがん検診を受けるものが40-50%近く職域で受けており、さらに個人で受けるものも多いが、これらについては科学的根拠に基づく健診になるよう促すのが望ましい。これらの検診の受診率や精度管理については系統的に把握する仕組みがないので、法律などにより一元的に管理するシステムを作るべきである。

受診者には、健診受診の手続き簡略化、受診勧奨、職域がん検診の統合、対策型検診、任意型検診の違いの理解、がん検診の弱点を理解してもらうことも重要である。

今後、5年以内に、すべての市町村で精度管理・事業評価を求め、科学的検診を行うことがもとめられる。受診率は50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成することを目標とし、健康増進法に基づくがん検診では、諸外国との比較から40歳から69歳とする（子宮頸がんは20歳から69歳）ことが提案されている。

国は、第3次体がん10カ年総合戦略が平成25年度に終了するので、あらたな総合がん戦略が検討されている。

がん要望には、発症予防からは、喫煙、飲酒、身体活動、体型、諸生活（塩分減少、野菜・果物摂取量増加）、がん関連感染症防止（子宮頸がんワクチン、HTLV-1感染防止、肝炎ウイルス検査体制の充実、未対策割合の



HATORI Yutaka HATORI CLINIC yutaka@hatori.or.jp <http://hatori.or.jp>
TEL044(522)0033 FAX 044(522)0367 ZIP 212-0058 Kawasaki Saiwai-ku, Kashimada 1 1 1 0 - 1

減少) が望まれる。重症化予防では、早期発見、定期的な有効ながん検診、自覚症状があるときの受診勧奨の啓発、がん死亡率を下げるために行う政策としての対策型検診、人間ドックなどの任意型検診があるが、国民へは、健診で必ず見つけられるわけではないこと、寿命を縮めるわけではないがんの診断（過剰診断、過剰治療）などがん検診の不利益も説明することも必要となる。

次世代の健康（少子化、妊娠、出産、育児）、食生活改善、運動療法、ロコモティブ症候群、メンタルヘルス、都道府縣市町村の取り組みについては別の機会に触れたい。

羽鳥 裕 HATORI Yutaka



(医) はとりクリニック

川崎市幸区鹿島田 1 1 1 0 - 1

TEL044-522-0033 FAX044-522-0367

Mail yutaka@hatori.or.jp URL <http://hatori.or.jp>