

第5回 健診・保健指導の在り方に関する検討会

(日 時) 平成24年3月28日(水) 15:00～17:00

(場 所) 厚生労働省9階 省議室

議事次第

- 1 今後の特定健診・保健指導の在り方について
- 2 次期国民健康づくり運動プラン(素案)について
- 3 次期がん対策推進基本計画(案)について
- 4 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(素案)について
- 5 その他

配布資料一覧

資料1 今後の特定健診・保健指導の在り方について（健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ）（案）

資料2 「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」～健康日本21（第2次）～（素案）

資料3 次期がん対策推進基本計画案の概要

資料4 「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」素案

保坂構成員提出資料 公衆衛生・がん対策委員会答申（抜粋）

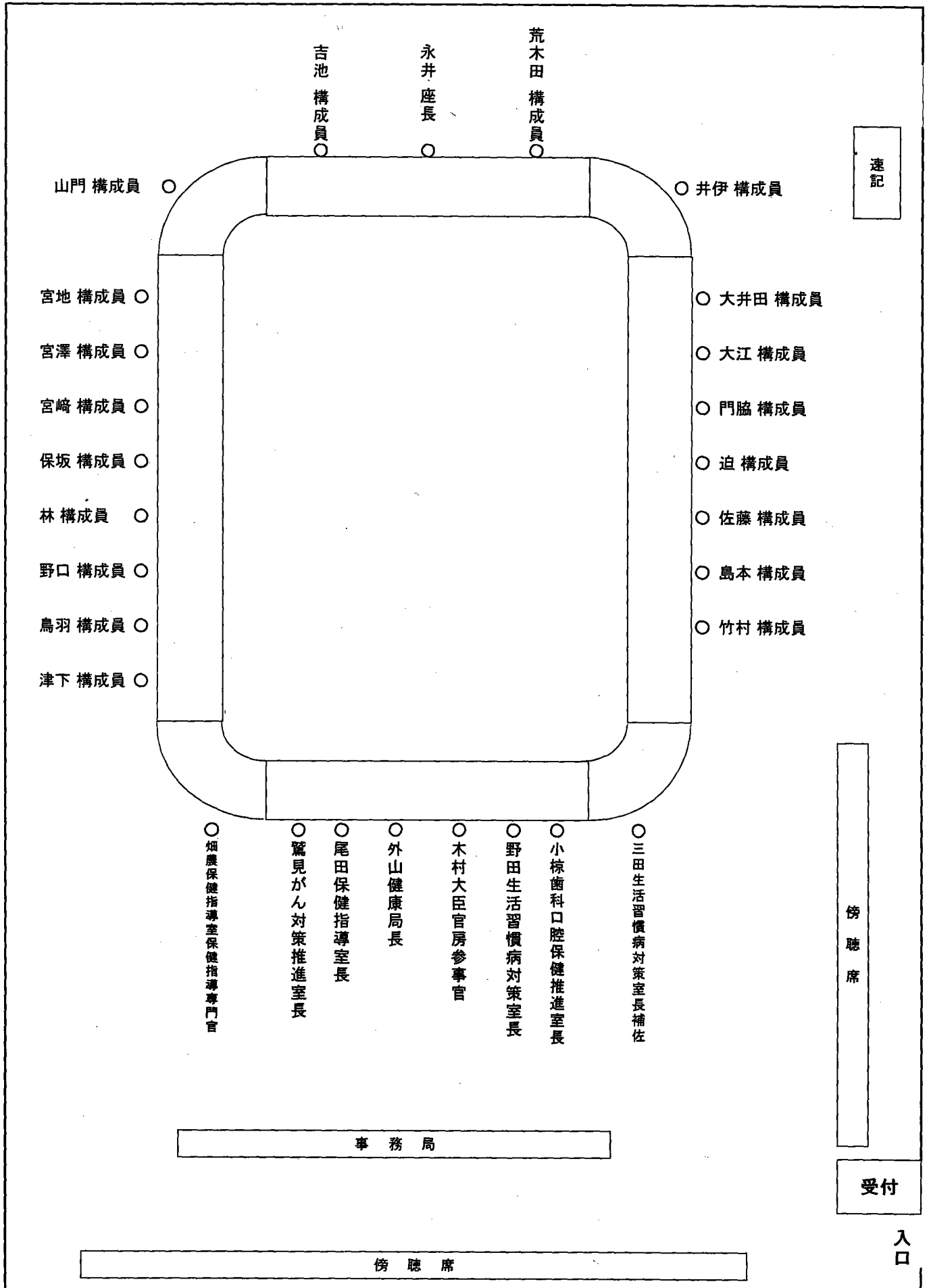
参考資料1 特定健診・保健指導にかかる法令・通知

参考資料2 特定健診・保健指導の現行制度について（標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）より）

「第5回 健診・保健指導の在り方に関する検討会」座席図

日時:平成24年3月28日(水)15:00~17:00

会場:厚生労働省 省議室(9階)



今後の特定健診・保健指導の在り方について
(健診・保健指導のあり方に関する検討会 中間とりまとめ)
(案)

1 はじめに

健診・保健指導の在り方に関する検討会においては、昨年の12月以降、国の健康づくり対策の一環としての健康診断・健康診査、保健指導等のあり方について、専門的な見地からの検討を進め、特に、特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・保健指導」という。）については、制度創設後これまでに蓄積された知見等を踏まえてその主な課題について検討を重ねてきた。

以下、現在までの議論の経緯と当面の対応について取りまとめた。

2 議論の経緯

(1) 現在の特定健診・保健指導の枠組みについて

「内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診を行い、その対象者に生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、糖尿病等の有病者や予備群を減少させる」という目的の現在の特定健診・保健指導制度の在り方について議論があった。

- 現在の制度を評価する観点からは、次のような意見があった。
 - ・ 国民の間にメタボリックシンドロームの概念が浸透し、認知度が高まったことは特定健診・保健指導の成果である。
 - ・ 医療費削減のためのアプローチとして、内臓脂肪肥満を減少させることが効果的であるという考え方に基づく現行制度は推進すべきである。
 - ・ この制度の導入により保健指導が注目され、保健指導の効果は確実にあがっている。
 - ・ 保健指導を系統立てて行うようになったことや、医療保険者が健診や保健指導に取り組むようになったことは、現制度の良かった面である。
 - ・ マンパワーなどが限られた中では、生活習慣が改善しやすく指導目標が立てやすいメタボリックシンドロームに着目した現行制度は効果的である。
 - ・ 現行制度の下で生活習慣の改善効果などのデータが蓄積されているところであり、当面はデータの蓄積に努めるべきである。
- 一方、現在の制度に対する問題提起として、次のような意見があった。
 - ・ 受診率が低く、制度として定着しているとは言えない。受診率が低いと、健診でスクリーニングできる者が限られ、個々人のデータが蓄積されないという問題がある。

- ・ メタボリックシンドロームに着目しているために、心疾患イベントのリスクが高い者への対応が不十分であり、循環器疾患の予防の観点からは、軽症の高血圧や、非肥満でリスクを有する者への介入も検討すべきである。
- ・ 健診項目等は対象者の性別や年齢ごとに細かく見ていくことが必要。高齢化も踏まえ、認知症、歯周病、眼科疾患、うつ等の QOL 阻害要因となる疾患への対応についても広く議論すべきである。

(2) 特定健診・保健指導における腹囲基準の在り方について

特定健診においては、腹囲を測定し、特定保健指導の対象となる者を選別・階層化する上でのスクリーニングの第一基準として用いているが、これについて、国際糖尿病連合（IDF）が暫定的に示した新たなメタボリックシンドロームの判定基準において腹囲が判定要素の一つとされていること等を踏まえ、検討を行った。

- 腹囲を階層化の第一基準としていることについて、評価する観点からは次のような意見があった。
 - ・ 腹囲は、スクリーニングの手段として重要であり、メタボ対策として生活習慣への介入に先進的に取り組んでいる以上、必ずしも国際暫定基準にとらわれる必要はない。
 - ・ メタボリックシンドロームの原因である内蔵脂肪に着目した現在の枠組みは、保健指導等の現場では使いやすい考え方である。
 - ・ 非肥満者に対する保健指導は、選択肢や手法の面で介入が必ずしも容易ではなく、リスクの種類に応じた対応が求められる。
 - ・ 肥満者が欧米より少ない日本では、内臓脂肪型肥満という質的な側面を考慮して管理する現行制度は有効である。
- 他方で、腹囲を第一基準としていることについて、次のような問題提起があった。
 - ・ 国際的な動向として、腹囲が第一基準ではなく、判定基準の一つとして扱われるようになっていることは、尊重すべきである。
 - ・ 腹囲を第一基準とすることで、特に女性の特定健診受診の意欲を失わせている。また、現行の階層化基準では、特定保健指導の対象となる女性が少なく、女性が保健指導を受ける機会が限定される。
 - ・ 腹囲を第一基準とせず、判定基準の一つとする方が、保健指導対象者が増えるので適切である。
 - ・ 腹囲を BMI に置き換えた場合や、腹囲を判定基準の一つとした場合にどのような違いが生ずるのか、検証すべきである。
- また、現行の腹囲の判断基準（男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上）は、絶対リス

クでみた基準であり、相対リスクからは男性 85 cm、女性 80 cm となるため、女性の基準を腹囲 80 cm に引き下げるという考え方もありうるとの意見もあった。

- 特定健診において腹囲を測定すること、あるいは腹囲を階層化の第一基準とすることについては、重要なテーマであり、必要なデータの収集や研究を進めるとともに、そのデータ等に基づいて引き続きその在り方について検討することが必要であるということとなった。

(3) 現在特定保健指導の対象となっていない者への対応について

特定健診の結果、腹囲又はBMIの基準に該当しないため特定保健指導の対象とならない者のうち、血圧、血糖、脂質、喫煙等のリスクがある者への対応の在り方について検討を行った。

検討に当たっては、第2回検討会では有識者からヒアリングを行い、第3回・第4回検討会では事務局の提案資料に基づき、議論した。

- 現在特定保健指導の対象となっていない非肥満者のうち、高血圧、高血糖、高脂質、喫煙といったリスクを有する者への対応の在り方について、まず、これらの者に対して何らかの対応が必要であることについては異論がなかった。
- また、具体的な対応の在り方については、次のような様々な意見があった。
 - ・ 現行制度を維持することを基本として、コストを考慮した上で、非肥満者でリスクのある者への介入の在り方を検討すべきである。
 - ・ 特定保健指導の対象に含めて医療保険者の義務としてやるのか、一般衛生部門でやるのか、整理が必要である。
 - ・ 特定保健指導の種類を増やすと、現場では元々の特定保健指導の対象者への対応が不十分となる可能性が考えられる。
 - ・ 保険者による情報提供の実態や、自治体における特定保健指導の対象とならない者への保健指導の取組状況を把握した上で検討すべきである。
 - ・ 薬物治療の意義がより高い層であり、受診勧奨を徹底して、保健指導と医療とが連携して取り組むべきである。
 - ・ 受診勧奨が必要な対象者は医療にきちんとつなげることが大切である。
 - ・ 肥満、非肥満に関わらずリスク保有者を対象として健診受診や生活習慣改善の重要性を啓発するポピュレーションアプローチの役割が重要であり、このような取組をきちんと評価すべきである。
 - ・ 非肥満のリスク保有者に対しては、実効性を高めるために標準的プログラムの中でもう少し踏み込んで書くべきである。
 - ・ 軽度高血圧の者は受診しても薬を飲まない者やそもそも受診しない者が多い。現在の標準プログラムの表記だと、意識の高い自治体等は取り組むが、他の団体

では全く取り組まないという実態にある。このため、少なくとも何らかの保健指導を義務付けるか、あるいは確実に受診勧奨を行うかの対応が必要である。

- ・ 情報提供が一律に健診結果を送るだけにとどまっているところもあるので、対象者個人の健康状態を認識させることが本来の情報提供であることなどを「標準的な健診・保健指導プログラム」（以下「標準プログラム」という。）に整理するとともに、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の中でも情報提供の在り方について、丁寧に示すべきである。
- さらに、保健指導を行う場合の内容については、次のような意見があった。
 - ・ 非肥満者に対する保健指導を保険者に義務付ける場合には、効果についてエビデンスのあるプログラムが必要である。また、6ヶ月後の評価をどうするのか（血液検査等を実施するか）も課題である。
 - ・ 非肥満者への保健指導は肥満解消のプログラムとは異なり、病態を捉えた個別の対応が必要となる。すぐに検査や投薬ができない保健指導の枠組みの中でどのような対応ができるか整理が必要である。
 - ・ 非肥満者への保健指導に伴うリスクが不明であるため、介入研究のデータに基づいて検討することが必要である。
 - ・ 非肥満でリスクのある者は、肥満者と違ってリスクが表出していないため、動機付けが難しい。
- 事務局から提案した、血糖、血圧、脂質についてのリスクに応じた対応の指針となる内容を標準プログラムに盛り込むことについては、その方向性についてはおおむね了承を得た。

（４）特定保健指導の在り方について

① ポイント制について

「積極的支援」の3ヶ月以上の継続的な支援において、ポイント制が導入され、支援Aで160ポイント以上、支援Bで20ポイント以上の合計180ポイント以上の支援を行うことが必須とされていることについて検討を行った。

【事務局の提案】

- ・ ポイント制の効果について、引き続き研究によりデータの蓄積を行い検証していく。
 - ・ ただし、積極的支援における支援A（積極的関与）、支援B（励まし）については、支援Bの必須（20ポイント以上）を外し、「支援Aを160ポイント以上、合計180ポイント以上」を新たな要件とする。
 - ・ また、ポイント制については、現在も柔軟な対応が可能であることを明記するとともに、事例集や研修を通して周知を図る。
- 積極的支援のポイント制について、評価する観点からは次のような意見があった。

- ・ 対象者の行動変容に至るまでには継続的に働きかけることが重要であり、一定量の継続支援の実施を担保するため、一定の目標を立てる仕組みが必要である。
- ・ 保健指導の最低限の質の担保としてポイントの算定が必要である
- ・ 特定保健指導を委託する場合の尺度としてもポイント制は必要である。

○ 他方で、ポイント制について、次のような問題提起があったが、事務局の提案については、おおむね了承を得た。

- ・ 行動変容が容易でない壮年期の男性には、支援を継続するための励ましや共感（支援B）も重要である。
- ・ 現場ではポイント制の枠にとらわれた保健指導が行われ、ポイントをクリアするための支援計画が対象者から拒否され、特定保健指導の実施率等に影響しているため、柔軟性が持てるようにすべきである。
- ・ 特定保健指導を受ける側がポイント制をどう感じているのかの観点も必要である。
- ・ 必ずしもポイントの多寡によらずに改善結果を出しているところや、ポピュレーションアプローチで効果を上げているところもあり、様々な保健指導の可能性が考えられる。
- ・ 保健指導による改善状況は個々人で異なることから、ポイントによるプロセス評価だけでなく、アウトカム評価の視点を取り入れていくことが必要である。

② 初回面接者と6か月後に評価を行う者との同一性について

特定保健指導の積極的支援において、初回面接者と6ヶ月後の評価者を同一者としていることの必要性についての検討を行った。

【事務局の提案】

- ・ 特定保健指導の初回面接者と評価者は同一であることが望ましいが、初回面接から継続支援及び評価までを同一機関で実施する場合など、保健指導実施者間で、情報共有を十分に行える環境がある場合には、初回面接を行った者以外の者が評価を行ってもよいこととする。

○ 初回面接者と評価者を同一としていることについて、次のような意見があり、事務局の提案についてはおおむね了承を得た。

- ・ 保健指導のプロセスを検証する観点からは担当した者が自ら評価を行うことが重要である。
- ・ 保健指導のやりっ放しにしないことが保健指導の質の担保になるので、初回面接者と評価者については、原則は同一であるべきである。
- ・ 情報共有を十分に行える環境にあるなど一定の要件下で同一者でなくてもよいとすることが、現実的な対応である。
- ・ 成果を客観視できるように記録や情報の共有化を図り組織・チームとしてフィードバックすることは、保健指導全体の資質向上や仕組みの改善につながる。

③ 血圧・喫煙のリスクに着目した初回面接の在り方について

血圧・喫煙のリスクに着目した保健指導は、生活習慣病を予防する観点から重要であり、健診の機会を捉えて早期に保健指導を実施することが望ましく、その際の初回面接の考え方として

- ・ 全ての検査結果が出てから行動計画・行動目標を策定する必要があるか(特定健診当日に判明するリスクに着目して保健指導を行い、後日、全ての健診結果が判明してから行動目標・行動計画を見直すことを認めてよいか。また、見直す際、対面による保健指導が必須か。)
- ・ 特定保健指導の2年目以降の初回面接についての考え方について議論を行った。

- 血圧・喫煙のリスクに着目した保健指導を早期に実施することについて、評価する観点からは次のような意見があった。
 - ・ できるだけ早期に面接を行うことは、問診・行動変容ステージの確認や、信頼関係を築く上でのプラスとなり重要である。
 - ・ 事業所によっては改めて保健指導の機会を確保するのが難しい現状の中で、特定健診当日の意識が高いうちに動機付けを行うことは重要である。
- しかし、全ての検査結果が出る前に行動計画・行動目標を策定し、後日電話等で補完するという提案については、次のような意見があり、了承は得られなかった。
 - ・ 複数のリスクの集積結果を踏まえて指導することで、対象者が体の中で起きていることの具体的なイメージがわき、保健指導の効果が上がる。
 - ・ 血糖値などの結果により、血圧の管理の保健指導も変わるので、血圧、喫煙以外のリスクが分からない段階で、最終的な保健指導はできない。
 - ・ 電話による(2回目の)保健指導は、初回面接の一環としての保健指導としては不十分になるおそれがあるので、全ての検査結果が出てからも対面でやるべきである。
- ただし、2年目以降の初回面接については、次のような条件の下で、2回目は電話での指導により補完できるようにするとの提案については、おおむね了承が得られた。

<条件>

- ◇ 前年度に特定保健指導を受けて、メタボリックシンドロームや生活習慣改善について理解できており、体重を減量(又は維持)できた者であること
- ◇ 健診当日の高血圧、喫煙の保健指導を対面で実施していること
- ◇ 行動目標・計画の大幅な変更が必要ないこと

- また、禁煙指導については、喫煙リスクのみで指導すると健診そのものに対する抵抗感が高まり、継続受診や保健指導への影響が懸念されとの指摘もあったが、早期の禁煙指導の重要性を強調すべきことについては、おおむね意見の一致をみた。

(5) 特定健診における健診項目について

特定健診・保健指導制度の検診項目については、標準プログラムにおいて「知見を集積し、必要に応じて見直しを行う必要がある」とされている。このうち、制度創設時に必須健診項目としての導入が見送られた血清クレアチニン検査の必要性について、有識者から次の点についてヒアリングを行った上で、議論を行った。

- ・ CKD（慢性腎臓病）は心血管イベント発症や生活習慣病の発症・悪化の原因といえるか。
- ・ 生活習慣改善を目的とした保健指導はCKDに対して有効か。
- ・ 尿蛋白のみの測定ではなく、血清クレアチニン値を追加測定する必要性はあるのか。
- ・ 血清クレアチニン検査を行うことで、心血管イベント抑制効果、人工透析低減効果、国民医療費抑制効果があるのか。

- 特定健診の健診項目として、血清クレアチニン検査を追加することの必要性については、次のような議論がなされ、検討会としては健診項目に追加すべきとの結論になった。
- ・ CKDのスクリーニングとしては、尿蛋白の方がより重要である。
 - ・ CKDの病期（ステージ）の指標となるeGFR（推算糸球体濾過量）は実測値と比べてばらつきが大きく、腎機能に問題がない者を多く拾い過ぎている。
 - ・ 心血管疾患のスクリーニング項目として入れるべきである。
 - ・ eGFRはあくまでも推算値であり実測値でないこと、計算式に年齢が加味されていることを踏まえる必要がある。
 - ・ eGFRの限界を十分に理解した上で受診者に説明する必要がある、保健指導で安易に薬物治療を指導すべきではない。
 - ・ 保健指導判定値、受診勧奨値については、性、年齢、体格等を加味して検討すべきである。
 - ・ 尿蛋白は腎イベントの早期発見の指標にもなるが、eGFRの場合では、糖尿病性腎症の早期には、正常、または高値をとることに問題がある。
 - ・ 保健指導が人工透析の減少に直接有効であったというデータはないが、保健指導対象者にeGFRを説明することにより、血糖、血圧のリスクコントロールの意識が高まり、保健指導の動機付けとして有効である。
 - ・ CKDの診断が加われば、原因疾患を踏まえた栄養指導ができる。

- ・ クレアチニンの表記を小数点以下一位までとする場合に、eGFR の誤差が大きくなるという点、腎機能低下の原因を考慮する必要性、保健指導の方法、クレアチニンと尿蛋白を同時に測定する必要性については議論が必要である。

(6) その他の意見について

そのほか、議論の過程では健診・保健指導の在り方に関する意見として次のような意見が出されたところであり、今後、これらについても引き続き必要に応じて議論を行うことが重要である。

- ・ 広く国民の健康の維持・向上に資するためには、健診項目等を含め、健診・保健指導がどうあるべきかを改めて検討することが必要である。
- ・ ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの効果的な組み合わせを検討する必要がある。
- ・ 未治療者への支援をどうするかが重症化予防という意味から重要な課題である。
- ・ 市町村保健師の保健指導への効果的・効率的な業務量の配分・投入の在り方について議論すべきである。
- ・ 健康関係の指標は30歳代から変化するため、30歳代からの健診・保健指導についても考えるべきである。
- ・ 若い女性のやせの問題は、基本的生活習慣がしっかりしていない可能性が非常に高く、次世代への影響もあることから、しっかりと対処していく必要がある。
- ・ データに基づく分析・研究が可能となるよう、今後もきちんとデータを取れるようにしておくことが重要である。
- ・ 健診結果の通知は、それ自体が健診の重要な一部分であり、本来、医師等が直接本人に測定数値の意義や留意点を伝えるべきであるという点を再度認識すべきである。
- ・ 受診率向上に向け、被保険者に特定健診受診への強制力を働かせる仕組みを考える必要がある。
- ・ 健診受診の中断者の中から重症例が非常に多く出ているため、「健診受診率」のみならず「健診リピーター率」「中断率（継続受診率）」も評価するとともに、少しでも健診に関心を持たせるような仕組みが重要である。
- ・ 受診勧奨の対象であるのに未受診の者は、医療保険者であればレセプトで把握が可能なので、単年度でなく3年間の健診・受療状況を確認し、しっかりと受診勧奨する仕組みを丁寧に書き込むべきである。
- ・ 健診に新たな項目を取り入れるとしても、ハイリスクアプローチでの対処が十分に行えないのであれば、健診項目を増やすのではなく、問診票の項目を増やすこととすべきである。
- ・ 健診にコストをかければそれなりの効果は出せるが、コストの現実性も考慮すべきである。
- ・ 社会経済的問題によって、健診の受診機会が低下することがないよう、市町村

としても実施に当たって留意すべきである。

3 当面の対応について

本検討会では、健診・保健指導の在り方として、特に、特定健診・保健指導制度について、国民の健康の維持向上の観点から、これまでに蓄積された知見等を踏まえ、制度として見直すべき点はないか検討を行ってきた。

これまでの議論では、制度の骨格に関わる点についても活発な議論がなされ、特定健診・保健指導制度は、生活習慣病予防対策として効果があるものの、循環器疾患の発症リスク等の観点からは、内臓脂肪型肥満に着目している腹囲の扱いについての検証が必要であること、また、現在、特定保健指導の対象となっていない者のうち、リスクを有する者への丁寧な対応が重要な課題であること等については、検討会として共通の認識が醸成された。

また、今後は、特定健診・保健指導制度を始めとした健診・保健指導について、国民の健康を維持向上させるという観点から、客観的なデータや明確な知見に基づいて、根本から議論を行い、その結果を制度に反映することを求めて行くべきとの結論に達した。

このような前提の下で、現段階において、これまで検討会で醸成された共通認識に基づいて考えられる対応策について、「当面の対応」として取りまとめた。

(1) 現在の特定健診・保健指導の枠組み及び腹囲の基準について

- これまでの研究から、内臓脂肪型肥満に着目した現行制度の下、腹囲を第一基準とした階層化によって選別された対象者への特定保健指導が生活習慣改善の効果をあげている可能性があることが分かった。
- 一方で①循環器疾患の発症リスク、②健診受診率の向上、③国際的な動向といった観点から、現在の特定健診・保健指導の枠組み、特に、腹囲を特定保健指導対象者を選別するための第一基準として用いていることに関し、早急な見直しを求める意見も含めて様々な意見が出された。
- しかしながら、知見やデータの蓄積等の状況が、内臓脂肪型肥満に着目した特定健診・保健指導制度の枠組みを方向変換するといった明瞭な結論づけを行うには不十分であることから、今後、腹囲基準を含めた制度の在り方について、国際的な動向も踏まえた上で、客観的なデータや明確な知見に基づいた議論が行えるよう、データの蓄積を進めるとともに、計画的に研究・調査を行う必要がある。

(2) 特定保健指導非対象者への対応について（別添1）

- 現在特定保健指導の対象となっていない者への個々のリスク（血圧、血糖、脂質、喫煙）に着目した対応の必要性について検討会で共通認識が得られたことを踏まえ、当面の方策として、対応すべきリスクを放置してはならないとの

認識の下、特定保健指導の非対象者への対応が一定の考え方に沿って適切に行われるよう、できる限りの定型化を図った上で、これを指針として標準プログラムに示す。

- 具体的には、各学会のガイドライン等に基づいて、健診結果に基づくリスクの大きさも勘案して整理した表を参考として盛り込むとともに、次のような考え方を示す。
 - ・ 医療保険者、事業者、市町村等は、特定保健指導の対象とならない者についても、各ガイドラインや別表を参考にして、保健指導の実施や医療機関に確実に受診させるなど、健診で明らかとなった対応すべきリスクの程度に応じて、きめ細かく適切な対応を行う。
- なお、表については、別途有識者による検討を行うものとする。

(3) 情報提供の在り方について

- 健診受診者に対する、いわゆる「情報提供」の実施方法や支援内容については、現在も標準プログラムで考え方が示されているものの、保険者によっては画一的な健診結果の提供のみに終わっているものもあるとの指摘も踏まえ、標準プログラムにおいて情報提供の重要性を強調するとともに、医療保険者等に具体的な取組みの例を示す。
- すなわち、情報提供については、対象者に対して健診結果に基づいた生活習慣の改善についての意識づけを行うこと、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者には受診や服薬の重要性を認識させること、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識させることなどの目的を有することを再認識させると共に、これらを満たす内容であるべきことを示す。

(4) 受診勧奨の徹底について

- 標準プログラムでは、医療機関への未受診者や治療中断者に対して受診や治療継続の必要性を指導することの重要性について示しているが、さらに、受診勧奨後の医療機関への受診状況の確認を含めて指導を徹底し、必要な対象者を確実に医療につなぐことが重要であることを示す。
- 特に、現在特定保健指導の対象とならない者のうち、受診勧奨レベルにある者に対しては、医療機関への受療行動に確実に結びつくような情報提供が必要であることから、通知等の送付だけにとどめるのではなく、面接等により受診を促すこと、またその後の受診確認を行い、必要に応じて継続的に支援することが重要であることの考え方も示す。

(5) 健診項目の見直しについて

- 特定健診の健診項目として、血清クレアチニン検査を追加することが望ましいとの結論に至ったことを踏まえ、どのような対応が可能か、今後、国において、特定健診の実施主体たる保険者などとの協議調整に努めることを求めるものとする。
- また、あわせて、尿蛋白に加えて血清クレアチニン検査を行うことによる心血管イベント抑制・人工透析低減・国民医療費抑制等の効果、血清クレアチニン検査における保健指導判定値、受診勧奨値、保健指導を行う上での留意点等、尿蛋白検査に係る受診勧奨値・保健指導値の設定の可否等についても更に検討していく。

(6) 特定保健指導の在り方について

① ポイント制について

- 積極的支援における3ヶ月以上の継続的な支援について、特定保健指導の実施状況を評価するために導入しているポイント制については、維持する。
- ただし、保健指導の柔軟性を高めるために、支援A（160ポイント以上）、支援B（20ポイント以上）を必須とし合計180ポイント以上としている取扱いについては、支援Bは励ましや共感として重要な支援であることを踏まえつつ、支援Bを必須条件から外し、支援Aのみで180ポイントを達成してもよいこととする。
- また、保健指導のさまざまな手法について、事例集や研修を通して周知を図るとともに、今後も引き続き、特定保健指導とポイント制の効果についての検証を行い、ポピュレーションアプローチの効果を含めたアウトカム評価の可能性などについて検討を行うこととする。

② 初回面接と6ヶ月後に評価を行う者との同一性について

- 対象者との信頼関係の形成や保健指導のプロセス評価等の観点から、初回面接と6ヶ月後の評価は同一者とするを原則とする考えを示した上で、保健指導実施者間で十分に情報共有ができ、チーム・組織としての統一的な評価方法が構築されているなどの環境が整備されている場合には、初回面接を行った者以外の者が評価を行ってもよいこととする。

③ 血圧・喫煙のリスクに着目した初回面接の在り方について（別添2）

- 血圧、喫煙は循環器疾患の発症リスクとして重要であることから、健診当日からの対応を含め、特定保健指導における取組を強化する。
- また、血圧、喫煙に対する保健指導を充実させることと併せ、保健指導の効率的な実施の観点から、これまでにすでに特定保健指導を受けた経験がある者の2年目以降の初回面接についての考え方を見直すこととする。

〔表〕血糖、血圧、脂質の検査値および喫煙に応じた対応（案）

肥満 血圧・血糖・脂質	肥満あり		肥満なし
	腹囲(※1)+リスク2以上(※2)	腹囲+リスク1つまで	
Aゾーン		(腹囲のみ)肥満改善、生活習慣病予防に関する情報提供	一般的な健康づくり情報の情報提供
Bゾーン	特定保健指導<積極的支援>	特定保健指導<動機付け支援>	当該疾患についての情報提供
Cゾーン	特定保健指導<積極的支援> (6ヶ月評価時に該当項目について再確認が望ましい)	特定保健指導<動機付け支援> (6ヶ月評価時に該当項目について再確認が望ましい)	当該疾患に関わる生活習慣改善指導(面接)、医療機関受診
Dゾーン	すぐに受診 または、医師と連携して特定保健指導<積極的支援>を実施後医療機関管理	確実な受診勧奨 または、医師の判断で積極的支援相当の保健指導をすることも可	確実な受診勧奨、受診の確認、医療機関管理

Aゾーン：今のところ異常なし

Bゾーン：血糖正常高値・境界型、血圧正常高値。保健指導を実施する。

(ただし、B'ゾーンはCゾーンと同様の対応を行う。)

Cゾーン：学会診断基準では「疾患」と判定されるが、比較的軽症であり、薬物療法よりも生活習慣改善を優先するもの。保健指導を積極的に行うべきである。

【方法①】面接を伴う保健指導を3～6ヶ月実施したあと、該当項目について検査をおこなう。この評価で十分な改善が認められない場合、又は保健指導が実施できない場合には、医療機関による管理(受診勧奨)とする。

【方法②】医療機関においては、生活習慣管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養指導料を活用して、保険診療として生活習慣改善指導をする。

Dゾーン：医療管理下におくことが必須なもの。

食事・運動療法も大切ではあるが、薬物治療を要すると考えられる状態。

原則として保険診療対象者であり、生活習慣管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養指導料を活用する医師との連携のもと、保健指導機関において積極的支援を併用することが可能である。(ただし薬物治療中の場合には「特定保健指導」に該当しない。)

※1 腹囲が男性 85cm、女性 90cm 未満の場合でも、BMI が25以上であれば肥満と判定される。この場合は、リスク3つ以上が表中の「腹囲＋リスク2以上」、リスク1又は2が「腹囲＋リスク1つまで」と同等の扱いになる。

※2 喫煙は独立した循環器疾患のリスク因子であるので、上記の表にかかわらず、禁煙指導については、別途保健指導を行うことが必要である。特定保健指導では、血圧、血糖、脂質のリスクの1つ以上ある場合にのみ、喫煙歴がカウントされる。

<学会基準等に基づく検査値分類>

1. 血圧

収縮期 拡張期	～129	130～139	140～159	160～
～84	A	B	C	D
85～89	B	B	C	D
90～99	C	C	C	D
100～	D	D	D	D

2. 血糖、HbA1c

	A	B	B	C	D
FPG	～99	100～109	110～125		126～
HbA1c (%)	～5.1	5.2～5.5	5.6～6.0		6.1～

Dゾーンでは、眼底検査、eGFRを実施し、合併症に留意すること。

3. 脂質

	A	B	C	D
トリグリセライド	<150		150～299	≥300
LDL	120		140	(≥180)

※ あわせて、市町村、医療保険者、事業者等が特定保健指導非対象者への対応に取り組む場合に、根拠となる条文を参考として示す。

特定健診実施後の高血圧、喫煙者に対する対応について

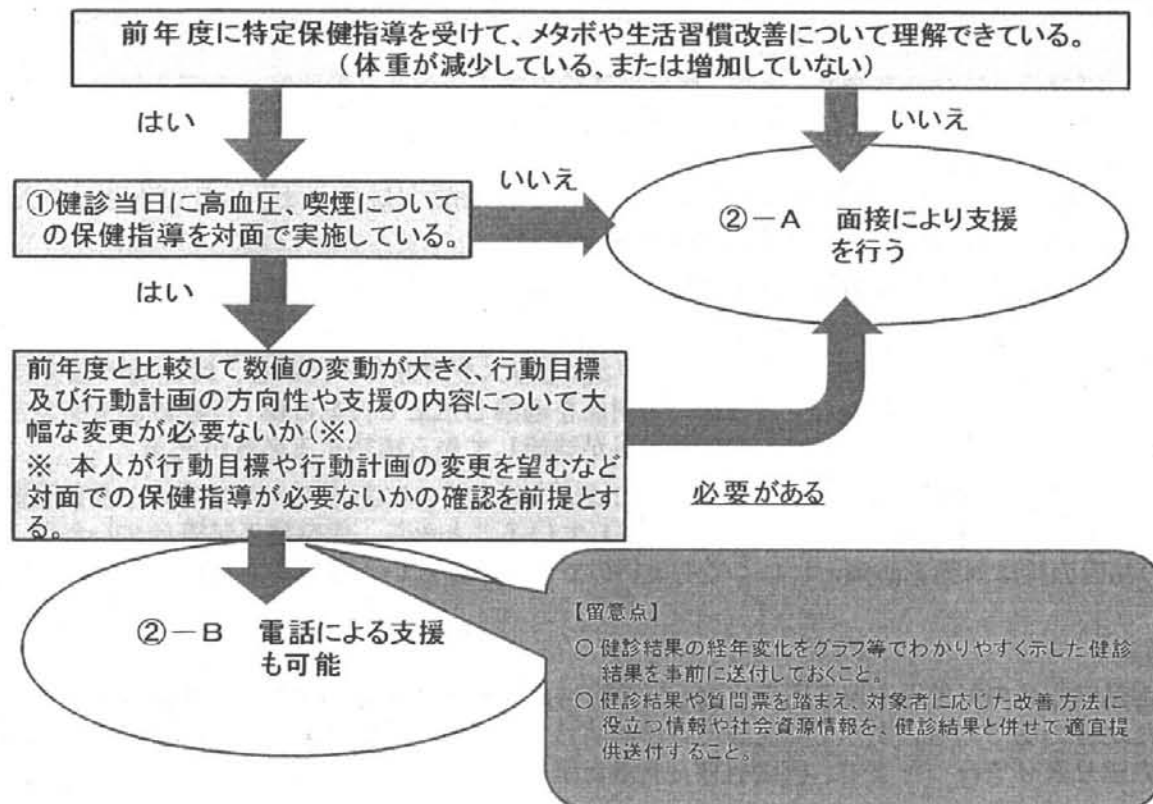
【考え方】

- 血圧、喫煙のリスクの有無は、通常、特定健康診査での計測及び質問表への記入により、その場で判明する一方、血液検査などその他の健診結果が本人に通知されるまでには期間を要している実態（※）にある。
 ※ 被用者保険では3ヶ月以上4ヶ月未満が最も多く、市町村国保では2ヶ月以上3ヶ月未満が最も多い。（特定健診・保健指導の保険者調査より）
- 血圧及び喫煙のリスクに着目した保健指導は、生活習慣病を予防する観点から重要であり、対象者の行動変容をもたらすためには、早期に機会を捉えて実施することが望ましい。
- 他方で、初回面接では、対象者が、健診結果によるリスクの保有状況から、代謝等の自身の身体に起こっているメカニズムと生活習慣との関係を理解した上で行動目標・行動計画を策定する必要があるため、原則としてすべての健診結果が判明してから実施する必要がある。
- また、前年度にも特定保健指導を受けた者については、すでに身体のメカニズムと生活習慣との関係や生活習慣改善の必要性等について理解していることから、信頼関係が築けていれば、2年目の初回面接は対面を必須としなくてもよいのではないかという意見もある。

【対処方針】

- 特定保健指導の対象となりうる者に対し、健診当日に血圧や喫煙に着目した保健指導を対面で行った場合であっても、すべての健診結果が判明してから改めて、対面により、健診結果や生活習慣の振り返りを行った上で、行動目標・行動計画を策定することが必要である。
- ただし、健診当日に血圧や喫煙に着目した保健指導を対面で実施した対象者で、前年度に同一の機関から保健指導を受けており、メタボリックシンドロームや生活習慣改善について理解できており、~~（中略）~~健診の結果、各検査数値が大幅に悪化しておらず、行動目標及び行動計画の方向性に大幅な変更を必要としないと判断しうる場合については、健診結果がすべて判明してからの保健指導は、対面によらなくてもよいこととする。ただし、本人が行動目標、行動計画の変更を望むなど、対面による指導が必要な場合にあってはこの限りではない。
- また、人間ドック健診等、全ての健診結果が健診当日に判明している場合には、健診当日に初回面接としての対面での検診結果の説明、生活習慣の振り返りとともに行動目標・行動計画の策定をしてもよいこととする。
- なお、禁煙指導については、健診の受診が禁煙の動機付けを促す機会となるよう、対象者の禁煙意向を踏まえ、喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行い、禁煙したい喫煙者には、禁煙外来や地域・職域で実施される禁煙指導、薬局・薬店等を紹介するよう努めるべきであることを標準プログラムに記載する。
- さらに、血圧及び喫煙に着目した保健指導は、特定保健指導の対象者となりうるか否かに関わりなく実施すべきものであることについても、標準プログラムに記載する。

特定保健指導の2年目以降の初回面接についての考え方(案) (イメージ)



平成 24 年 3 月 19 日

「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」**～健康日本 21（第 2 次）～****（素案）**

この方針は、二十一世紀の我が国において少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、中年期等の人の生涯における各段階をいう。以下同じ。）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現することができるよう、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事項を示し、平成二十五年度から平成三十四年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第 2 次））」（以下「国民運動」という。）を推進するものである。

第一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向**一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小**

我が国における高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、生活習慣病の予防及び社会生活を営むために必要な機能の維持・向上等により、健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間をいう。以下同じ。）の延伸を実現する。

また、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差（地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差をいう。以下同じ。）の縮小を実現する。

二 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）

がん、循環器疾患、糖尿病及び COPD（慢性閉塞性肺疾患をいう。以下同じ。）に対処するため、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防（生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等の発症を予防することをいう。）に重点を置いた対策を推進するとともに、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進する。なお、国際的にも、これらの疾患は重要な NCD（非感染性疾患をいう。以下同じ。）として対策が講じられているところである。

三 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

自立した日常生活を営むことを目指し、若年期から高齢期まで、全てのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上に取り組む。

また、生活習慣病を予防し、又はその発症時期を遅らせることができるよう、子ど

もの頃から健康な生活習慣づくりに取り組む。さらに、働く世代のストレス対策等により、ライフステージに応じたところの健康づくりに取り組む。

四 健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、国民の健康を実現するためには、社会全体としても健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要である。このため、行政のみならず、広く国民の健康増進を支援する民間団体等の積極的な参加協力を得るなど、国民が主体的に行うことのできる健康増進の取組を総合的に支援していく環境を整備する。

また、地域や世代間の相互扶助など地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的又は精神的にゆとりのある生活を確保できない者や、健康づくりに関心のない者なども含めて、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備する。

五 食生活、運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

上記一から四までの基本的方向を実現するため、国民の健康の増進を形成する基本要素となる食生活、運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が重要である。生活習慣の改善を含めた健康増進の取組を効果的に推進するためには、乳幼児期から高齢期までのライフステージや性差、社会経済的状況等の違いに着目し、それぞれの対象ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

その上で、その内容に応じて、生活習慣病を発症する危険度の高い集団への働きかけを重点的に行うとともに、社会環境が国民の健康に影響を及ぼすことも踏まえて、地域や職場等を通じて国民全体への働きかけを進める。

第二 国民の健康の増進の目標に関する事項

一 目標の設定と評価

国は、国民の健康増進について全国的な目標を設定し、広く関係者等に対してその目標を周知するとともに、継続的に健康指標の推移等の調査及び分析を行い、その結果に関する情報を還元することにより、関係者をはじめ広く国民一般の意識の向上及び自主的な取組を支援するものとする。

健康増進の取組を効果的に推進するため、具体的な目標の設定に当たっては、健康づくりに関わる多くの関係者が情報を共有しながら、現状及び課題について共通の認識を持った上で、課題を選択し、科学的根拠に基づいた実態の把握が可能な具体的な目標を設定する必要がある。

なお、具体的な目標については、おおむね10年後を達成時期として設定することと

し、当該目標を達成するための取組を計画的に行うものとする。

また、設定した目標のうち、主要なものについては継続的に数値の推移等の調査及び分析を行うとともに、都道府県における健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努めるものとする。

さらに、目標設定後5年を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、目標設定後10年を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映させていくこととする。

二 健康の増進を推進するための目標設定の考え方

健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持・向上を目指し、これらの目標達成のために、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命の延伸及び健康格差の縮小は、生活習慣の改善や社会環境の整備によって我が国全体として実現されるべき最終的な目標である。具体的な目標は、日常生活に制限のない期間の平均、自分が健康であると自覚している期間の平均の指標を基にして設定する。また、目標達成に向けて、国は、生活習慣病対策の総合的な推進を図るほか、医療や介護など様々な分野における支援などの取組を進める。

2 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

我が国の主要な死亡原因であるがんと循環器疾患に加え、患者数が増加傾向にあり、かつ、重大な合併症を引き起こすおそれのある糖尿病や、死亡原因として急速に増加すると予測されるCOPDへの対策は、国民の健康寿命の延伸を図る上で重要な課題である。

目標は、それぞれ次のとおり設定する。がんは、予防、診断、治療等を総合的に推進する観点から、年齢調整死亡率の減少とともに、特に早期発見を促すためにがん検診の受診率の向上を目標とする。

循環器疾患は、脳血管及び虚血性心疾患の発症の危険因子となる高血圧の改善及び脂質異常症の減少と、これらの疾患による死亡率の減少を目標とする。

糖尿病は、発症予防により有病者数の増加の抑制を図るとともに、重症化を予防するために、血糖値の適正な管理や、治療中断者の減少、合併症の減少を目標とする。

COPDは、喫煙が最大の発症要因であり、禁煙により予防可能であるとともに、早期発見が重要であることから、これらについての国民の理解を深めることを目標とする。

また、目標達成に向けて、国は、これらの疾患の発症の予防として、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康な生活習慣の実践に向けた行動変容の促進や社会環境の整

備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施などに取り組む。

3 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

少子高齢化が進む中で、健康寿命の延伸を実現するには、生活習慣病の予防とともに、社会生活を営むための機能を高齢になっても可能な限り維持していくことが重要である。

社会生活を営むために必要な機能を維持するために、身体健康と共に重要なのが、こころの健康である。その健全な維持は、個々人の生活の質を大きく左右するものであり、自殺など社会的損失も大きいことから、すべての世代の健やかな心を支える社会づくりを目指し、目標は、自殺者の減少、重い抑うつや不安の低減、職場の支援環境の充実、子どもの心身の問題への対応の充実について設定する。

さらに、将来を担う次世代の健康を支えるため、妊婦や子どもの健康づくりが重要である。そのため、目標は、子どもの頃からの健全な生活習慣の獲得と、将来の生活習慣病の関連が指摘されている低出生体重児の減少について設定する。

また、高齢化に伴う機能の低下を遅らせるためには、高齢者の健康に焦点を当てた取組を強化する必要がある。目標は、要介護状態、認知機能低下及びロコモティブシンドローム（運動器症候群）の予防とともに、良好な栄養状態の維持、身体活動の増進、就業など社会参加の促進などについて設定する。

目標達成に向けて、国は、メンタルヘルス対策の充実や親子の健やかな健康づくりに向けた取組、介護予防・支援などの取組を進める。

4 健康を支え、守るための社会環境の整備

健康を支え、守るための社会環境が整備されるためには、国民一人一人はもとより、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことが重要である。目標は、居住地域での助け合いといった地域のつながりの強化とともに、健康づくりを目的とした活動に主体的に関わる国民、健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業及び身近で気軽に専門的な支援及び相談が受けられる民間団体の活動拠点の増加について設定するとともに、健康格差の縮小に向け、地域で課題となる健康格差の実態を把握し、対策に取り組む自治体の増加について設定する。

目標達成に向けて、国は、健康づくりに自発的に取り組む企業、団体等の動機づけを促すため、当該企業、団体等の活動に関する情報提供やそれらの活動の評価等に取り組む。

5 食生活、運動、休養、喫煙、飲酒、歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

(1) 栄養・食生活

栄養・食生活は、生活習慣病の予防のほか、社会生活機能の維持・向上及び生活

の質の向上の観点から重要である。目標は、次世代の健康や高齢者の健康に関する目標を含め、各ライフステージの重点課題となる適正体重の維持や適切な食事等に関するものに加え、社会環境の整備を促すため、食品中の食塩含有量等の低減、特定給食施設での栄養・食事管理について設定する。

目標達成に向けて、国は、健康な食生活や栄養に関する基準及び指針の策定、食育の推進、専門的技能を有する人材の養成、企業や民間団体との協働による体制整備等に取り組む。

(2) 身体活動・運動

身体活動・運動は、生活習慣病の予防のほか、社会生活機能の維持・向上の観点から重要である。目標は、次世代の健康や高齢者の健康に関する目標を含め、運動習慣の定着や身体活動量の増加に関する目標とともに、運動しやすい環境整備について設定する。

目標達成に向けて、国は、健康づくりのための運動基準・指針の見直し等に取り組む。

(3) 休養

休養は、生活の質を大きく左右する重要な要素であり、日常的に量的にも質的にも十分な睡眠をとり、余暇などで体やこころを養うことは、心身の健康の観点から重要である。目標は、十分な睡眠の確保及び週労働時間六十時間以上の雇用者の割合の減少について設定する。

目標達成に向けて、国は、健康づくりのための睡眠指針の見直し等に取り組む。

(4) 喫煙

喫煙は、がんや循環器疾患、糖尿病、COPDといったNCDの予防可能な最大の危険因子であるほか、低出生体重児の増加の一つの要因であるとされている。また、受動喫煙も様々な疾病の原因となるなど、喫煙による健康被害を回避することが重要である。目標は、成人の喫煙、未成年者の喫煙、妊娠中の喫煙及び受動喫煙の割合の低下について設定する。

目標達成に向けて、国は、受動喫煙防止対策、禁煙希望者に対する禁煙支援、未成年の喫煙防止対策、たばこの健康影響や禁煙についての教育、普及啓発等に取り組む。

(5) 飲酒

アルコールの有害な使用は、生活習慣病を始めとする様々な身体疾患やうつ病、自殺などの健康障害のリスク要因となっているのみならず、未成年者飲酒や飲酒運転事故等の社会的な問題をも引き起こす。従って目標は、生活習慣病の発症リスクを高める量を飲酒している者の減少、未成年者及び妊娠中の飲酒の防止に加えて、

他者の飲酒が原因で困った経験のない者の増加について設定する。

目標達成に向けて、国は、有害な飲酒に関する知識の普及啓発や未成年者の飲酒防止対策等に取り組む。

(6) 歯・口腔の健康

歯・口腔の健康は摂食と構音を良好に保つために重要であり、生活の質の向上にも大きく寄与する。目標は、健全な口腔機能を生涯にわたり維持することができるよう、疾病予防の観点から、歯周病予防及びう蝕予防に着目するとともに、歯の喪失防止に加え、口腔機能の維持・向上について設定する。その際、ライフステージに応じ、う蝕有病状況の地域差が明確に認められるう蝕予防については、地域格差の縮小に関する目標を設定する。

目標達成に向けて、国は、歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発や「8020（ハチマルニイマル）運動」の更なる推進等に取り組む。

三 健康の増進を推進するための目標

第二の一及び二を踏まえ、国が国民の健康増進について設定する全国的な目標は、別表に掲げる項目ごとに定める目標値等とし、国はこの目標に基づき、国民運動に取り組むものとする。

第三 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項

一 健康増進計画の目標の設定と評価

都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画（以下「健康増進計画」という。）の策定に当たっては、地方公共団体は、人口動態、医療・介護に関する統計、特定健診データ等の地域住民の健康に関する各種指標を活用しつつ、地域の社会資源等の実情を踏まえ、独自に重要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定し、定期的に評価及び改定を実施すべきである。

特に、都道府県においては、国が設定した全国的な健康増進の目標を勘案しつつ、その代表的なものについて、地域の実情を踏まえた住民に分かりやすい目標を提示するとともに、市町村における健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努めるものとする。

また、市町村においては、国や都道府県が設定した目標を勘案しつつ、具体的な各種の施策、事業、基盤整備等に関する目標に重点を置いて設定することも考えられる。

二 計画策定の留意事項

健康増進計画の策定に当たっては、次の事項に留意する必要がある。

- 1 都道府県は、市町村、医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者等の一体的な取組を推進する観点から、健康増進計画の策定及びこれらの関係者の連携の強化に

ついて中心的な役割を果たすこと。このため、都道府県は、都道府県単位で健康増進事業実施者、医療機関その他の関係機関等から構成される地域・職域連携推進協議会等を設置・活用し、関係者の役割分担の明確化や連携促進のための方策について協議を行い、健康増進計画に反映させること。

なお、都道府県が地域・職域連携推進協議会等を設置・活用するに当たっては、必要に応じて都道府県労働局に参加を要請するなど、連携を図ること。

- 2 都道府県健康増進計画の策定に当たっては、都道府県が策定する医療法（昭和23年法律第205号）に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する都道府県介護保険事業支援計画、がん対策基本法（平成18年法律第98号）に規定する都道府県がん対策推進計画等の都道府県健康増進計画と関連する計画及び都道府県が定める歯科口腔保健の推進に関する法律（平成23年法律第95号）に規定する基本的事項との調和に配慮すること。

また、都道府県は、市町村健康増進計画の策定支援を行うとともに、必要に応じ、市町村ごとの分析を行い、地域間の健康格差の是正に向けた目標を設定するよう努めること。

- 3 保健所は、地域保健の広域的、専門的かつ技術的拠点として、健康格差の縮小を図ること等を目的とした健康情報を収集分析し、提供するとともに、地域の実情に応じ、市町村における計画策定の支援を行うこと。
- 4 市町村は、市町村健康増進計画を策定するに当たっては、都道府県や保健所と連携しつつ、事業の効率的な実施を図る観点から、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律に規定する特定健康診査等実施計画と市町村健康増進計画を一体的に策定するなど、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図るとともに、市町村が策定する介護保険法に規定する市町村介護保険事業計画等の市町村健康増進計画と関連する計画との調和を図るよう留意すること。

また、市町村は、健康増進法に基づき実施する健康増進事業について、市町村健康増進計画において位置付けるよう留意すること。

- 5 都道府県及び市町村は、国の目標設定期間を勘案しつつ、一定の期間ごとに計画の評価及び改定を行い、継続的な取組に結びつけること。評価に当たっては、都道府県又は市町村自らによる取組だけでなく、管内の医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者等における取組の進捗状況や目標の達成状況について評価し、その後の取組等に反映するよう留意すること。
- 6 都道府県及び市町村は、健康増進のための目標の設定や、目標を達成するまでの

過程及び目標の評価において、住民が主体的に参加し、その意見を積極的に反映できるように留意すること。

第四 国民健康・栄養調査その他の健康の増進に関する調査及び研究に関する基本的な事項

一 健康増進に関する施策を実施する際の調査の活用

国は、国民の健康の増進を推進するための目標等の評価するため、効率的に国民健康・栄養調査等の企画を行い、実施する。この際、生活習慣の改善のほか、社会環境の改善に関する調査研究についても併せて推進していく。

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民健康・栄養調査や都道府県健康・栄養調査、国民生活基礎調査、健康診査、保健指導、地域がん登録事業等の結果、疾病等に関する各種統計、診療報酬明細書(レセプト)の情報その他の収集した情報等を基に、現状分析を行うとともに、健康増進に関する施策の評価を行う。この際、個人情報について適正な取扱いの厳格な実施を確保することが必要であることを認識し、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第58号)、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第59号)、統計法(平成19年法律第53号)、地方公共団体において個人情報の保護に関する法律の趣旨を踏まえて制定される条例等を遵守するほか、各種調査の結果等を十分活用するなどにより、科学的な根拠に基づいた健康増進に関する施策を効率的に実施していくことが重要である。

また、こうした調査等により得られた情報については、積極的な公表に努める。

さらに、国、地方公共団体は、ICT(情報通信技術をいう。以下同じ。)を活用して、健診結果等の健康情報を個人が活用するとともに、全国規模で健康情報を収集・分析し、効果的な生活習慣病対策を実施することができる仕組みを構築するよう努める。

二 健康の増進に関する研究の推進

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民の社会環境や生活習慣と生活習慣病との関連等に関する研究を推進し、研究結果に関して的確かつ十分な情報の提供を行うことにより、効果的な健康増進の支援を行っていくことが必要である。

第五 健康増進事業実施者間における連携及び協力に関する基本的な事項

各保健事業者は、質の高い保健サービスを効果的かつ継続的に提供するため、特定健診・特定保健指導、がん検診、労働者を対象とした健康診断等の徹底を図るとともに、転居、転職、退職等にも適切に対応し得るよう、保健事業の実施に当たって、既存の組

織の有効活用のほか、地域・職域連携推進協議会等が中心となり、共同事業の実施等保健事業者相互の連携の促進を図ることが必要である。

具体的には、がん検診や特定健診など各種検診の実施主体間で、個人の健康情報の共有を図るなど、健康に関する対策を効率的かつ効果的に実施することが考えられる。さらに、がん検診や特定健診等の健康診査を同時に実施することにより、受診者の利便性を向上させることや、受診率の目標達成に向けて、各種の検診実施事業者の参加による受診率の向上に関するキャンペーンを実施するなどの工夫を行うことが考えられる。

なお、健康診査の実施等に係る健康増進事業実施者間の連携については、これらによるほか、健康増進法に基づく健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針の定めるところによる。

第六 食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項

一 基本的な考え方

健康増進は、最終的には、国民一人一人の意識と行動の変容にかかっていることから、国民の主体的な健康増進の取組を支援するためには、国民に対する十分かつ的確な情報提供が必要である。このため、生活習慣に関して、科学的知見に基づき、分かりやすく、取組に結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるような情報提供を行うよう工夫する。その際、家庭、保育所、学校、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めることができるような情報提供となるよう工夫する。

生活習慣に関する情報の提供に当たっては、マスメディアやICTのほか、健康増進に関するボランティア団体や、産業界、学校教育、保健事業における健康相談等多様な経路を活用するとともに、対象集団の特性に応じた効果的な働きかけを、複数の方法を組み合わせて行っていくことが重要である。なお、情報提供に当たっては、誤った情報や著しく偏った不適切な情報が提供されないよう留意する。

また、国、地方公共団体等は、生活習慣の各分野に関し、指針の策定、普及等に取り組む必要がある。

二 健康増進普及月間等

国民運動の一層の推進を図るため、九月を健康増進普及月間とし、国、地方公共団体、企業、民間団体等が行う様々なイベントや広報活動などの普及啓発活動等を通じ、国民一人一人の自覚を高めるほか、社会全体で健康づくりを支え合う環境を醸成するための健康増進の取組を一層促進することとする。

また、こうした取組が一層効果的となるよう、併せて、食生活改善普及運動を九月に

実施する。

健康増進普及月間及び食生活改善普及運動（以下「健康増進普及月間等」という。）の実施に当たっては、実施主体は、地域の実情に応じた課題を設定し、健康に関心の薄い者も含めてより多くの住民が参加できるように工夫するよう努めることが必要である。また、各地における地域的な活動のほか、国、地方公共団体、企業、民間団体等が相互に協力して、全国規模の中核的なイベント等を実施することにより、健康増進普及月間等の重点的かつ効果的な実施を図ることとする。

第七 其他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

一 地域の健康課題を解決するための効果的な推進体制

健康増進に関係する機関及び団体等がそれぞれ果たすべき役割を認識するとともに、地域の健康課題を解決するため、市町村保健センター、保健所、医療保険者、医療機関、薬局、地域包括支援センター、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等から構成される中核的な推進組織が、市町村保健センター、保健所を中心として、各健康増進計画に即して、当該計画の目標を達成するための行動計画を設定し、各機関及び団体等の取組をそれぞれ補完し合うなど職種間で連携を図ることにより、効果的な取組が図られることが望ましい。

また、国は、地方公共団体が健康増進計画の策定等を行う際に、各種統計資料等のデータベースの作成や分析手法の提示等の技術的援助を行い、都道府県も市町村に対し同様の技術的援助を行うことが必要である。

二 多様な主体による自発的取組や連携の推進

運動や休養に関連する健康増進サービス関連企業、健康機器製造関連企業、食品関連企業を始めとして、健康づくりに関する活動に取り組む企業、NGO、NPO等の団体は、国民一人一人の健康増進に向けた取組を一層推進させるための自発的取組を行うとともに、その取組について国民に情報発信を行うことが必要である。また、国、地方公共団体等は、そうした取組の中で、優れた取組を行う企業等を評価するとともに、当該取組が国民に広く知られるよう、積極的に当該取組の広報を行うなど、健康づくりのための社会環境の整備に取り組む企業等が増加するような動機付けを与えることが必要である。

さらに、健康増進の取組を進めるに当たっては、健康づくり対策、食育、母子保健、精神保健、介護予防及び就業上の配慮や保健指導などを含む産業保健の各分野における対策並びに医療保険の保険者が実施する対策を含めた厚生労働行政分野における健康増進に関する対策のみならず、学校保健対策、ウォーキングロード（遊歩道等の人の歩行の用に供する道をいう。）の整備などの対策、森林等の豊かな自然環境の利用促

進対策、総合型地域スポーツクラブの活用などの生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等、関係行政分野、関係行政機関等が十分に連携をとっていく必要がある。

三 健康増進を担う人材

地方公共団体においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員が、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、喫煙、飲酒、歯・口腔の健康等の生活習慣全般についての保健指導及び住民からの相談を担当する。

国及び地方公共団体は、健康増進に関する施策を推進するための保健師、管理栄養士等の確保及び資質の向上、健康運動指導士等健康づくりのための運動指導者や健康スポーツ医との連携、食生活改善推進員、運動普及推進員、禁煙普及員等のボランティア組織や健康づくりのための自助グループの支援体制の構築等に努める。

このため、これらの人材について、国において総合的な企画及び調整の能力の養成並びに指導者としての資質の向上に重点を置いた研修の充実を図るとともに、都道府県において市町村、医療保険者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の関係団体等と連携し、地方公共団体の職員だけでなく、地域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対し、最新の科学的知見に基づく研修の充実を図ることが必要である。

また、地域保健担当者、学校保健担当者等は、国民の健康増進のために相互に連携を図るよう努める。

別表

※ 表中の「目標」は、個別に達成年限が記載されているものを除き、平成三十四年度までの達成を目指す目標である。

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標

項目	現状	目標
①健康寿命の延伸		
ア 日常生活に制限のない期間の平均	男性 70.42 年 女性 73.62 年 (平成 22 年)	平均寿命の増加分を上回る健康寿命であること
イ 自分が健康であると自覚している期間の平均	男性 69.90 年 女性 73.31 年 (平成 22 年)	
②健康格差の縮小		
ア 日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差	男性 3.58 年 女性 3.13 年 (平成 19 年)	都道府県格差を縮小すること
イ 自分が健康であると自覚している期間の平均の都道府県格差	男性 3.88 年 女性 3.54 年 (平成 19 年)	

(注) 上記②の目標を実現するに当たっては、健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として、各県において健康寿命の延伸を図るよう取り組むものである。

2 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防に関する目標

(1) がん

項目	現状	目標
①75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 (10 万人当たり)	84.3 (平成 22 年)	73.9 (平成 27 年)
②がん検診の受診率の向上	胃がん 男性 34.3% 女性 26.3% 肺がん 男性 24.9% 女性 21.2% 大腸がん 男性 27.4% 女性 22.6% 子宮がん 女性 32.0%	50% (胃、肺、大腸は当面 40%) (平成 28 年度)

	乳がん 女性 31.4% (平成 22 年度)	
--	----------------------------	--

(2) 循環器疾患

項目	現状	目標
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）	脳血管疾患 男性 49.5 女性 26.9 虚血性心疾患 男性 36.9 女性 15.3 (平成 22 年)	脳血管疾患 男性 37.7 女性 23.1 虚血性心疾患 男性 28.9 女性 12.8
②高血圧の改善（最高血圧の平均値の低下）	男性 138mmHg 女性 133mmHg (平成 20 年)	男性 134mmHg 女性 129mmHg
③脂質異常症の減少（総コレステロール 240mg/dl 以上の割合）	16.4% (平成 20 年)	12%
④メタボ予備群・メタボ該当者の減少	1,400 万人 (平成 20 年)	平成 20 年度と比べて 25%減少 (平成 27 年度)
⑤特定健診・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の終了率 12.3% (平成 21 年)	平成 25 年度から開始する第二期医療費適正化計画に合わせて設定

(3) 糖尿病

項目	現状	目標
①合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	16,271 人 (平成 22 年)	減少傾向へ
②治療継続者の割合の増加	53.5% (平成 21 年)	75%
③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1c が 8.0%以上の者の割合の減少）	今後把握予定	現状を踏まえ設定
④糖尿病有病者の増加の抑制	890 万人	1000 万人

	(平成 19 年)	
⑤メタボ予備群・メタボ該当者の減少（再掲）	1,400 万人 (平成 20 年)	平成 20 年度と比べて 25%減少 (平成 27 年度)
⑥特定健診・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の終了率 12.3% (平成 21 年)	平成 25 年度から開始する第二期医療費適正化計画に合わせて設定

(4) COPD

項目	現状	目標
①COPDの知識の普及	今後把握予定	現状を踏まえ設定

3 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

(1) こころの健康

項目	現状	目標
①自殺者数の減少（人口 10 万人当たり）	23.4 (平成 22 年)	自殺総合対策大綱の見直しの状況を踏まえて設定
②気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少	10.4% (平成 22 年)	9.4%
③メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	33.6% (平成 19 年)	100% (平成 32 年)
④小児人口 10 万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加	小児科医：94.4 (平成 22 年) 児童精神科医：10.6 (平成 21 年)	増加傾向へ

(2) 次世代の健康

項目	現状	目標
①健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加		
ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合	84.5% (平成 17 年度)	100%に近づける

の増加		
イ 運動やスポーツを習慣的にしている 子どもの割合の増加	今後把握予定	現状を踏まえ設定
②全出生数中の極低出生体重児・低出生体 重児の割合の減少	極低出生体重児 0.8% 低出生体重児 9.6% (平成 22 年)	減少傾向へ (平成 26 年)

(3) 高齢者の健康

項目	現状	目標
①要介護状態の高齢者の割合の減少	16.8% (平成 21 年)	自然増により見込 まれる割合 (19%) から 2%減少 (平成 32 年)
②認知機能低下ハイリスク高齢者の発見 率の向上	0.9% (平成 21 年)	10%
③ロコモティブシンドローム (運動器症候 群) を認知している国民の割合の増加	今後把握予定	現状を踏まえ設定
④低栄養傾向の高齢者の割合の減少 (低栄 養傾向 (BMI20 以下又は血清アルブミン 4.0g/dl 以下) の高齢者の割合の減少)	BMI20 以下の者の 割合 17.1% 血清アルブミン 4.0g/dL 以下の者の 割合 15.2% (平成 21 年)	BMI20 以下の者の 割合 17% 血清アルブミン 4.0g/dL 以下の者 の割合 15%
⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 (千人当たり)	男性 265 人 女性 371 人 (平成 22 年)	男性 200 人 女性 300 人
⑥就業又は何らかの地域活動をしている 高齢者の割合の増加	今後把握予定	現状を踏まえ設定

4 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

項目	現状	目標
①地域のつながりの強化 (居住地域でお互	平成 23 年国民健	平成 23 年国民健

いに助け合っていると思う国民の割合の増加)	康・栄養調査で把握	康・栄養調査結果を踏まえて設定
②健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加	今後把握予定	現状を踏まえ設定
③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業数の増加	今後把握予定	現状を踏まえ設定
④健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	今後把握予定	現状を踏まえ設定
⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加 (課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数)	今後把握予定	現状を踏まえ設定

5 食生活、運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(1) 栄養・食生活

項目	現状	目標
①適正体重を維持している人の増加 (肥満、やせの減少)	20～60 歳代男性の肥満者の割合 31.7% 40～60 歳代女性の肥満者の割合 21.8% 20 歳代女性のやせの者の割合 22.3% (平成 21 年)	20～60 歳代男性の肥満者の割合 28% 40～60 歳代女性の肥満者の割合 19% 20 歳代女性のやせの者の割合 20%
②適切な量と質の食事をする人の増加		
ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が 1 日 2 回以上の日がほぼ毎日の者の割合	70.3% (平成 22 年)	80%
イ 食塩摂取量の減少	10.7g (平成 21 年)	8g
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	野菜摂取量の平均値 295g	野菜摂取量の平均値 350 g

	果物摂取量 100 g 未満 の者の割合 59.0% (平成 21 年)	果物摂取量 100 g 未満 の者の割合 30%
③食事を 1 人で食べる子どもの割合 の減少	朝食 小学生 14.8% 中学生 33.8% 夕食 小学生 2.2% 中学生 6.9% (平成 17 年度)	減少傾向へ
④食品中の食塩や脂肪の低減に取り 組む食品企業の数及び飲食店の数の 増加	今後把握予定	現状を踏まえ設定
⑤利用者に応じた食事の計画、調理 及び栄養の評価、改善を実施してい る特定給食施設の割合の増加	今後把握予定	現状を踏まえ設定

(2) 身体活動・運動

項目	現状	目標
①日常生活における歩数の増加	男性 7,136 歩 女性 6,117 歩 (平成 22 年)	男性 8,500 歩 女性 8,000 歩
②運動習慣者の割合の増加	20～50 歳代男性 24.4% 20～50 歳代女性 20.3% 60 歳以上男性 43.8% 60 歳以上女性 37.0% (平成 22 年)	20～50 歳代男性 35% 20～50 歳代女性 30% 60 歳以上男性 55% 60 歳以上女性 45%
③住民が運動しやすいまちづく り・環境整備に取り組む自治体数 の増加	今後把握予定	現状を踏まえ設定

(3) 休養

項目	現状	目標
①睡眠による休養を十分とれてい	18.6%	15%

ない者の減少	(平成 21 年)	
②週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少	9.3% (平成 23 年)	5.0% (平成 32 年)

(4) 喫煙

項目	現状	目標
①成人の喫煙率の低下（喫煙をやめたい人がやめる）	19.5% (平成 22 年)	12%
②未成年者の喫煙をなくす	中学 1 年生 男子 1.6% 女子 0.9% 高校 3 年生 男子 8.6% 女子 3.8% (平成 22 年)	0%
③妊娠中の喫煙をなくす	5.0% (平成 22 年)	0% (平成 26 年)
④受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の低下	行政機関 16.9% 医療機関 13.3% (平成 20 年) 職場 64% (平成 23 年) 家庭 10.7% 飲食店 50.1% (平成 22 年)	行政機関 0% 医療機関 0% (平成 34 年度) 職場 受動喫煙の無い 職場の実現 (平成 32 年) 家庭 3% 飲食店 15% (平成 34 年度)

(5) 飲酒

項目	現状	目標
①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者）の割合の低減	男性 16.4% 女性 7.4% (平成 22 年)	男性 14.0% 女性 6.3%
②未成年者の飲酒をなくす	中学 3 年生 男子 10.5% 女子 11.7%	0%

	高校 3 年生 男子 21.7% 女子 19.9% (平成 22 年)	
③妊娠中の飲酒をなくす	8.7% (平成 22 年)	0% (平成 26 年)
④他者の飲酒が原因で困った経験のない人の割合の増加	男性 73.3% 女性 76.6% (平成 20 年)	100%に近づける

(6) 歯・口腔の健康

項目	現状	目標
①口腔機能の維持・向上 (60 歳代における咀嚼良好者の増加)	73.4% (平成 21 年)	80%
②歯の喪失防止		
ア 80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の増加	25.0% (平成 17 年)	50%
イ 60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の増加	60.2% (平成 17 年)	70%
ウ 40 歳で喪失歯のない者の増加	54.1% (平成 17 年)	75%
③歯周病を有する者の割合の減少		
ア 20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	31.7% (平成 21 年)	25%
イ 40 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	37.3% (平成 17 年)	25%
ウ 60 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	54.7% (平成 17 年)	45%
④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加		
ア 3 歳児でう蝕がない者の割合が 80%以上である都道府県の増加	12.8% (平成 21 年)	50%
イ 12 歳児の一人平均う歯数が 1.0 歯未満である都道府県の増加	12.8% (平成 22 年)	80%
⑤過去 1 年間に歯科検診を受診した者	34.1%	65%

の割合の増加	(平成 21 年)	
--------	-----------	--

(参考)

基本的な方向		目 標							
①健康寿命の延伸と健康格差の縮小		全体目標		①健康寿命の延伸 ②健康格差の縮小					
②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	NCDの予防	がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 ②がん検診の受診率の向上						
		循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 ②高血圧の改善(最高血圧の平均値の低下) ③脂質異常症の減少(総コレステロール240mg/dl以上の割合) ④メタボ予備群・メタボ該当者の減少 ⑤特定健診・特定保健指導の実施率の向上						
糖尿病		①合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少 ②治療継続者の割合の増加 ③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少(HbA1cが8.0%以上の者の割合の減少) ④糖尿病有病者の増加の抑制							
慢性閉塞性肺疾患(COPD)		①COPDの知識の普及							
社会生活に必要な機能の維持・向上		こころの健康	①自殺者数の減少 ②気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 ③メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加 ④小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加						
③社会生活を営むために必要な機能の維持・向上		次世代の健康	①健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加 ②全出生数中の極低出生体重児・低出生体重児の割合の減少						
		高齢者の健康	①要介護状態の高齢者の割合の減少 ②認知機能低下ハイリスク高齢者の発見率の向上 ③ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加 ④低栄養傾向の高齢者の割合の減少 ⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 ⑥就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加						
④健康を支え、守るための社会環境の整備	地域の絆による社会づくり	①地域のつながりの強化 ②健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加 ③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業数の増加 ④健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加 ⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加							
				⑤生活習慣の改善・社会環境の改善					
				栄養・食生活	身体活動・運動	休養	喫煙	飲酒	歯・口腔の健康
				①適正体重を維持している人の増加(肥満、やせの減少) ②適切な量と質の食事をとる人の増加(主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の増加、食塩摂取量の減少、野菜・果物摂取量の増加) ③食事を1人で食べる子どもの割合の減少 ④食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業の数及び飲食店の数の増加 ⑤利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	①日常生活における歩数の増加 ②運動習慣者の割合の増加 ③住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	①睡眠による休養を十分とれていない者の減少 ②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	①成人の喫煙率の低下 ②未成年者の喫煙をなくす ③妊娠中の喫煙をなくす ④受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関)の機会を有する者の割合の低下	①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の低減 ②未成年者の飲酒をなくす ③妊娠中の飲酒をなくす ④他者の飲酒が原因で困った経験のない人の割合の増加	①口腔機能の維持・向上 ②歯の喪失防止 ③歯周病を有する者の割合の減少 ④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 ⑤過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

次期がん対策推進基本計画案の概要

趣旨

がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という）は、がん対策基本法（平成18年法律第98号）に基づき政府が策定するものであり、平成19年6月に策定され、基本計画に基づきがん対策が進められてきた。今回、前基本計画の策定から5年が経過し、新たな課題も明らかになっていることから、見直しを行い、新たに平成24年度から平成28年度までの5年間を対象として、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の推進に関する基本的な方向を明らかにするものである。これにより「がん患者を含む国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」を目指す。

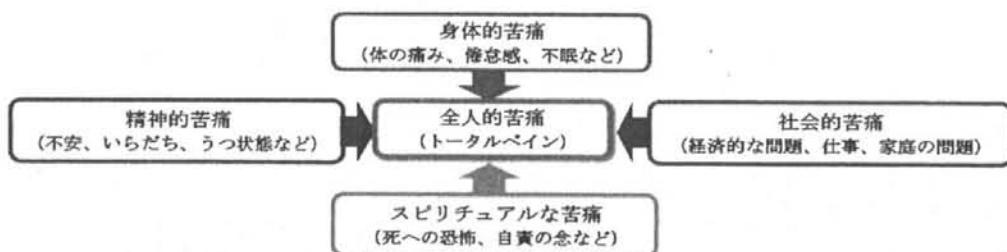
第1 基本方針

- がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施
- 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施
- 目標とその達成時期の考え方

第2 重点的に取り組むべき課題

1. 放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成
がん医療を専門的に行う医療従事者を養成するとともに、チーム医療を推進し、放射線療法、化学療法、手術療法やこれらを組み合わせた集学的治療の質の向上を図る。
2. がんと診断された時からの緩和ケアの推進
がん医療に携わる医療従事者への研修や緩和ケアチームなどの機能強化等により、がんと診断された時から患者とその家族が、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアを受けられるよう、緩和ケアの提供体制をより充実させる。
3. がん登録の推進
がん登録はがんの種類毎の患者の数、治療内容、生存期間などのデータを収集、分析し、がん対策の基礎となるデータを得る仕組みであるが、未だ、諸外国と比べてもその整備が遅れており、法的位置付けの検討も含めて、がん登録を円滑に推進するための体制整備を図る。
4. 働く世代や小児へのがん対策の充実
我が国で死亡率が上昇している女性のがんへの対策、就労に関する問題への対応、働く世代の検診受診率の向上、小児がん対策等への取組を推進する。

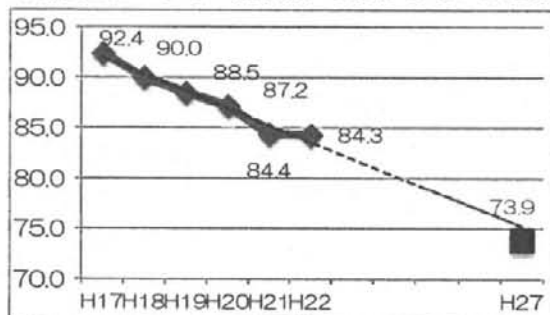
がん患者の抱える様々な痛み



第3 全体目標（平成19年度からの10年目標）

1. がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)
2. すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上
3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築
(裏面に続く)

年齢調整死亡率（75歳未満）の推移（人口10万対）



第4 分野別施策と個別目標

1. がん医療

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とチーム医療の推進

3年以内に全ての拠点病院にチーム医療の体制を整備する。

(2) がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成

がん医療を担う専門の医療従事者を育成し、がん医療の質の向上を目指す。

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

5年以内に、がん診療に携わるすべての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得する。3年以内に拠点病院を中心に緩和ケアチームや緩和ケア外来の充実を図る。

(4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築

3年以内に拠点病院のあり方を検討し、5年以内にその機能をさらに充実させる。また、在宅医療・介護サービス提供体制の構築を目指す。

(5) ⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

有効で安全な医薬品を迅速に国民に提供するための取り組みを着実に実施する。

(6) その他（病理、リハビリテーション、希少がん）

2. がんに関する相談支援と情報提供

患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録

法的位置付けの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防

平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年者の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

5. がんの早期発見

がん検診の受診率を5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成する。

※健康増進法に基づくがん検診の対象年齢は、上限の年齢制限を設けず、ある一定年齢以上の者としているが、受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等も勘案し、40～69歳（子宮頸がんは20～69歳）を対象とする。

※がん検診の項目や方法は別途検討する。※目標値については、中間評価を踏まえ必要な見直しを行う。

6. がん研究

がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的ながん研究戦略を策定する。

7. ⑤小児がん

5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

8. ⑤がんの教育・普及啓発

子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

9. ⑤がん患者の就労を含めた社会的な問題

就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

第5 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 関係者等の連携協力の更なる強化
2. 都道府県による都道府県計画の策定
3. 関係者等の意見の把握
4. がん患者を含めた国民等の努力
5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
6. 目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定
7. 基本計画の見直し

がん対策推進基本計画 (変更案)

平成24年3月

目次

はじめに	1
第1 基本方針	2
1. がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施	2
2. 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施	2
3. 目標とその達成時期の考え方	2
第2 重点的に取り組むべき課題	3
1. 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成	3
2. がんと診断された時からの緩和ケアの推進	4
3. がん登録の推進	4
4. 働く世代や小児へのがん対策の充実	5
第3 全体目標	5
1. がんによる死亡者の減少	5
2. 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上	6
3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築	6
第4 分野別施策と個別目標	6
1. がん医療	6
（1）放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進	6
（2）がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成	10
（3）がんと診断された時からの緩和ケアの推進	11
（4）地域の医療・介護サービス提供体制の構築	14
（5）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組	16
（6）その他	18
2. がんに関する相談支援と情報提供	19
3. がん登録	20
4. がんの予防	22
5. がんの早期発見	24
6. がん研究	26
7. 小児がん	29

8. がんの教育・普及啓発	30
9. がん患者の就労を含めた社会的な問題	31

第5 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項 33

1. 関係者等の連携協力の更なる強化	33
2. 都道府県による都道府県計画の策定	33
3. 関係者等の意見の把握	33
4. がん患者を含めた国民等の努力	33
5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化	34
6. 目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定	35
7. 基本計画の見直し	35

はじめに

がんは、日本で昭和56（1981）年より死因の第1位であり、平成22（2010）年には年間約35万人が亡くなり、生涯のうちに約2人に1人ががんにかかると推計されている。こうしたことから、依然としてがんは国民の生命と健康にとって重大な問題である。

日本のがん対策は、昭和59（1984）年に策定された「対がん10か年総合戦略」、平成6（1994）年に策定された「がん克服新10か年戦略」、平成16（2004）年に策定された「第3次対がん10か年総合戦略」に基づき取り組んできた。

さらに、がん対策のより一層の推進を図るため、がん対策基本法（平成18年法律第98号。以下「基本法」という。）が平成18（2006）年6月に成立し、平成19（2007）年4月に施行され、基本法に基づき、がん対策を総合的かつ計画的に推進するための「がん対策推進基本計画」（以下「前基本計画」という。）が平成19（2007）年6月に策定された。

前基本計画の策定から5年が経過した。この間、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）の整備や緩和ケア提供体制の強化、地域がん登録の充実が図られるとともに、がんの年齢調整死亡率は減少傾向で推移するなど、一定の成果を得られた。

しかしながら、人口の高齢化とともに、日本のがんの罹患^{りかん}者の数、死亡者の数は今後とも増加していくことが見込まれる中、がん医療や支援について地域格差や施設間格差がみられ、それぞれの状況に応じた適切ながん医療や支援を受けられないことが懸念されている。また、これまで重点課題として取り組まれてきた緩和ケアについては、精神心理的な痛みに対するケアが十分でないこと、放射線療法や化学療法についても更なる充実が必要であること等に加え、新たに小児がん対策、チーム医療、がん患者等の就労を含めた社会的な問題、がんの教育などの課題も明らかとなり、がん患者を含めた国民はこうした課題を改善していくことを強く求めている。

この基本計画は、このような認識の下、基本法第9条第7項の規定に基づき前基本計画の見直しを行い、がん対策の推進に関する基本的な計画を明らかに

するものであり、国が各分野に即した取り組むべき施策を実行できる期間として、平成24（2012）年度から平成28（2016）年度までの5年程度の期間を一つの目安として定める。

また、この基本計画の策定に当たっては、基本法に基づき、がん対策推進協議会（以下「協議会」という。）の意見を聴くことになっている。また、専門的な知見を要する分野である小児がん、緩和ケア、がん研究については協議会の下に専門委員会が設置され、報告書が協議会へ提出された。

今後は、基本計画に基づき、国と地方公共団体、また、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、学会、患者団体を含めた関係団体とマスメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となってがん対策に取り組み、がん患者を含めた国民が、様々ながんの病態に応じて、安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにするなど、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」の実現を目指す。

第1 基本方針

1 がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施

基本法の基本理念に基づき、国、地方公共団体と関係者等は、がん患者を含めた国民が、がん対策の中心であるとの認識の下、がん患者を含めた国民の視点に立ってがん対策を実施していく必要がある。

2 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施

基本計画では、がん対策を実効あるものとしてより一層推進していくため、重点的に取り組むべき課題を定める。

また、がんから国民の生命と健康を守るためには、多岐にわたる分野の取組を総合的かつ計画的に実施していく必要がある。

3 目標とその達成時期の考え方

基本計画では、これまでの政府のがん対策に関する目標との整合性を図りつつ、全体目標とそれを達成するために必要な分野別施策の個別目標を設定する。

また、原則として、全体目標と個別目標を達成するために要する期間を設定する。

第2 重点的に取り組むべき課題

1 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

がんに対する主な治療法には、手術療法、放射線療法、化学療法（この基本計画では薬物療法等を含むものとする。）などがあり、単独又はこれらを組み合わせた集学的治療が行われている。

日本では、胃がんなど、主として手術療法に適したがんが多かったこともあり、外科医が化学療法も実施するなど、がん治療の中心を担ってきた。

しかしながら、現在は、がんの種類によっては、放射線療法が手術療法と同様の治療効果を発揮できるようになるとともに、新たな抗がん剤が多く登場し、化学療法の知見が蓄積されてきたことから、様々ながんの病態に応じ、手術療法、放射線療法、化学療法、さらにこれらを組み合わせた集学的治療がそれぞれを専門的に行う医師の連携の下実施されていくことが求められている。

一方で、今も手術療法ががん医療の中心であることに変わりはないが、外科医の人員不足が危惧され、外科医の育成や業務の軽減が早急に改善すべき課題となっている。

このため、これまで手術療法に比べて相対的に遅れていた放射線療法や化学療法の推進を図ってきたが、今後は、放射線療法、化学療法、手術療法それぞれを専門的に行う医療従事者を更に養成するとともに、こうした医療従事者と協力してがん医療を支えることができるがん医療に関する基礎的な知識や技能を有した医療従事者を養成していく必要がある。

また、医療従事者が、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を推進する必要がある。

2 がんと診断された時からの緩和ケアの推進

がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活を送れるよう、緩和ケアが、がんと診断された時から提供されるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面で切れ目なく実施される必要がある。

しかしながら、日本では、欧米先進諸国に比べ、がん性疼痛の緩和等に用いられる医療用麻薬の消費量は少なく、がん性疼痛の緩和が十分でないと推測されること、がん医療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識もまだ十分でないこと、国民に対しても未だ緩和ケアに対する正しい理解や周知が進んでいないこと、身体的苦痛のみならず精神心理的苦痛への対応も求められていること等から、緩和ケアはまだ十分にがん医療に浸透していないと考えられる。

このため、がん医療に携わる医療従事者への研修や緩和ケアチームなどの機能強化等により、がんと診断された時から患者とその家族が、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアを受けられるよう、緩和ケアの提供体制をより充実させ、緩和ケアへのアクセスを改善し、こうした苦痛を緩和することが必要である。

また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、在宅緩和ケアを含めた在宅医療・介護を提供していくための体制の充実を図る必要がある。

3 がん登録の推進

がん登録はがんの罹患やがん患者の転帰、その他の状況を把握し、分析する仕組みであり、がんの現状を把握し、がん対策の基礎となるデータを得るとともに、がん患者に対して適切ながん医療を提供するために不可欠なものである。

地域がん登録は平成24（2012）年度中に全ての都道府県で実施される予定であり、参加している医療機関や届出数も増加しているが、届出の義務がないこと、患者の予後を把握することが困難であることなどいくつかの問題がある。

このため、個人情報の保護を徹底しつつ、こうした問題を解決し、患者を含めた国民ががん登録情報をより有効に活用できるよう、法的位置付けの検討も

含めて、がん登録を円滑に推進するための体制整備を図ることが必要である。

4 働く世代や小児へのがん対策の充実

毎年20歳から64歳までの約22万人ががんに罹患し、約7万人ががんで死亡している。また、がんは40代より死因の第1位となり、がんは高齢者のみならず働く世代にとっても大きな問題である。

働く世代ががんに罹患し社会から離れることによる影響は、本人のみならず家族や同僚といった周りの人にも及ぶ。こうした影響を少なくするため、働く世代へのがん対策を充実させ、がんをなるべく早期に発見するとともに、がん患者等が適切な医療や支援により社会とのつながりを維持し、生きる意欲を持ち続けられるような社会づくりが求められている。

このため、働く世代のがん検診受診率を向上させるための対策、年齢調整死亡率が上昇している乳がん・子宮頸がんといった女性のがんへの対策、がん罹患したこと起因する就労を含めた社会的な問題等への対応が必要である。

また、小児についても、がんは病死原因の第1位であり、大きな問題である。医療機関や療育・教育環境の整備、相談支援や情報提供の充実などが求められており、小児がん対策についても充実を図ることが必要である。

第3 全体目標

がん患者を含めた国民が、様々ながんの病態に応じて、安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにすること等を目指して、「がんによる死亡者の減少」と「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を新たに加え、平成19（2007）年度から10年間の全体目標として設定する。

1 がんによる死亡者の減少

平成19（2007）年度に掲げた10年間の目標である「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」について、年齢調整死亡率は減少傾向であるが、昨今は減少傾向が鈍化している。今後5年間で、新たに加えた分野別施策を含めてより一層がん対策を充実させ、がんによる死亡者を減少させるこ

とを目標とする。

2 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

がん患者の多くは、がん性疼痛や、治療に伴う副作用・合併症等の身体的苦痛だけでなく、がんと診断された時から不安や抑うつ等の精神心理的苦痛を抱えている。また、その家族も、がん患者と同様に様々な苦痛を抱えている。

さらに、がん患者とその家族は、療養生活の中で、こうした苦痛に加えて、安心・納得できるがん医療や支援を受けられないなど、様々な困難に直面している。

このため、がんと診断された時からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療や支援の更なる充実等により、「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を実現することを目標とする。

3 がんになっても安心して暮らせる社会の構築

がん患者とその家族は、社会とのつながりを失うことに対する不安や仕事と治療の両立が難しいなど社会的苦痛も抱えている。

このため、これまで基本法に基づき、がんの予防、早期発見、がん医療の均てん化、研究の推進等を基本的施策として取り組んできたが、がん患者とその家族の精神心理的・社会的苦痛を和らげるため、新たに、がん患者とその家族を社会全体で支える取組を実施することにより、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を実現することを目標とする。

第4 分野別施策と個別目標

1. がん医療

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進 (現状)

がん医療の進歩は目覚ましく、平成12(2000)年から平成14(2002)年までに診断された全がんの5年相対生存率は57%と3年前に比べて約3%上昇しており、年齢調整死亡率も1990年代後半から減少傾向にあるが、一方で原発巣による予後の差は大きく、膵臓がん、肝臓がん、肺がんなど

の5年相対生存率はそれぞれ6%、27%、29%と依然として低い現状にある。

このため、特に日本に多いがん（肺・胃・肝・大腸・乳）を中心に、手術療法、放射線療法、化学療法などを効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケアの提供とともにがん患者の病態に応じた適切な治療の普及に努め、拠点病院を中心に院内のクリティカルパス（検査と治療等を含めた診療計画表をいう。）を策定し、カンサーボード（各種がん治療に対して専門的な知識を有する複数の医師等が患者の治療方針等について総合的に検討するカンファレンスをいう。）などを整備してきた。また、放射線療法や化学療法に携わる専門的な知識と技能を有する医師をはじめとする医療従事者の配置やリニアックなどの放射線治療機器の整備など、特に放射線療法と化学療法の推進を図ってきた。

しかし、これまで医療体制の量的な整備が進められてきた一方、患者が自分の病状や検査・治療内容、それに伴う副作用・合併症などについて適切な説明を受け、十分に理解した上で自身の判断で治療方針などに対して拒否や合意を選択するインフォームド・コンセントが十分に行われていない、あるいは、患者やその家族が治療法を選択する上で第三者である医師に専門的見解を求めることができるセカンドオピニオンが十分に活用されていないなど、患者やその家族の視点に立った医療体制の質的な整備が依然として十分でないと指摘されている。

また、近年、医療の高度化や複雑化とニーズの多様化に伴い、放射線療法や化学療法の専門医の不足とともに外科医の不足が指摘されている。こうした医師等への負担を軽減し診療の質を向上させるため、また、治療による身体的、精神心理的負担を抱える患者とその家族に対して質の高い医療を提供しきめ細やかに支援するため、多職種で医療にあたるチーム医療が強く求められるようになっている。

この他、拠点病院を含む医療機関では、放射線治療機器や手術機器の多様化などに伴う医療技術の施設間格差や実績の格差が生じていることから、地域での効率的な医療連携や役割分担などによる地域完結型の医療体制を整備する必要性も指摘されている。

(取り組むべき施策)

○チーム医療とがん医療全般に関すること

拠点病院を中心に、医師による十分な説明と患者やその家族の理解の下、インフォームド・コンセントが行われる体制を整備し、患者の治療法等を選択する権利や受療の自由意思を最大限に尊重するがん医療を目指すとともに、治療中でも、冊子や視覚教材などの分かりやすい教材を活用し、患者が自主的に治療内容などを確認できる環境を整備する。

患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師に意見を求めることができるセカンドオピニオンをいつでも適切に受けられ、患者自らが治療法を選択できる体制を整備するとともに、セカンドオピニオンの活用を促進するための患者やその家族への普及啓発を推進する。

学会や関連団体などは、がんの治療計画の立案に当たって、患者の希望を踏まえつつ、標準的治療を提供できるよう、診療ガイドラインの整備を行うとともに、その利用実態を把握し、国内外の医学的知見を蓄積し、必要に応じて速やかに更新できる体制を整備する。また、患者向けの診療ガイドラインや解説の充実など、患者にとって分かりやすい情報提供に努め、国はこれを支援する。

より正確で質の高い画像診断や病理診断とともに治療方針を検討できるよう、放射線診断医や病理診断医等が参加するカンサーボードを開催するなど、がんに対する的確な診断と治療を行う診療体制を整備する。

患者とその家族の抱える様々な負担や苦痛に対応し、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、手術療法、放射線療法、化学療法の各種医療チームを設置するなどの体制を整備することにより、各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を推進する。

各種がん治療の副作用・合併症の予防や軽減など、患者の更なる生活の質の向上を目指し、医科歯科連携による口腔ケアの推進をはじめ、食事療法などによる栄養管理やリハビリテーションの推進など、職種間連携を推進する。

患者とその家族に最も近い職種として医療現場での生活支援にも関わる看護領域については、外来や病棟などでのがん看護体制の更なる強化を図る。

また、患者の安全を守るため、様々な医療安全管理の取組が進められてきた

ところであるが、診療行為には一定の危険性が伴うことを踏まえ、医療従事者等が協力して、がん医療の質と安全の確保のための取組を一層推進する。

腫瘍センターなどのがん診療部を設置するなど、各診療科の横のつながりを重視した診療体制の構築に努める。

この他、質の高いがん医療を推進する一環として、国や地方公共団体は拠点病院をはじめとする入院医療機関とともに地域の医療機関の連携と役割分担を図り、特に高度な技術と設備等を必要とする医療については地域性に配慮した計画的な集約化を図る。

○放射線療法の推進

国や地方公共団体は、拠点病院をはじめとする入院医療機関などと、放射線療法の質を確保し、地域格差を是正し均てん化を図るとともに、人員不足を解消する取組に加えて、一部の疾患や強度変調放射線治療などの治療技術の地域での集約化を図る。

医療安全を担保した上で、情報技術を活用し、地域の医療機関との間で放射線療法に関する連携と役割分担を図る。

放射線治療機器の品質管理や質の高い安全な放射線療法を提供するため、放射線治療の専門医、専門看護師・認定看護師、放射線治療専門放射線技師、医学物理士など専門性の高い人材を適正に配置するとともに、多職種で構成された放射線治療チームを設置するなど、患者の副作用・合併症やその他の苦痛に対しても迅速かつ継続的に対応できる診療体制を整備する。

放射線治療機器については、先進的な放射線治療装置、重粒子線や陽子線治療機器などの研究開発を推進するとともに、その進捗状況を加味し、医療従事者等が協力して、国内での計画的かつ適正な配置を検討する。

○化学療法の推進

化学療法の急速な進歩と多様性に対応し、専門性が高く、安全で効果的な化学療法を提供するため、化学療法の専門医やがん薬物療法認定薬剤師、がん看護や化学療法等の専門看護師・認定看護師など、専門性の高い人材を適正に配置するとともに、多職種で構成された化学療法チームを設置するなど、患者の副作用・合併症やその他の苦痛に対して迅速かつ継続的に対応できる診療体制

を通院治療を含めて整備する。

○手術療法の推進

より質の高い手術療法を提供するため、拠点病院をはじめとする入院医療機関は、外科医の人員不足を解消し、必要に応じて放射線療法や化学療法の専門医と連携するなど、各医療機関の状況に合わせた診療体制を整備するとともに、学会や関係団体などと連携し、手術療法の成績の更なる向上を目指し、手術療法の標準化に向けた評価法の確立や教育システムの整備を行う。

国や地方公共団体は、拠点病院をはじめとする入院医療機関などとともに、高度な先端技術を用いた手術療法や難治性希少がんなどに対して、地域性に配慮した一定の集約化を図った手術療法の実施体制を検討する。

手術療法による合併症予防や術後の早期回復のため、麻酔科医や手術部位などの感染管理を専門とする医師、口腔機能・衛生管理を専門とする歯科医師などとの連携を図り、質の高い周術期管理体制を整備するとともに、術中迅速病理診断など手術療法の方針を決定する上で重要な病理診断を確実に実施できる体制を整備する。

(個別目標)

患者とその家族が納得して治療を受けられる環境を整備し、3年以内に全ての拠点病院にチーム医療の体制を整備することを目標とする。

診療ガイドラインの整備など、手術療法、放射線療法、化学療法の更なる質の向上を図るとともに、地域での各種がん治療に関する医療連携を推進することにより、安心かつ安全な質の高いがん医療の提供を目標とする。

(2) がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成

(現状)

がんの専門医の育成に関しては、厚生労働省では、平成19(2007)年からeラーニングを整備し、学会認定専門医の育成支援を行っている。また、文部科学省では、平成19(2007)年度から平成23(2011)年度までに「がんプロフェッショナル養成プラン」を実施し、大学では、放射線療法や化学療法、緩和ケア等のがん医療に専門的に携わる医師、薬剤師、看護師、放射線技師、医学物理士等の医療従事者の育成を行っている。その他、国、学会、拠点病院を中心とした医療機関、関係団体、独立行政法人国立がん研究センター(以下「国立がん研究センター」という。)などで、医療従事者を対象と

して様々な研修が行われ、がん診療に携わる専門的な薬剤師、看護師等の認定や育成を行っている。

しかし一方で、放射線療法、化学療法、緩和ケア、口腔ケア等のがん医療に専門的に携わる医師や歯科医師をはじめ、薬剤師や看護師等の医療従事者の育成が依然として不十分である他、多様化かつ細分化した学会認定専門医制度になっており、専門医の質の担保や各医療機関の専門医の情報が国民に分かりやすく提供されていないなどの指摘がある。

(取り組むべき施策)

質の高いがん医療が提供できるよう、より効率的かつ学習効果の高い教材の開発や学習効果に対する評価、大学間連携による充実した教育プログラムの実施等により、がん関連学会と大学などが協働して専門医や専門医療従事者の育成を推進する。

大学に放射線療法、化学療法、手術療法、緩和ケアなど、がん診療に関する教育を専門的かつ臓器別にとらわれない教育体制（例えば「臨床腫瘍学講座」や「放射線腫瘍学講座」など）を整備するよう努める。

がん医療に携わる医療従事者の育成に関わる様々な研修を整理し、より効率的な研修体制を検討するとともに、国、学会、拠点病院を中心とした医療機関、関係団体、国立がん研究センター等は、研修の質の維持向上に努め、引き続き、地域のがん医療を担う医療従事者の育成に取り組む。また、医療機関でもこうした教育プログラムへ医療従事者が参加しやすい環境を整備するよう努める。

(個別目標)

5年以内に、拠点病院をはじめとした医療機関の専門医配置の有無等、がん患者にとって分かりやすく提示できる体制の整備を目標とする。

また、関連学会などの協働を促し、がん診療に携わる専門医のあり方を整理するとともに、地域のがん医療を担う専門の医療従事者の育成を推進し、がん医療の質の向上を目標とする。

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(現状)

緩和ケアとは、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな

問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、QOLを改善するアプローチである」（世界保健機関より）とされている。したがって、緩和ケアは精神心理的、社会的苦痛を含めた全人的な対応が必要であり、その対象者は、患者のみならず、その家族や遺族も含まれている。

このため、前基本計画の重点課題に「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を掲げ、全ての拠点病院を中心に、緩和ケアチームを整備するとともに、がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催の他、緩和ケアの地域連携などについても取り組んできた。

しかし、日本の医療用麻薬消費量は増加傾向にあるが、欧米先進諸国と比較すると依然として少なく、がん性疼痛に苦しむがん患者の除痛がまだ十分に行われていないことが推測される他、がんと診断された時から、身体的苦痛だけでなく、不安や抑うつなどの精神心理的苦痛、就業や経済負担などの社会的苦痛など、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切な緩和ケアががん診療の中でまだ十分に提供されていない。

また、拠点病院に設置されている専門的緩和ケアを提供すべき緩和ケアチームの実績や体制等に質の格差が見られる他、専門的な緩和ケアを担う医療従事者が不足している。さらに、こうした緩和ケアの質を継続的に評価し還元できる体制も不十分である。

この他、国民の医療用麻薬への誤解や緩和ケアが終末期を対象としたものとする誤った認識があるなど、依然として国民に対して緩和ケアの理解や周知が進んでいない。

（取り組むべき施策）

患者とその家族が抱える様々な苦痛に対する全人的なケアを診断時から提供し、確実に緩和ケアを受けられるよう、患者とその家族が抱える苦痛を適切に汲み上げ、がん性疼痛をはじめとする様々な苦痛のスクリーニングを診断時から行うなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する。また、患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した、診断結果や病状の適切な伝え方についても検討を行う。

拠点病院を中心に、医師をはじめとする医療従事者の連携を図り、緩和ケア

チームなどが提供する専門的な緩和ケアへの患者とその家族のアクセスを改善するとともに、個人・集団カウンセリングなど、患者とその家族や遺族などがいつでも適切に緩和ケアに関する相談や支援を受けられる体制を強化する。

専門的な緩和ケアの質の向上のため、拠点病院を中心に、精神腫瘍医をはじめ、がん看護の専門看護師・認定看護師、社会福祉士、臨床心理士等の適正配置を図り、緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図る。

拠点病院をはじめとする入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療の提供体制を整備するとともに、急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の受入れ体制を整備する。

がん性疼痛で苦しむ患者をなくすため、多様化する医療用麻薬をはじめとした身体的苦痛緩和のための薬剤の迅速かつ適正な使用と普及を図る。また、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、医師だけでなく、がん診療に携わる医療従事者に対する人材育成を進め、基本的な緩和ケア研修を実施する体制を構築する。

学会などと連携し、精神心理的苦痛に対するケアを推進するため、精神腫瘍医や臨床心理士等の心のケアを専門的に行う医療従事者の育成に取り組む。

これまで取り組んできた緩和ケア研修会の質の維持向上を図るため、患者の視点を取り入れつつ、研修内容の更なる充実とともに、必要に応じて研修指導者の教育技法などの向上を目指した研修を実施する。

医療従事者に対するがんと診断された時からの緩和ケア教育のみならず、大学等の教育機関では、実習などを組み込んだ緩和ケアの実践的な教育プログラムを策定する他、医師の卒前教育を担う教育指導者を育成するため、医学部に緩和医療学講座を設置するよう努める。

緩和ケアの意義やがんと診断された時からの緩和ケアが必要であることを国民や医療・福祉従事者などの対象者に応じて効果的に普及啓発する。

(個別目標)

関係機関などと協力し、3年以内にこれまでの緩和ケアの研修体制を見直し、

5年以内に、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標とする。特に拠点病院では、自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標とする。

また、3年以内に、拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来などの専門的な緩和ケアの提供体制の整備と質の向上を図ることを目標とする。

こうした取組により、患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されることを目標とする。

(4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築

(現状)

医療提供体制については、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的根拠に基づく適切ながん医療を受けることができるよう拠点病院の整備が進められてきた。平成24(2012)年1月現在、388の拠点病院が整備され、2次医療圏に対する拠点病院の整備率は67%となっている。

しかし、近年、拠点病院間に診療実績の格差があることに加え、診療実績や支援の内容が分かりやすく国民に示されていないとの指摘がある。また、拠点病院は、2次医療圏に原則1つとされているため、既に同じ医療圏に拠点病院が指定されている場合は、原則指定することができない。さらに、国指定の拠点病院に加え、都府県が独自の要件に従ってがん医療を専門とする病院を指定しているため、患者にとって分かりにくいとの指摘もあり、新たな課題が浮かび上がっている。

地域連携については、がん医療の均てん化を目的に、地域の医療連携のツールとして、平成20(2008)年より地域連携クリティカルパスの整備が開始された。

しかし、多くの地域で地域連携クリティカルパスが十分に機能しておらず、十分な地域連携の促進につながっていないと指摘されている。

また、在宅医療・介護サービスについては、がん患者の間でもそのニーズが高まっているが、例えば、がん患者の自宅での死亡割合は過去5年間大きな変化が見られていない。

こうした状況の中、施設中心の医療から生活の場で必要な医療・介護サービスを受けられる体制を構築することにより、住み慣れた場で安心して自分らしい生活を送ることのできる社会の実現が求められている。

そのため、入院医療機関では、在宅療養を希望する患者に対し、患者とその家族に十分に説明した上で、円滑に切れ目なく在宅医療・介護サービスへ移行できるよう適切に対応することが必要である。また、在宅医療や介護を担う医療福祉従事者の育成に当たっては、在宅療養中のがん患者が非がん患者と比較して症状が不安定な場合が多いことを踏まえ、がん患者への医療・介護サービスについて、よりきめ細かな知識と技術を習得させることが必要である。さらに、市町村等でも、急速な病状の変化に対応し、早期に医療・介護サービスが提供されるよう、各制度の適切な運用が求められている。

（取り組むべき施策）

拠点病院のあり方（拠点病院の指定要件、拠点病院と都道府県が指定する拠点病院の役割、国の拠点病院に対する支援、拠点病院と地域の医療機関との連携、拠点病院を中心とした地域のがん医療水準の向上、国民に対する医療・支援や診療実績等の情報提供の方法、拠点病院の客観的な評価、地域連携クリティカルパスの運用等）について、各地域の医療提供体制を踏まえた上で検討する。

拠点病院は、在宅緩和ケアを提供できる医療機関などとも連携して、医療従事者の在宅医療に対する理解を一層深めるための研修などを実施するとともに、患者とその家族が希望する療養場所を選択でき、切れ目なく質の高い緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスを受けられる体制を実現するよう努める。また、国はこうした取組を支援する。

地域連携や在宅医療・介護サービスについては、患者の複雑な病態や多様なニーズにも対応できるよう、地域の経験や創意を取り入れ、多様な主体が役割分担の下に参加する、地域完結型の医療・介護サービスを提供できる体制の整備、各制度の適切な運用とそれに必要な人材育成を進める。

（個別目標）

がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく質の高いがん医療を受けられるよう、3年以内に拠点病院のあり方を検討し、5年以内に検討結果を踏まえてその機能を更に充実させることを目標とする。

また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるように在宅医療・介護サービス提供体制の構築を目標とする。

(5) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

(現状)

がん医療の進歩は目覚ましいが、治験着手の遅れ、治験の実施や承認審査に時間がかかる等の理由で、欧米で標準的に使用されている医薬品・医療機器が日本で使用できない状況であるいわゆる「ドラッグ・ラグ」「デバイス・ラグ」が問題となっている。

こうした問題に取り組むため、政府では「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」(平成19(2007)年)、「新たな治験活性化5か年計画」(平成19(2007)年)、「医療機器の審査迅速化アクションプログラム」(平成20(2008)年)に基づき医薬品・医療機器の早期開発・承認に向けた取組が行われ、審査期間の短縮等が図られてきている。

また、欧米では使用が認められているが、国内では承認されていない医薬品や適応(未承認薬・適応外薬)に係る要望の公募を実施し、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の中で、医療上の必要性を判断し、企業への開発要請や開発企業の募集を行う取組が平成21(2009)年より進められている。

具体的には、学会や患者団体等から平成21(2009)年当時、未承認薬のみならず、適応外薬についても多くの要望が提出され、そのうち医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬について、承認に向けた取組が進められている。

しかしながら、国際水準の質の高い臨床研究を行うための基盤整備が十分でないほか、がんの集学的治療開発を推進するための研究者主導臨床試験を実施する基盤も不十分である。特に希少がん・小児がんについては患者の数が少なく治験が難しいためドラッグ・ラグの更なる拡大が懸念されており、一層の取組が求められている。

(取り組むべき施策)

質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究の実施や研究者主導治験の中心的役割を担う臨床研究中核病院(仮称)を整備していくほか、引き続き研究者やCRC(臨床研究コーディネーター)等の人材育成に努める。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構（以下「PMDA」という。）は、引き続き薬事戦略相談事業を継続するなど体制を強化しつつ、PMDAと大学・ナショナルセンター等の人材交流を進め、先端的な創薬・医療機器等の開発に対応できる審査員の育成を進めていく。

未承認薬・適応外薬の開発を促進するため、引き続き、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」を定期的に開催し、欧米等で承認等されているが国内で未承認・適応外の医薬品等であって医療上必要性が高いと認められるものについて、関係企業に治験実施等の開発を要請する取組を行う。また、こうした要請に対して企業が治験に取り組めるよう、企業治験を促進するための方策を、既存の取組の継続も含めて検討する。未承認薬のみならず適応外薬も含め、米国等の承認の状況を把握するための取組に着手する。

「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の中で、医療上の必要性が高いと判断されたにもかかわらず、長期間治験が見込まれない抗がん剤についても、保険外併用療養費制度の先進医療の運用を見直し、先進医療の迅速かつ適切な実施について取り組んでいく。

なお、がんを含め、致死的な疾患等で他の治療法がない場合に、未承認薬や適応外薬を医療現場でより使いやすくするための方策については、現行制度の基本的な考え方や患者の安全性の確保といった様々な観点や課題を踏まえつつ、従前からの議論を継続する。

希少疾病用医薬品・医療機器について、専門的な指導・助言体制を有する独立行政法人医薬基盤研究所を活用するなど、より重点的な開発支援を進めるための具体的な対策を検討する。

臨床研究や治験を進めるためには患者の参加が不可欠であることから、国や研究機関等は、国民や患者の目線に立って、臨床研究・治験に対する普及啓発を進め、患者に対して臨床研究・治験に関する適切な情報提供に努める。

（個別目標）

医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けて、臨床研究中核病院（仮称）の整備、PMDAの充実、未承認薬・適応外薬の治験の推進、先進医療の迅速かつ適切な実施等の取組を一層強化し、患者を含めた国民の視点に立って、有

効で安全な医薬品を迅速に提供するための取組を着実に実施することを目標とする。

(6) その他

(現状)

病理診断医については、これまで拠点病院では、病理・細胞診断の提供体制の整備を行ってきたが、依然として病理診断医の不足が深刻な状況にある。

リハビリテーションについては、治療の影響から患者の嚥下や呼吸運動などの日常生活動作に障害が生じることがあり、また、がん患者の病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に次第に障害を来し、著しく生活の質が悪化することがしばしば見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が指摘されている。

希少がんについては、様々な希少がんが含まれる小児がんをはじめ、肉腫、口腔がんや成人T細胞白血病（以下「ATL」という。）など、数多くの種類が存在するが、それぞれの患者の数が少なく、専門とする医師や施設も少ないことから、診療ガイドラインの整備や有効な診断・治療法を開発し実用化することが難しく、現状を示すデータや医療機関に関する情報も少ない。

(取り組むべき施策)

病理診断については、若手病理診断医の育成をはじめ、細胞検査士等の病理関連業務を専門とする臨床検査技師の適正配置などを行い、さらに病理診断を補助する新たな支援のあり方や病理診断システムや情報技術の導入、中央病理診断などの連携体制の構築などについて検討し、より安全で質の高い病理診断や細胞診断の均てん化に取り組む。

リハビリテーションについては、がん患者の生活の質の維持向上を目的として、運動機能の改善や生活機能の低下予防に資するよう、がん患者に対する質の高いリハビリテーションについて積極的に取り組む。

希少がんについては、患者が安心して適切な医療を受けられるよう、希少がんに関する標準的治療の提供体制、情報の集約・発信、相談支援、研究開発等のあり方について、希少がんが数多く存在する小児がん対策の進捗等を参考にしながら検討する。

(個別目標)

3年以内に、拠点病院などで、病理診断の現状を調査し、がん診療の病理診断体制のあり方などについて検討する。また、拠点病院などで、がんのリハビリテーションに関わる医療従事者に対して質の高い研修を実施し、その育成に取り組む。希少がんに対しては、臨床研究体制の整備とともに個々の希少がんに見合った診療体制のあり方を検討する。

2. がんに関する相談支援と情報提供

(現状)

医療技術の進歩や情報端末の多様化に伴い多くの情報があふれる中、患者やその家族が医療機関や治療の選択に迷う場面も多くなっていることから、これまで拠点病院を中心に相談支援センターが設置され、患者とその家族のがんに対する不安や疑問に対応してきた。

また、国立がん研究センターでは、様々ながんに関連する情報の収集、分析、発信、さらに相談員の研修や各種がんに関する小冊子の作成配布等、相談支援と情報提供の中核的な組織として活動を行ってきた。さらに、学会、医療機関、患者団体、企業等を中心として、がん患者サロンや患者と同じような経験を持つ者による支援（ピア・サポート）などの相談支援や情報提供に係る取組も広がりがつつある。

しかしながら、患者とその家族のニーズが多様化している中、相談支援センターの実績や体制に差がみられ、こうした差が相談支援や情報提供の質にも影響していることが懸念されている。また、相談に対応可能な人員が限られる中、最新の情報を正確に提供し、精神心理的にも患者とその家族を支えることのできる体制の構築などの課題が指摘されている。

(取り組むべき施策)

国・地方公共団体・拠点病院等の各レベルでどのような情報提供と相談支援をすることが適切か明確にし、学会、医療機関、患者団体、企業等の力も導入したより効率的・効果的な体制構築を進める。

拠点病院は、相談支援センターの人員確保、院内・院外の広報、相談支援センター間の情報共有や協力体制の構築、相談者からフィードバックを得るなどの取組を実施するよう努め、国はこうした取組を支援する。

拠点病院は、相談支援センターと院内診療科との連携を図り、特に精神心理的苦痛を持つ患者とその家族に対して専門家による診療を適切な時期に提供するよう努める。

がん患者の不安や悩みを軽減するためには、がんを経験した者もがん患者に対する相談支援に参加することが必要であることから、国と地方公共団体等は、ピア・サポートを推進するための研修を実施するなど、がん患者・経験者との協働を進め、ピア・サポートをさらに充実するよう努める。

国立がん研究センターは、相談員に対する研修の充実や情報提供・相談支援等を行うとともに、希少がんや全国の医療機関の状況等についてもより分かりやすく情報提供を行い、全国の中核的機能を担う。

PMDAは、関係機関と協力し、副作用の情報収集・評価と患者への情報提供を行う。

(個別目標)

患者とその家族のニーズが多様化している中、地方公共団体、学会、医療機関、患者団体等との連携の下、患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、がんの治療や副作用・合併症に関する情報も含めて必要とする最新の情報を正しく提供し、きめ細やかに対応することで、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を早期に実現することを目指す。

3. がん登録

(現状)

がんの罹患数や罹患率、生存率、治療効果の把握など、がん対策の基礎となるデータを得ることにより、エビデンスに基づいたがん対策や質の高いがん医療を実施するため、また、国民や患者への情報提供を通じてがんに対する理解を深めるためにもがん登録は必須である。

地域がん登録は健康増進法（平成14年法律第103号）第16条に基づき平成24（2012）年1月現在、45道府県で実施され、平成24（2012）年度中に全都道府県が実施する予定となっている。また、地域がん登録への積極的な協力と院内がん登録の実施は拠点病院の指定要件であり、拠点病院で全国の約6割の患者をカバーしていると推定されている。平成23（2011）年5月、国立がん研究センターが拠点病院の院内がん登録情報を初めて公

開した。

地域がん登録の取組は徐々に拡大し、登録数も平成19（2007）年35万件から平成22（2010）年59万件へと順調に増加しているが、医療機関に届出の義務はなく、職員も不足している等の理由から院内がん登録の整備が不十分であること、現在の制度の中で、患者の予後情報を得ることは困難又はその作業が過剰な負担となっていること、地域がん登録は各都道府県の事業であるため、データの収集、予後調査の方法、人員、個人情報保護の取扱いなどの点でばらつきがみられることなどが課題としてあげられる。さらに、国の役割についても不明確であり、こうした理由から、地域がん登録データの精度が不十分であり、データの活用（国民への還元）が進んでいないとの指摘がある。

（取り組むべき施策）

法的位置付けの検討も含めて、効率的な予後調査体制を構築し、地域がん登録の精度を向上させる。また、地域がん登録を促進するための方策を、既存の取組の継続も含めて検討する。

国、地方公共団体、医療機関等は、地域がん登録の意義と内容について周知を図るとともに、将来的には検診に関するデータや学会による臓器がん登録等と組み合わせることによって更に詳細にがんに関する現状を分析していくことを検討する。

国立がん研究センターは、拠点病院等への研修、データの解析・発信、地域・院内がん登録の標準化への取組等を引き続き実施し、各医療機関は院内がん登録に必要な人材を確保するよう努める。

（個別目標）

5年以内に、法的位置付けの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させることを目標とする。

また、患者の個人情報の保護を徹底した上で、全てのがん患者を登録し、予後調査を行うことにより、正確ながんの罹患数や罹患率、生存率、治療効果等を把握し、国民、患者、医療従事者、行政担当者、研究者等が活用しやすいがん登録を実現することを目標とする。

4. がんの予防

(現状)

がんの原因は、喫煙（受動喫煙を含む）、食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌への感染など様々なものがある。特に、喫煙が肺がんをはじめとする種々のがんの原因となっていることは、科学的根拠をもって示されている。

たばこ対策については、「21世紀における国民健康づくり運動」や健康増進法に基づく受動喫煙対策を行ってきたが、平成17（2005）年に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効したことから、日本でも、同条約の締約国として、たばこ製品への注意文言の表示強化、広告規制の強化、禁煙治療の保険適用、公共の場は原則として全面禁煙であるべき旨の通知の発出等対策を行ってきた。また、平成22（2010）年10月には、国民の健康の観点から、たばこの消費を抑制するという考え方の下、1本あたり3.5円のたばこ税率の引上げを行った。

こうした取組により、成人の喫煙率は、24.1%（平成19（2007）年）から19.5%（平成22（2010）年）と減少したところであるが、男性の喫煙率は、32.2%（平成22（2010）年）と諸外国と比較すると依然高い水準である。

また、成人の喫煙者のうち、禁煙を希望している者は、28.9%（平成19（2007）年）から37.6%（平成22（2010）年）と増加している。

受動喫煙の機会を有する者の割合については、行政機関は16.9%（平成20（2008）年）、医療機関は13.3%（平成20（2008）年）となっている。一方、職場の受動喫煙の状況については、「全面禁煙」又は「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じている事業所の割合が64%、職場で受動喫煙を受けている労働者が44%（平成23（2011）年）とされ、職場の受動喫煙に対する取組が遅れている。また、家庭で日常的に受動喫煙の機会を有する者の割合は10.7%（平成22（2010）年）、飲食店で受動喫煙の機会を有する者の割合は50.1%（平成22（2010）年）となっている。

また、ウイルスや細菌への感染は、男性では喫煙に次いで2番目、女性では最もがんの原因として寄与が高い因子とされている。例えば、子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス（以下「HPV」という。）、肝がん

と関連する肝炎ウイルス、ＡＴＬと関連するヒトＴ細胞白血病ウイルス１型（以下「ＨＴＬＶ－１」という。）、胃がんと関連するヘリコバクター・ピロリなどがある。この対策として、子宮頸がん予防（ＨＰＶ）ワクチン接種の推進、肝炎ウイルス検査体制の整備、ＨＴＬＶ－１の感染予防対策等を実施している。

がんと関連する生活習慣等については、「２１世紀における国民健康づくり運動」等で普及・啓発等を行ってきたが、多量に飲酒する人の割合や野菜の摂取量に変化が見られず、果物類を摂取している人の割合が低下しているなど、普及啓発が不十分な部分がある。

（取り組むべき施策）

たばこ対策については、喫煙率の低下と受動喫煙の防止を達成するための施策等をより一層充実させる。具体的には、様々な企業・団体と連携した喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動の一層の推進の他、禁煙希望者に対する禁煙支援を図るとともに、受動喫煙の防止については、平成２２（２０１０）年に閣議決定された「新成長戦略」の工程表の中で、「受動喫煙のない職場の実現」が目標として掲げられていることを踏まえ、特に職場の対策を強化する。また、家庭における受動喫煙の機会を低下させるに当たっては、妊産婦の喫煙をなくすことを含め、受動喫煙防止を推進するための普及啓発活動を進める。

感染に起因するがんへの対策のうち、ＨＰＶについては、子宮頸がん予防（ＨＰＶ）ワクチンの普及啓発、ワクチンの安定供給に努めるとともにワクチン接種の方法等のあり方について検討を行う。また、引き続き子宮頸がん検診についても充実を図る。肝炎ウイルスについては、肝炎ウイルス検査体制の充実や普及啓発を通じて、肝炎の早期発見・早期治療につなげることにより、肝がんの発症予防に努める。また、Ｂ型肝炎ウイルスワクチンの接種の方法等のあり方について検討を行う。ＨＴＬＶ－１については、感染予防対策等に引き続き取り組む。ヘリコバクター・ピロリについては、除菌の有用性について内外の知見をもとに検討する。

その他の生活習慣等については、「飲酒量の低減」、「定期的な運動の継続」、「適切な体重の維持」、「野菜・果物摂取量の増加」、「食塩摂取量の減少」等の日本人に推奨できるがん予防法について、効果的に普及啓発等を行う。

(個別目標)

喫煙率については、平成34(2022)年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより成人喫煙率を12%とすることと、未成年者の喫煙をなくすことを目標とする。さらに、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は平成34(2022)年度までに受動喫煙の機会を有する者の割合を0%、職場については、事業者が「全面禁煙」又は「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じることにより、平成32(2020)年までに、受動喫煙の無い職場を実現することを目標とする。また、家庭、飲食店については、喫煙率の低下を前提に、受動喫煙の機会を有する者の割合を半減することにより、平成34(2022)年度までに家庭は3%、飲食店は15%とすることを目標とする。

また、感染に起因するがんへの対策を推進することにより、がんを予防することを目標とする。

さらに、生活習慣改善については、「ハイリスク飲酒者の減少」、「運動習慣者の増加」、「野菜と果物の摂取量の増加」、「塩分摂取量の減少」等を目標とする。

5. がんの早期発見

(現状)

がん検診は健康増進法に基づく市町村(特別区を含む。以下同じ。)の事業として行われている。

国は、平成23(2011)年度までにがん検診受診率を50%以上にすることを目標に掲げ、がん検診無料クーポンと検診手帳の配布や、企業との連携促進、受診率向上のキャンペーン等の取組を行ってきた。また、がん検診の有効性や精度管理についても検討会を開催する等、科学的根拠に基づくがん検診を推進してきた。さらに、地方公共団体でも、普及啓発活動や現場の工夫により受診率向上のための取組を実施してきた。

しかしながら、がん検診の受診率は、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、依然として諸外国に比べて低く、20%から30%程度である。この理由としてがん検診へのアクセスが悪い、普及啓発が不十分であること等が指摘され、また、厚生労働省研究班によると対象者全員に受診勧奨をしている市町村は約半数に留まっている。

また、科学的根拠に基づくがん検診の実施についても十分でなく、国の指針

以外のがん種の検診を実施している市町村と国の指針以外の検診項目を実施している市町村の数はそれぞれ1000を超えている。また、精度管理を適切に実施している市町村数は徐々に増加しているが、依然として少ない。

さらに、現状、がん検診を受けた者の40%から50%程度が職域で受けているほか、個人でがん検診を受ける者もいる。しかしながら、職域等のがん検診の受診率や精度管理については定期的に把握する仕組みがないことも課題となっている。

(取り組むべき施策)

市町村によるがん検診に加えて、職域のがん検診や、個人で受診するがん検診、さらに、がん種によっては医療や定期健診の中でがん検診の検査項目が実施されていることについて、その実態のより正確な分析を行う。

がん検診の項目について、国内外の知見を収集し、科学的根拠のあるがん検診の方法等について検討を行う。都道府県は市町村が科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう、引き続き助言を行い、市町村はこれを実施するよう努める。さらに、職域のがん検診についても科学的根拠のあるがん検診の実施を促すよう普及啓発を行う。

都道府県は、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図る等により、がん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取組を検討する。

精度管理の一環として、検診実施機関では、受診者へ分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者の不安を軽減するよう努める。

受診率向上施策については、これまでの施策の効果を検証した上で、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域のがん検診との連携など、より効率的・効果的な施策を検討する。

がん検診の意義、がんの死亡率を下げるため政策として行う対策型検診と人間ドックなどの任意型検診との違いや、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないことやがんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあるなどがん検診の欠点についても理解を得られるよう普及啓発活動を進める。

(個別目標)

5年以内に、全ての市町村が、精度管理・事業評価を実施するとともに、科学的根拠に基づくがん検診を実施することを目標とする。

がん検診の受診率については、5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成することを目標とする。目標値については、中間評価を踏まえ必要な見直しを行う。また、健康増進法に基づくがん検診では、年齢制限の上限を設けず、ある一定年齢以上の者を対象としているが、受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等も踏まえ、40歳から69歳（子宮頸がんは20歳から69歳）までを対象とする。

がん検診の項目や方法については、国内外の知見を収集して検討し、科学的根拠のあるがん検診の実施を目標とする。

6. がん研究

(現状)

日本のがん研究は、平成16（2004）年度に策定された「第3次対がん10か年総合戦略」を基軸として、戦略的に推進されるとともに、これまでの基本計画で掲げられた、難治性がんの克服や患者のQOL向上に資する研究など臨床的に重要性の高い研究や、がん医療の均てん化など政策的に必要性の高い研究に重点的に取り組んできている。

また、国内のがん研究に対する公的支援は、厚生労働省、文部科学省、経済産業省など複数の関係省庁により実施され、内閣府の総合科学技術会議と内閣官房医療イノベーション推進室によって各省庁によるがん研究事業の企画立案から実施状況までの評価が行われ、省庁間の一定の連携が図られるとともに、がん研究の推進体制や実施基盤に多様性をもたらしている。

しかし、依然として、多くのがん種でその本態には未だ解明されていない部分も多く、がんの予防や根治、治療に伴う副作用の軽減等を目指した基礎研究をさらに推進する必要がある。また、近年は、国際的に進められているがんワクチン開発等の免疫療法をはじめ、日本発のがん治療薬や医療機器の開発の遅れが指摘され、特に難治性がんや小児がんを含めた希少がんについては、創薬や機器開発をはじめとして、有効な診断・治療法を早期に開発し、実用化することが求められている。

また、基礎研究、臨床研究、公衆衛生研究等、全ての研究分野でその特性に適した研究期間の設定や研究費の適正配分が行われてなく、研究に関わる専門

の人材育成等を含めた継続的な支援体制が十分に整備されていないことが、質の高い研究の推進の障害となっている。

さらに、各省庁による領域毎のがん研究の企画・設定と省庁間連携、国内のがん研究の実施状況の全貌の把握と更なる戦略的・一体的な推進が求められている。

この他、全てのがん研究に関して、その明確な目標や方向性が患者や国民に対して適切に伝えられてなく、その進捗状況を的確に把握し評価するため体制も不十分である。

(取り組むべき施策)

ドラッグ・ラグとデバイス・ラグの解消の加速に向け、より質の高い臨床試験の実施を目指し、がんの臨床試験を統合・調整する体制や枠組みを整備する。

また、日本発の革新的な医薬品・医療機器を創出するため、がん免疫療法のがんワクチンや抗体薬の有用性を踏まえた創薬研究をはじめ、国際水準に準拠した上で、first-in-human 試験（医薬品や医療機器を初めてヒトに使用する試験をいう。）、未承認薬などを用いた研究者主導臨床試験を実施するための基盤整備と研究施設内の薬事支援部門の強化を推進する。

より効率的な適応拡大試験などの推進のため、平成24（2012）年度より臨床試験グループの基盤整備に対する支援を図る。

固形がんに対する革新的外科治療・放射線治療の実現、新たな医療機器導入と効果的な集学的治療法開発のため、中心となって臨床試験に取り組む施設を整備し、集学的治療の臨床試験に対する支援を強化する。

がんの特性の理解とそれに基づく革新的がん診断・治療法の創出に向け、先端的生命科学をはじめとする優良な医療シーズ（研究開発に関する新たな発想や技術などをいう。）を生み出すがんの基礎研究への支援を一層強化するとともに、その基礎研究で得られた成果を臨床試験等へつなげるための橋渡し研究などへの支援の拡充を図る。

限られた研究資源を有効に活用するため、公的なバイオバンクの構築や解析研究拠点等の研究基盤の整備と情報の共有を促進することにより、日本人のが

んゲノム解析を推進する。

国内の優れた最先端技術を応用した次世代の革新的医療機器開発を促進する。また、実際に一定数のがん患者に対して高度標準化治療を実施している施設に医療機器開発プラットフォームを構築し、それを活用した効率的な臨床試験の推進に対して継続的に支援する。

がんの予防方法の確立に向けて、大規模な公衆衛生研究や予防研究が効率的に実施される体制を整備し、放射線・化学物質等への健康影響、予防介入効果、検診有効性等の評価のための大規模疫学研究を戦略的に推進するとともに、公衆衛生研究の更なる推進のため、個人情報保護とのバランスを保ちつつ、がんに関する情報や行政資料を利用するための枠組みを整備する。

社会でのがん研究推進全般に関する課題を解決するため、研究成果に対する透明性の高い評価制度を確立・維持するとともに、がん研究全般の実施状況とその成果を国民に積極的に公開することにより、がん研究に対する国民やがん患者の理解の深化を図り、がん患者が主体的に臨床研究に参画しやすい環境を整備する。

がん登録の更なる充実を通じて、がん政策科学へのエビデンスの提供を推進するとともに、予防・検診・診断ガイドラインの作成や、がん予防の実践、がん検診の精度管理、がん医療の質評価、患者の経済的負担や就労等に関する政策研究に対して効果的な研究費分配を行う。

若手研究者（リサーチ・レジデント等）や研究専門職の人材をはじめとするがん研究に関する人材の戦略的育成や、被験者保護に配慮しつつ倫理指針の改定を行うとともに、研究と倫理審査等の円滑な運用に向けた取組を行う。

（個別目標）

国は、「第3次対がん10か年総合戦略」が平成25（2013）年に終了することから、2年以内に、国内外のがん研究の推進状況を俯瞰し、がん研究の課題を克服し、企画立案の段階から基礎研究、臨床研究、公衆衛生学的研究、政策研究等のがん研究分野に対して関係省庁が連携して戦略的かつ一体的に推進するため、今後のあるべき方向性と具体的な研究事項等を明示する新たな総合的ながん研究戦略を策定することを目標とする。

また、新たながん診断・治療法やがん予防方法など、がん患者の視点に立っ

て実用化を目指した研究を効率的に推進するため、がん患者の参画などを図り、関係省庁の連携や研究者間の連携を促進する機能を持った体制を整備し、有効で安全ながん医療をがん患者を含めた国民に速やかに提供することを目標とする。

7. 小児がん

(現状)

「がん」は小児の病死原因の第1位である。小児がんは、成人のがんと異なり生活習慣と関係なく、乳幼児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症し、希少で多種多様ながん種からなる。

一方、小児がんの年間患者の数は2000人から2500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され、医療機関によっては少ない経験の中で医療が行われている可能性があり、小児がん患者が必ずしも適切な医療を受けられていないことが懸念されている。

また、強力な治療による合併症に加え、成長発達期の治療により、治癒した後も発育・発達障害、内分泌障害、臓器障害、性腺障害、高次脳機能障害、二次がんなどの問題があり、診断後、長期にわたって日常生活や就学・就労に支障を来すこともあるため、患者の教育や自立と患者を支える家族に向けた長期的な支援や配慮が必要である。

さらに、現状を示すデータも限られ、治療や医療機関に関する情報が少なく、心理社会的な問題への対応を含めた相談支援体制や、セカンドオピニオンの体制も不十分である。

(取り組むべき施策)

小児がん拠点病院（仮称）を指定し、専門家による集学的医療の提供（緩和ケアを含む）、患者とその家族に対する心理社会的な支援、適切な療育・教育環境の提供、小児がんに関わる医師等に対する研修の実施、セカンドオピニオンの体制整備、患者とその家族、医療従事者に対する相談支援等の体制を整備する。

小児がん拠点病院を整備したのち、小児がん拠点病院は、地域性も踏まえて、患者が速やかに適切な治療が受けられるよう、地域の医療機関等との役割分担と連携を進める。また、患者が、発育時期を可能な限り慣れ親しんだ地域に留

まり、他の子どもたちと同じ生活・教育環境の中で医療や支援を受けられるような環境を整備する。

小児がん経験者が安心して暮らせるよう、地域の中で患者とその家族の不安や治療による合併症、二次がんなどに対応できる長期フォローアップの体制とともに、小児がん経験者の自立に向けた心理社会的な支援についても検討する。

小児がんに関する情報の集約・発信、診療実績などのデータベースの構築、コールセンター等による相談支援、全国の小児がん関連施設に対する診療、連携、臨床試験の支援等の機能を担う中核的な機関のあり方について検討し整備を開始する。

（個別目標）

小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指し、5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始することを目標とする。

8. がんの教育・普及啓発

（現状）

健康については子どもの頃から教育することが重要であり、学校でも健康の保持増進と疾病の予防といった観点から、がんの予防も含めた健康教育に取り組んでいる。しかし、がんそのものやがん患者に対する理解を深める教育は不十分であると指摘されている。

また、患者を含めた国民に対するがんの普及啓発は、例えば「がん検診50%集中キャンペーン」の開催、国立がん研究センターや拠点病院等の医療機関を中心とした情報提供や相談支援、民間を中心としたキャンペーン、患者支援、がん検診の普及啓発や市民公開講座など様々な形で行われている。しかし、いまだがん検診の受診率は20%から30%程度であるなどがんに対する正しい理解が必ずしも進んでいない。

さらに、職域でのがんの普及啓発、がん患者への理解、がんの薬が開発されるまでの過程や治療に対する理解、様々な情報端末を通じて発信される情報による混乱等新たなニーズや問題も明らかになりつつある。

(取り組むべき施策)

健康教育全体の中で「がん」教育をどのようにするべきか検討する。

地域性を踏まえて、がん患者とその家族、がんの経験者、がん医療の専門家、教育委員会をはじめとする教育関係者、国、地方公共団体等が協力して、対象者ごとに指導内容・方法を工夫した「がん」教育の試行的取組や副読本の作成を進めていくとともに、国は民間団体等によって実施されている教育活動を支援する。

国民への普及啓発について、国や地方公共団体は引き続き、検診や緩和ケアなどの普及啓発活動を進めるとともに、民間団体によって実施されている普及啓発活動を支援する。

患者とその家族に対しても、国や地方公共団体は引き続き、拠点病院等医療機関の相談支援・情報提供機能を強化するとともに、民間団体によって実施されている相談支援・情報提供活動を支援する。

(個別目標)

子どもに対しては、健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理し、がんに対する正しい知識とがん患者に対する正しい認識を持つよう教育することを目指し、5年以内に、学校での教育のあり方を含め、健康教育全体の中で「がん」教育をどのようにするべきか検討し、検討結果に基づく教育活動の実施を目標とする。

国民に対しては、がん予防や早期発見につながる行動変容を促し、自分や身近な人ががんに罹患してもそれを正しく理解し、向かい合うため、がんの普及啓発活動をさらに進めることを目標とする。

患者に対しては、がんを正しく理解し向き合うため、患者が自分の病状、治療等を学ぶことのできる環境を整備する。患者の家族についても、患者の病状を正しく理解し、患者の心の変化、患者を支える方法などに加え、患者の家族自身も心身のケアが必要であることを学ぶことのできる環境を整備することを目標とする。

9. がん患者の就労を含めた社会的な問題

(現状)

毎年20歳から64歳までの約22万人ががんに罹患し、約7万人ががんで死亡している一方、がん医療の進歩とともに、日本の全がんの5年相対生存率

は57%であり、がん患者・経験者の中にも長期生存し、社会で活躍している者も多い。

一方、がん患者・経験者とその家族の中には就労を含めた社会的な問題に直面している者も多い。例えば、厚生労働省研究班によると、がんに罹患した勤労者の30%が依願退職し、4%が解雇されたと報告されている。こうしたことから、就労可能ながん患者・経験者さえも、復職、継続就労、新規就労することが困難な場合があると想定される。

また、拠点病院の相談支援センターでも、就労、経済面、家族のサポートに関することなど、医療のみならず社会的な問題に関する相談も多い。しかしながら、必ずしも相談員が就労に関する知識や情報を十分に持ち合わせているとは限らず、適切な相談支援や情報提供が行われていないことが懸念される。

(取り組むべき施策)

がん以外の患者へも配慮しつつ、がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場でのがんの正しい知識の普及、事業者・がん患者やその家族・経験者に対する情報提供・相談支援体制のあり方等を検討し、検討結果に基づいた取組を実施する。

働くことが可能かつ働く意欲のあるがん患者が働けるよう、医療従事者、産業医、事業者等との情報共有や連携の下、プライバシー保護にも配慮しつつ、治療と職業生活の両立を支援するための仕組みについて検討し、検討結果に基づき試行的取組を実施する。

がん患者も含めた患者の長期的な経済負担の軽減策については、引き続き検討を進める。

医療機関は、医療従事者にとって過度な業務負担とならないよう健康確保を図った上で、患者が働きながら治療を受けられるように配慮するよう努めることが望ましい。

事業者は、がん患者が働きながら治療や療養できる環境の整備、さらに家族ががんになった場合でも働き続けられるような配慮に努めることが望ましい。また、職場や採用選考時にがん患者・経験者が差別を受けることのないよう十分に留意する必要がある。

(個別目標)

がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を3年以内に明らかにした上で、国、地方公共団体、関係者等が協力して、がんやがん患者・経験者に対する理解を進め、がん患者・経験者とその家族等の仕事と治療の両立を支援することを通じて、抱えている不安の軽減を図り、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目標とする。

第5 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 関係者等の連携協力の更なる強化

がん対策の推進に当たっては、国、地方公共団体と関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ一体となって努力していくことが重要である。

2. 都道府県による都道府県計画の策定

都道府県では、基本計画を基本として、平成25(2013)年度からの新たな医療計画等との調和を図り、がん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、地域の特性に応じた自主的かつ主体的な施策も盛り込みつつ、なるべく早期に「都道府県がん対策推進計画」の見直しを行うことが望ましい。

3. 関係者等の意見の把握

がん対策を実効あるものとして総合的に展開していくため、国と地方公共団体は、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことが極めて重要である。

4. がん患者を含めた国民等の努力

がん対策は、がん患者を含めた国民を中心として展開されるものであるが、がん患者を含めた国民は、その恩恵を受けるだけでなく、主体的かつ積極的に活動する必要がある。また、企業等には、国民のがん予防行動を推進するための積極的な支援・協力が望まれる。

なお、がん患者を含めた国民には、基本法第6条のとおり、がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じがん検診を受け

るよう努めることの他、少なくとも以下の努力が望まれる。

- がん医療はがん患者やその家族と医療従事者とのより良い人間関係を基盤として成り立っていることを踏まえ、医療従事者のみならず、がん患者やその家族も医療従事者との信頼関係を構築することができるよう努めること。
- がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情報の提示等を含むがんに関する十分な説明、相談支援と情報提供等が重要であるが、がん患者やその家族も病態や治療内容等について理解するよう努めること。
- がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実現するため、がん患者を含めた国民や患者団体も、国、地方公共団体、関係者等と協力し、がん対策を議論する場に参加し、がん医療やがん患者とその家族に対する支援を向上させるという自覚を持って活動するよう努めること。
- 治験を含む臨床試験を円滑に実行するためには、がん患者の協力が不可欠であり、理解を得るための普及啓発は重要であるが、がん患者を含めた国民も、がんに関する治験と臨床試験の意義を理解するよう努めること。

5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

基本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するためには、がん対策を推進する体制を適切に評価するようなきめ細やかな措置を講じるなど、各取組の着実な実施に向け必要な財政措置を行っていくことが重要である。

一方で、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用することにより、がん対策による成果を収めていくという視点が必要となる。

このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の強化、各施策の重複排除と関係府省間の連携強化を図るとともに、官民の役割と費用負担の分担を図る。

6. 目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定

基本計画に定める目標については、適時、その達成状況について調査を行い、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表する。また、がん対策の評価に資する、医療やサービスの質も含めた分かりやすい指標の策定について必要な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

なお、国は基本計画に基づくがん対策の進捗状況について3年を目途に中間評価を行い、必要に応じて施策に反映する。また、協議会は、がん対策の進捗状況を適宜把握し、施策の推進に資するよう必要な提言を行う。

7. 基本計画の見直し

基本法第9条第7項では、「政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも5年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない」と定められているが、がんに関する状況の変化、がん対策の進捗状況と評価を踏まえ、必要があるときは、計画期間が終了する前であっても、これを変更する。

「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」素案

歯科口腔保健の推進に関する法律(平成23年法律第95号)第12条第1項の規定に基づき、歯科口腔保健の推進に関する国及び地方公共団体の施策を総合的に推進するための基本的事項を次のように定める。

この基本的事項は、高齢化が進む中で将来を見据え、乳幼児期からの生涯を通じた歯科疾患の予防、口腔機能の獲得・保持等により、すべての国民が心身ともに健やかで心豊かな生活ができる社会を実現することを目的に、保健、医療、社会福祉、労働衛生、教育その他の関連施策及びその関係者との相互連携を図り、歯科口腔保健に関する国及び地方公共団体の施策等を総合的に推進するための基本的な事項を示すものである。

第一 歯科口腔保健の推進のための基本的な方針

一 口腔の健康の保持・増進、歯科口腔保健に関する健康格差の縮小

口腔の健康の保持・増進が健康で質の高い生活を営むうえで基礎的かつ重要な役割を果たしていることから、歯科口腔保健の推進を通じて、国民保健の向上に寄与する。

口腔の健康の保持・増進は、国民が主体的に取り組む課題であるが、国民一人一人が行うケアに加え、家庭、学校、職場、地域、医療機関（病院歯科・歯科診療所を含む）等を含めた社会全体としてもその取組を支援し、さらに歯科医師、歯科衛生士等の歯科専門職が行うケアにより口腔の健康の保持・増進及び歯科口腔保健に関する健康格差の縮小を実現する。

また、口腔の健康の保持・増進及び歯科口腔保健に関する健康格差の縮小のための取組を適切かつ効果的に行うために、ライフステージごとの特性等を踏まえることが重要である。

また、平成元年(1989年)より80歳で20本以上の歯を残すことをスローガンとして取り組んできた「8020(ハチマルニイマル)運動」はすべての国民の生涯を通じた口腔の健康及び口腔機能の維持・向上の観点から更に推進していくこととする。

二 歯科疾患の予防

う蝕、歯周病等の歯科疾患がない社会を目指して、歯科疾患の成り立ちや予防方法について普及啓発を行うとともに、健康を増進する一次予防に重点を置いた対策を推進する。

歯科疾患の発症のリスクが高い集団に対する取組や環境の整備等により生活習慣の改善等ができるようにする取組を組み合わせることにより、歯科疾患の予防を実現する。

三 生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上

食べる喜び、話す楽しみ等のQOL(生活の質)の向上を図るためには、口腔機能の維持・向上が重要である。

高齢期においては、摂食・嚥下等の口腔機能が低下しやすく、これを防ぐためには、特に、乳幼児期から学齢期(高等学校を含む。)にかけて、良好な口腔・顎・顔面の成

長发育及び適切な口腔機能を獲得し、成人期・高齢期にかけて口腔機能の維持・向上を図っていくことが重要である。

具体的には、口腔機能の健全な育成、口腔機能に影響を与える習癖等の改善、口腔機能訓練等に関する歯科保健指導等により促進することが重要である。

四 定期的な歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健

障害者、介護を必要とする高齢者その他の者で、定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対しては、その状況に応じた支援をしたうえで歯科疾患の予防等による口腔の健康の保持・増進を図っていく必要がある。

五 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備

歯科口腔保健に関する施策を総合的に推進していくために、国及び地方公共団体に歯科医師、歯科衛生士等の歯科専門職を配置すること、また、地方公共団体に口腔保健支援センターを設置することが望ましい。

歯科に関する疾患の早期発見及び早期治療を行うため、定期的に歯科に係る検診を受けることの勧奨を行うための支援体制の整備が必要である。

第二 歯科口腔保健を推進するための目標、計画に関する事項

口腔の健康の保持・増進及び歯科口腔保健に関する健康格差の縮小を目指して、第一の二から五までについて、それぞれアウトカムとしての目標、プロセスとしての計画を設定する。

一 目標、計画設定と評価の考え方

歯科口腔保健にかかわる多くの関係者が共通の認識として持つ科学的根拠に基づいた、実態把握が可能であり、かつ、具体的な目標を設定することを原則とする。

具体的な目標・計画については、おおむね10年後を達成時期として設定することとし「歯科疾患の予防」及び「生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上」のための目標、計画は、ライフステージごとの特性を踏まえたものとする。

歯科口腔保健の推進にかかる施策の成果については、基本的事項の策定後5年を目途に中間評価を行うとともに、10年後を目途に最終評価を行うことにより、その後の歯科口腔保健の推進にかかる施策に反映できるようにする。

二 歯科口腔保健を推進するための目標、計画

国が国民の歯科口腔保健について設定する具体的な目標、計画は、別表に掲げるものとし、国はこれらの目標、計画に基づき、歯科口腔保健の推進に取り組むものとする。

1 口腔の健康の保持・増進、歯科口腔保健に関する健康格差の縮小に関する目標

口腔の健康の保持・増進、歯科口腔保健に関する健康格差の縮小は、生活習慣の改善や社会環境の整備によって我が国全体として実現されるべき最終的な目標である。

本基本的事項において、口腔の健康の保持・増進、歯科口腔保健に関する健康格差の縮小に関する具体的な目標は特に設定しないが、次の2から5に掲げる目標、計画

を達成すること等により実現を目指すこととする。

2 歯科疾患の予防における目標・計画

う蝕、歯周病等の歯科疾患はライフステージごとの特性を踏まえ、乳幼児期、高等学校等を含む学齢期、妊産婦を含む成人期、高齢期に分けて目標、計画を設定する。

(1) 乳幼児期

健全な歯・口腔の育成を目標に設定し、その実現を図るため、歯科疾患等に関する知識の普及啓発、食生活及び発達の程度に応じた歯口清掃に係る歯科保健指導及びう蝕予防のための取組等に関する計画の具体的項目を設定する。

(2) 学齢期(高等学校等を含む)

口腔状態の向上を目標に設定し、その実現を図るため、歯科疾患及び口腔の外傷等に関する知識の普及啓発、食生活及び歯口清掃に係る歯科保健指導並びにう蝕及び歯周病を予防するための取組等に関する計画の具体的項目を設定する。

(3) 成人期(妊産婦を含む)

健全な口腔状態の維持を目標に設定し、その実現を図るため、歯周病と糖尿病・喫煙・早産等との関係性に関する知識の普及啓発、食生活及び歯口清掃に係る歯科保健指導、う蝕及び歯周病の予防並びに生活習慣の改善(禁煙支援)のための取組等に関する計画の具体的項目を設定する。

(4) 高齢期

歯の喪失防止を目標に設定し、その実現を図るため、根面う蝕、口腔がん等に関する知識の普及啓発、食生活及び歯口清掃に係る歯科保健指導並びにう蝕及び歯周病を予防するための取組等に関する計画の具体的項目を設定する。

3 生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上における目標・計画

生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上はライフステージごとの特性を踏まえ、乳幼児期から学齢期、また、成人期から高齢期に分けて目標・計画の具体的指標及び項目を設定する。

(1) 乳幼児期、学齢期(高等学校等を含む)

口腔機能の獲得を目標に設定し、その実現を図るため、口腔・顎・顔面の成長発育等に関する知識の普及啓発及び口腔機能の獲得に影響を及ぼす習癖等の除去、食育等に係る歯科保健指導等に関する計画の具体的項目を設定する。

(2) 成人期、高齢期

口腔機能の維持・向上を目標に設定し、その実現を図るため、口腔の状態と全身の健康との関係等に関する知識の普及啓発、義歯の手入れを含む歯口清掃及び食育等の歯科保健指導並びに口腔機能の維持・向上に関する取組の推進に関する計画の具体的項目を設定する。

4 定期的な歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者における目標・計画

定期的な歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な障害者・要介護高齢者等につ

いては、定期的な歯科検診・歯科医療に関する目標を設定し、その実現を図るため、定期的な歯科検診・歯科医療に関する実態把握、歯科疾患及び医療・介護サービス等に関する知識の普及啓発等に関する計画の具体的項目を設定する。

5 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備における目標・計画

歯科口腔保健の推進体制の整備に向けた目標を設定し、その実現を図るため、歯科に係る検診の勧奨及び実施体制の整備、口腔保健支援センターの設置並びに研修の充実等に関する計画の具体的項目を設定する。

第三 都道府県及び市町村の歯科口腔保健の基本的事項の策定に関する事項

一 歯科口腔保健推進に関する目標、計画の設定と評価

都道府県は歯科口腔保健の推進に関する法律等に基づき講ぜられる歯科口腔保健の推進に関する施策につき、市町村等の関係機関・関係者との円滑な連携の下に、それらの総合的な実施のための方針、目標、計画その他の基本的事項を定めるよう努めなければならない。

また、都道府県及び市町村は、歯科口腔保健の基本的事項の策定に当たり、第二に掲げた国が国民の歯科口腔保健について設定する目標、計画、ライフステージの区分、設定期間等を勘案しつつ、地域の状況に応じて、独自に到達すべき目標、計画等を設定し、定期的に評価及び改定を実施するよう努めるものとする。

二 目標、計画策定の留意事項

都道府県及び市町村における歯科口腔保健の基本的事項の策定に当たっては、次の事項に留意する必要がある。

- 1 都道府県は、市町村、医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者等の一体的な取組を推進する観点から、これらの関係者の連携の強化について中心的な役割を果たすとともに、地域における連携体制に基づいた歯科口腔保健の基本的事項を策定するよう努めること。また、地域における歯科口腔保健に関する情報等を広域的に収集・精査するための体制を整備し、その情報を市町村等へ提供するよう努めること。
- 2 保健所は、所管区域に係る歯科口腔保健に関する情報を収集、管理及び分析し、提供するとともに、地域の実情に応じ、市町村における基本的事項策定の支援を行うよう努めること。
- 3 市町村は、歯科口腔保健の基本的事項を策定するに当たっては、都道府県と連携しつつ策定するよう努めること。
- 4 都道府県及び市町村は、目標、計画の設定、評価において、科学的根拠に基づいた、実態把握が可能な具体的目標を設定し、また、住民が主体的に参加し、その意見を積極的に反映できるよう留意するとともに、地域の実情に応じて、保健、医療又は福祉に関する団体、研究機関、大学等との連携を図るよう努めること。

- 5 都道府県及び市町村は、基本的事項の策定に当たっては、都道府県が策定する健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に規定する健康増進計画、地域保健法（昭和 22 年法律第 101 号）に規定する地域保健対策の推進に関する基本指針、都道府県が策定する医療法（昭和 23 年法律第 205 号）に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）に規定する都道府県介護保険事業支援計画及びがん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）に規定する都道府県がん対策推進計画等の都道府県健康増進計画と関連する計画との調和に配慮すること。

第四 調査及び研究に関する基本的な事項

一 調査の実施及び活用

国は、歯科口腔保健を推進するための目標・計画を適切に評価するため、その設定期間や、評価の時期を勘案して、原則として 5 年毎に、歯科疾患実態調査等の企画を行い、実施する。

また、国、地方公共団体等は、歯科疾患実態調査、国民健康・栄養調査、学校保健統計調査、健康診査、保健指導、診療報酬明細書その他の各種統計等を基に、個人情報の保護に留意しつつ、現状分析を行うとともに、これらを歯科口腔保健の推進に関する施策の評価に十分活用する。

さらに、地方公共団体等は、各種統計等から得られた情報を、個人の歯科口腔保健の推進に活用できる形で地域住民に提供するよう努めるものとし、国は、各地域で行われている施策等を把握し、情報提供するよう努めるものとする。

二 研究の推進

国及び地方公共団体は、効果的な国民の歯科口腔保健の状況の改善に資するため、口腔の状態と全身の健康との関係、歯科疾患と生活習慣との関係、歯科口腔保健と医療費との関係及び歯科疾患に係るより効果的な予防・治療法等についての研究を推進し、その研究結果の施策への反映を図るとともに、的確かつ十分に情報提供するものとする。

この際、個人情報について適正な取扱いの厳格な実施を確保することが必要であることを認識し、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 58 号）、統計法（平成 19 年法律第 53 号）、地方公共団体において個人情報の保護に関する法律の趣旨を踏まえて制定される条例等を遵守する。

さらに、国及び地方公共団体は、保健、医療又は福祉に関する団体、研究機関、大学、企業等との連携のもと、ICT（情報通信技術）等を活用して、全国規模で健康情報を収集・分析し、効果的な歯科口腔保健の推進に関する施策を実施できる仕組みを構築するよう努める。

第五 その他歯科口腔保健の推進に関する重要事項

一 歯科口腔保健に関する正しい知識の普及に関する事項

歯科口腔保健の推進は、基本的に国民一人ひとりの意識と行動の変容にかかっており、国民の主体的な取組を支援していくためには、国民に対する十分かつ確かな情報提供が必要である。このため、国及び地方公共団体が行う情報提供については、マスメディア、ボランティア、産業界、学校教育等多様な経路を活用していくことが重要であり、その内容が科学的知見に基づいたものであり、分かりやすく、取組に結びつきやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫する。

また、生活習慣に関する正しい知識の普及に当たっては、家庭、学校、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めることができるよう工夫する。

なお、情報提供に当たっては、特定の内容が強調され、誤った情報として伝わることはないよう留意する。

さらに、歯科口腔保健の一層の推進を図るため、6月4日から10日まで実施される歯の衛生週間等を活用していく。

二 歯科口腔保健を担う人材

国及び地方公共団体においては、歯科医師、歯科衛生士等の歯科専門職並びに歯科口腔保健を担当する医師、看護師、保健師、薬剤師、管理栄養士、栄養士その他の職員の確保及び資質の向上に努める必要がある。さらに、歯科口腔保健がより円滑かつ適切に実施できるように、関係団体、医療・福祉関係機関等との調整、歯科口腔保健の計画・施策への参画及び当該事業の企画・調整を行う歯科口腔保健を担当する人材として歯科医師、歯科衛生士等の歯科専門職の確保等に努めることが望ましい。

また、これらの人材の資質向上を図るため、国において総合的な企画及び調整の能力の養成に重点を置いた研修の充実を図るとともに、都道府県において、市町村、医療保険者、地域の歯科医師会・医師会等の関係団体と連携し、最新の科学的知見に基づく研修の充実を図ることが必要である。

三 歯科口腔保健を担う者の連携および協力に関する事項

地方公共団体においては、歯科口腔保健を担当する地方公共団体の職員だけでなく、歯科医師、歯科衛生士等の歯科専門職、医師、看護師、保健師、薬剤師、言語聴覚士、管理栄養士、栄養士、介護福祉士、地域保健担当者、学校保健担当者等の歯科口腔保健を担う全ての者が情報を共有して連携・協力する体制の確保・整備に努める必要がある。

医療保険者、医療機関（病院歯科、歯科診療所を含む）、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等は、国及び地方公共団体が講ずる歯科口腔保健の推進に関する施策に協力するとともに、地方公共団体が設置する保健所、市町村保健センター、児童相談所等を含めたこれら関係機関等から構成される中核的な推進組織を設

置する等、互いに連携・協力して、歯科口腔保健を推進することが望ましい。

特に、口腔・顎・顔面の発育不全を有する者、糖尿病を有する者、禁煙を希望する者、妊産婦、周術期管理が必要な者等に対する医科・歯科連携を積極的に図っていくことにより、歯科口腔保健の推進が期待される。障害者・要介護高齢者等に対する歯科口腔保健対策の推進に当たっては、地域の病院や主治医を含む障害者福祉・介護関係機関等の関係者との緊密な連携体制を構築することが望ましい。

(別表)

1 口腔の健康の保持・増進、歯科口腔保健に関する健康格差の縮小に関する目標
次の2から5に掲げる目標、計画を達成すること等により実現を目指すこととする。

2 歯科疾患の予防における目標、計画

(1) 乳幼児期

【目標】 健全な歯・口腔の育成

具体的指標	現状値	目標値 (平成 35 年)
3 歳児でとう蝕のない者の増加	77.1%	【P】 95% (※健やか親子 21 では平成 26 年度の目標値 80% 以上)

【計画】

具体的項目
・普及啓発(歯科疾患、口腔の外傷等に関する知識) ・歯科保健指導の実施(生活習慣、口腔の健康及びう蝕予防のための食生活、発達の状況に応じた歯口清掃方法等) ・う蝕予防方法の普及(フッ化物、小窩裂溝填塞法(シーラント)、定期的な歯科検診等) ・その他

(2) 学齢期(高等学校等を含む)

【目標】 口腔状態の向上

具体的指標	現状値	目標値 (平成 35 年)
1 2 歳児でとう蝕のない者の増加	54.6%	【P】 75.0%
中学生・高校生における歯肉に炎症所見を有する者の減少	26.0%	【P】 15.0%

【計画】

具体的項目
・普及啓発(歯科疾患、口腔の外傷等に関する知識) ・歯科保健指導の実施(生活習慣、口腔の健康及びう蝕予防のための食生活、口腔状況に応じた歯口清掃方法、咀嚼方法等) ・う蝕予防方法の普及(フッ化物、小窩裂溝填塞法(シーラント)、定期的な歯科検診等) ・歯周病予防方法の普及(歯口清掃、定期的な歯科検診等)

・その他

(3) 成人期（妊産婦を含む）

【目標】 健全な口腔状態の維持及び良好な口腔状態の維持

具体的指標	現状値	目標値 (平成 35 年)
20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の減少	31.7%	25.0%
40 歳代における進行した歯周炎を有する者の減少	37.3%	25.0%
40 歳の未処置歯を有する者の割合	40.3%	10.0%
40 歳で喪失歯のない者の増加	54.1%	75.0%

【計画】

具体的項目
・普及啓発(歯周病と糖尿病・喫煙・早産等の関係性、口腔がん等に関する知識) ・歯科保健指導の実施(生活習慣、う蝕・歯周病の予防・改善のための歯口清掃方法、禁煙支援等) ・う蝕予防方法の普及（フッ化物、定期的な歯科検診等） ・歯周病予防方法の普及(歯口清掃、定期的な歯科検診等) ・その他

(4) 高齢期

【目標】 歯の喪失防止

具体的指標	現状値	目標値 (平成 35 年)
60 歳の未処置歯を有する者の割合	37.6%	10.0%
60 歳代における進行した歯周炎を有する者の減少	54.7%	45.0%
60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の増加	60.2%	70.0%
80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の増加	25.0%	50.0%

【計画】

具体的項目
・普及啓発(歯周病と糖尿病・喫煙等の関係性、根面う蝕、口腔がん等に関する知識) ・歯科保健指導の実施(生活習慣、う蝕・歯周病の予防・改善のための歯口清掃方法、咀嚼訓練、義歯の清掃・管理、舌・粘膜等の清掃、口腔の健康及びう蝕予防のための食生活、歯口清掃等) ・う蝕予防方法の普及(フッ化物、定期的な歯科検診等)

・ 歯周疾患予防方法の普及（歯口清掃、定期的な歯科検診等）・その他

3 生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上における目標、計画

（１）乳幼児期、学齢期（高等学校等を含む）

【目標】口腔機能の獲得

具体的指標	現状値	目標値 (平成 35 年)
3 歳児での不正咬合等が認められる者の減少	12.3%	10.0%

【計画】

具体的項目
・ 普及啓発（口腔・顎・顔面の成長発育等に関する知識） ・ 歯科保健指導の実施（口腔機能の獲得に影響を及ぼす習癖等の改善、食育等） ・ その他

（２）成人期、高齢期

【目標】口腔機能の維持・向上

具体的指標	現状値	目標値 (平成 35 年)
60 歳代における咀嚼良好者の増加	73.4%	80.0%

【計画】

具体的項目
・ 普及啓発（口腔の状態と全身の健康との関係等に関する知識） ・ 歯科保健指導の実施（咀嚼訓練、歯口清掃（舌・粘膜等の清掃含む）、義歯の清掃・管理、食育等） ・ 口腔機能の回復・向上に関する取組の推進 ・ その他

4 定期的な歯科検診、歯科医療を受けることが困難な者における目標、計画

（１）障害者・要介護高齢者

【目標】【P】定期的な歯科検診・歯科医療に関する目標

具体的指標	現状値	目標値 (平成 35 年)
【P】定期歯科検診の実施率の増加	【P】	【P】

【計画】

具体的項目
・ 普及啓発（歯科疾患、医療・介護サービス、摂食・嚥下機能、口腔ケア等に関する知識） ・ 歯科保健指導の実施（家族・介護者への口腔ケア指導等）

- ・障害者・要介護高齢者等の歯科口腔保健状況に関する実態把握とこれに基づいた効果的な対策の実施
- ・その他

5 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備における目標、計画

【目標】 歯科口腔保健の推進体制の整備

具体的指標	現状値	目標値 (平成 35 年)
過去 1 年間に歯科検診を受診した者の増加	34.1%	65.0%
3 歳児でう蝕がない者の割合が 80%以上である都道府県の増加	12.8%	50.0%
12 歳児の一人平均う歯数が 1.0 歯未満である都道府県の増加	12.8%	80.0%
【P】歯科口腔保健の推進に関する基本的事項を策定している都道府県の増加	【P】	【P】
歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している都道府県の増加	48.9%	80.0%

【計画】

具体的項目
・歯科に係る検診の勧奨、実施体制の整備 ・口腔保健支援センターの設置 ・歯科口腔保健法に基づく基本的事項の策定・評価 ・医療計画に歯科医療機関の位置付けを必要に応じて記載 ・産業保健と地域保健の連携の推進 ・歯科医師、歯科衛生士等の歯科専門職の配置、地域歯科口腔保健の推進のための人材の確保及び育成 ・歯科医師、歯科衛生士等の歯科専門職、医師、看護師、保健師、薬剤師、管理栄養士、栄養士、介護福祉士等の研修の充実 ・その他

公衆衛生・がん対策委員会答申
(抜 粋)

平成24年2月

日 本 医 師 会
公衆衛生・がん対策委員会

1. 特定健診

これまでの老人保健法を基に市町村によって行われてきた基本健康診査（基本健診）が廃止され、平成 20 年度から導入された「特定健診」及び「特定保健指導」は、それまで構築されてきた保健事業の現場を根底から変更させ、開始から既に 4 年目となる今日も、その実施率は全国の関係者の努力にも関わらず全体的に低迷している。

今期委員会に課せられた諮問の「受診率向上」を語るうえでも、本健診のそもそもの出発点からの見直しが必要との観点から検討を行った。以下、その基本的な問題点を列記する。

（１）問題点

1) 法制度的問題点—「医療費適正化の推進」のための健診

本健診の提起された時期は、小泉元首相のもとに平成 18 年度の「医療制度改革」で一連の諸法令改定が行われたときであり、この特定健診等と高齢者医療の制度を柱とする「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下「高確法」とする）である。

その「高確法」の条文では、

第一章 総則（第一条—第七条）

第二章 医療費適正化の推進

第一節 医療費適正化計画等（第八条—第十七条）

第二節 特定健康診査等基本指針等（第十八条—第三十一条）

第三章 前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整

（第三十二条—第四十六条）

第四章 後期高齢者医療制度（以下略）

と、この健診は「医療費適正化の推進」のために位置づけられ、さらに「老人保健法」下の「基本健康診査」はなくなり、地方自治体の保健事業とは切り離され、各医療保険者に義務づけられた。しかも、その実施率の成否により、「後期高齢者支援金（以下、支援金）」の加算・減算が行われる、いわゆる「ペナルティ制度」が導入された。

2) 健診方法の問題点—対象・基準の設定の偏り、一次・二次予防の混同と混乱

「高確法」施行令で、特定健診の対象は「高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病であって、内臓脂肪の蓄積に起因するもの」とされ、健診項目も限定されたうえ、その内臓脂肪蓄積の簡易評価法としての腹囲を日本独自の指標で第一基準とするものとした。

しかも、そのように対象を特定した「一次予防」対策としながら、従来の「二次予防」としての健診と同じような形式で、基準値を臨床での正常範囲とは乖離した設定を行っている。

当初は、これらを国民皆保険制度維持に国民の主体的な関わりと保険者の責任の一貫性を促すものとの一部評価もあったが、その後の実際の展開では、これら制度設計に起因する問題点が噴出する結果となっている。

特にその第一基準とされた腹囲については、その後の国際的動向を見ても、また国内の「吹田研究」¹⁾等からしても「循環器病の独立した危険因子」であることが否定されてきており、少なくとも腹囲を第一基準とするような健診は諸外国には見当たらない。

日本公衆衛生学会はすでに平成 22 年 10 月に、「特定健診・特定保健指導の今後の改定に対する意見」を厚生労働大臣宛に提起し、「腹囲が基準以下で高血圧、糖尿病、脂質異常などの循環器疾患の危険因子が重複する者がメタボリックシンドローム該当者よりも多数認められます。」として、その見直しを求めている。

3) 厚生労働省の検討会で指摘された問題点—保険者による現行制度枠内での検討の限界

厚生労働省（以下、厚労省）にあっても、従来の「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」を、平成 23 年 4 月より「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」に切り替え、実施 5 年目以降平成 25 年度からの「見直し」に向けた「より幅広い検討」を重ねている。

しかし同検討会は、その設定・構成からして保険者による健診制度を前提とした枠組みでの議論となっており、その内容も第 1 回の「地域・

職域における生活習慣病予防活動・疾病管理による医療費適正化効果に関する研究について」等に見られるように、受診促進の制度的な手当て（被扶養者の受診促進、市町村への委託、がん検診との連携）、円滑な実施についての実務的課題（事業主健診のデータ取得他システム連携）、実施を促進する方策（支援金の加算・減算、補助金単価について）等が主体である。

特に第3回に提示された特定健診の保険者別実施率の分布図は、職域健診と重なる大手健保組合の被保険者と一部の小規模市町村国保のみが高く、被扶養者や一般国保組合は低迷しており、協会けんぽ等に至ってはばらつきが大きすぎて評価もできない実態を示している²⁾。

また、腹囲等の疫学的エビデンスについても、その見直しを必要とする学術的指摘・資料提起も行われたが、引き続く議論に反映されておらず、日医側委員から指摘・抗議を行った。

4) エビデンス・精度管理あつての受診率

多くの研究者が指摘するように、健（検）診の評価には「エビデンス」・「精度管理」・「受診率」を一体のものとして捉える必要がある。

今回の特定健診は明確なエビデンスもなく拙速に開始され、第一基準とした腹囲基準も当時の関係学会提案をそのまま制度化し、自己申告まで可としており、精度管理以前の問題である。

また、HbA1cについても、一部地域での調査報告によると、各臨床検査部門の検査結果のばらつきが許容範囲を超えるものとなっていることが示されており、国際基準との整合性等の議論以前に各健診項目の標準化、精度管理そのものも問われている。

（2）問題解決のための方策

1) 法制度的見直し

「40歳～74歳の方全員を対象とする大規模な一次予防としての先駆的な取組」（厚労省）として、「壮大な実験」とも評された「特定健診」を強引に「二次予防」の現場に押しつけ、二次予防としての基本健診を廃止するだけでなく、がん検診等との総合実施にまで阻害要因となったことによって、むしろ医療費の上昇要因ともなったと考えられる。

前節に述べた各種問題の前提となる「高確法」の一方の柱である「後期高齢者医療制度」自体も政権交代後の政府が見直しの方針を示しているなか、この特定健診等の制度も含めた「高確法」全体を見直すべきである。

2) 行政責任の明確化

本来は二次予防以降の保険医療を支えるべき保険者に一次予防を義務づけさせ、それもペナルティ付きの特定健診等制度は前節に述べたとおり、保険者の規模・財政力・組織力等によりその実施状況に極端なばらつきを見せている。

最も憂慮すべきはこれまで地域で受診ができた住民基本健診が分断され、保険者ごとに自己負担金や受診先指定機関も変更されることにより、とりわけ、「被扶養者」の受診率の低迷を招いていることである。

さらに、高い実施率と称される健保組合の健診も、本来の職域健診の読み替え・データの転用に過ぎず、その余力で行った保健指導が成果とされているが、産業保健による健康教育・指導と現場では重複しているのが実態である。

「健康で文化的な生活」を保障すべき憲法下の国・行政の責任を保険者任せにするのではなく、地域の誰もが平等に安心して受けられる健診を保障することが、とりわけ東日本大震災・原発事故を経た今日の方向である。

3) エビデンスと精度管理による健診項目設定と指導手法の充実

従来の臨床検査基準値、性差や年齢差等を考慮しない判定値の設定は当初より非難され、現場に混乱をもたらしてきた。とりわけ、国際的な統一基準の設定が困難である腹囲をメタボリックシンドローム判定の第一基準に据えたあり方は、健診概念そのものを否定するだけではなく、むしろ、その該当者に健診受診の意義を失わせ、忌避する根拠も与えたものと思われる。

「特定」として絞られてしまった健診としての機能を補うため、特に市町村国保と医師会との契約の過半数で尿酸やクレアチニン等の「上乘せ健診」が実施されており、それを無料で受けられるような地区ほど受

診率が高いことが日医総研の調査でも明らかにされている。その他貧血・心電図が限定されていることを含め、健診項目の見直しを求める医師会は当初で7～8割超であったことも当然である。(文末参考資料)

各健診項目としてのエビデンスを今一度確認しつつ、それが全国的に均質な精度と標準化を保てる方法を提示し、地域はもとより全国的に比較検討もできる設定としていかなければならない。

また、今回導入された主眼たる「保健指導」や行動変容へのアプローチは、その主体的取り組みを援助する限りにおいては一定の評価も得られる可能性があるものの、最も大きな健康阻害要因である禁煙指導等がしっかり位置づけられず、その「保健指導」受入自体が「健診」受診率以上に低調な原因を踏まえ、手法そのものの再検討も必要である。

4) 魅力ある健診

現在進行中の厚労省の「保険者による健診・保健指導に関する検討会」では、関係団体等から手直し案提案に加え、「インセンティブのあり方について」や「後期高齢者支援金の加算・減算制度について」と議論が進んでいる。

しかし、健診とは本来何のためにあるかを再検討することなく、保険者に押しつけた制度の維持と見かけ上の受診率向上のために、保険者の利害調整に終わるとすれば論外というべきで、構造的にも組織的にも違った性格の保険者を均一の議論の俎上に載せること自体に無理がある。

そのうえで、「社会保障と税の一体改革」が叫ばれるなか、国民皆保険制度を維持するためには、保険者と国・行政と国民がそれぞれ何をしなければならないかという議論をすべきである。その中で、国民にとっても魅力ある健診が提示されれば、自ずと受診率も向上し、メタボリックシンドロームに限らない健康づくりへの取り組みがもっと前向きに捉えられるのではないか。具体的項目等はその方向性のなかでこそ設定されるべきである。

特定健診・保健指導にかかる 法令・通知

特定健康診査・特定保健指導制度

高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)(抄)

(特定健康診査等基本指針)

第18条 厚生労働大臣は、特定健康診査(糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ。)及び特定保健指導(特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者として厚生労働省令で定めるものが行う保健指導をいう。以下同じ。)の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針(以下「特定健康診査等基本指針」という。)を定めるものとする。

(2～5 略)

高齢者の医療の確保に関する法律施行令(平成19年政令第318号)(抄)

(法第18条第1項に規定する政令で定める生活習慣病)

第1条 高齢者の医療の確保に関する法律(以下「法」という。)第18条第1項に規定する政令で定める生活習慣病は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病であつて、内臓脂肪(腹腔内の腸間膜、大網等に存在する脂肪細胞内に貯蔵された脂肪をいう。)の蓄積に起因するものとする。

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号)(抄)

(特定健康診査の項目)

第1条 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下「法」という。)

第20条の規定により、毎年度、当該年度の4月1日における加入者であつて、当該年度において40歳以上75歳以下の年齢に達するもの(75歳未満の者に限り、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者を除く。)に対し、特定健康診査等実施計画(法第19条第1項に規定する特定健康診査等実施計画をいう。以下同じ。)に基づき、次の項目について、特定健康診査(法第18条第1項に規定する特定健康診査をいう。以下同じ。)を行うものとする。

一 既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む。)

二 自覚症状及び他覚症状の有無の検査

三 身長、体重及び腹囲の検査

四 BMI(次の算式により算出した値をいう。以下同じ。)の測定

$$\text{BMI} = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$$

五 血圧の測定

六 血清グルタミン酸オキサロアセチクトランスアミナーゼ(GOT)、血清グルタミンピルビクトランスアミナーゼ(GPT)及びガンマーグルタミルトランスペプチダーゼ(γ-GTP)の検査(以下「肝機能検査」という。)

七 血清トリグリセライド(中性脂肪)、高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)及び低比重リポ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)の量の検査(以下「血中脂質検査」という。)

八 血糖検査

九 尿中の糖及び蛋白の有無の検査(以下「尿検査」という。)

十 前各号に掲げるもののほか、厚生労働大臣が定める項目について厚生労働大臣が定める基準に基づき医師が必要と認めるときに行うもの

(2～4 略)

(特定保健指導の対象者)

第4条 法第18条第1項に規定する特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者は、特定健康診査の結果、腹囲が85センチメートル以上である男性若しくは腹囲が90センチメートル以上である女性又は腹囲が85センチメートル未満である男性若しくは腹囲が90センチメートル未満である女性であってBMIが25以上の者のうち、次の各号のいずれかに該当するもの(高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者を除く。)とする。

- 一 血圧の測定の結果が厚生労働大臣が定める基準に該当する者
- 二 血清トリグリセライド(中性脂肪)又は高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)の量が厚生労働大臣が定める基準に該当する者
- 三 血糖検査の結果が厚生労働大臣が定める基準に該当する者

(2 略)

(保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者)

第5条 法第18条第1項に規定する保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者は、医師、保健師又は管理栄養士とする。

(特定保健指導の実施方法)

第6条 保険者は、法第24条の規定により、第4条に規定する者に対し、特定健康診査等実施計画に基づき、次条第1項に規定する動機付け支援又は第8条第1項に規定する積極的支援により特定保健指導(法第18条第1項に規定する特定保健指導をいう。以下同じ。)を行うものとする。

(動機付け支援)

第7条 動機付け支援とは、動機付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として、次に掲げる要件のいずれも満たすものであって、厚生労働大臣が定める方法により行う保健指導をいう。

- 一 動機付け支援対象者が、医師、保健師又は管理栄養士の面接による指導の下に行動計画を策定すること。
- 二 医師、保健師、管理栄養士又は食生活の改善指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者として厚生労働大臣が定めるものが、動機付け支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に係る動機付けに関する支援を行うこと。
- 三 動機付け支援対象者及び第1号の規定により面接による指導を行った者が、行動計画の策定の日から6月以上経過後において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこと。

2 前項の動機付け支援対象者は、次の各号に掲げる者とする。

- 一 腹囲が85センチメートル以上である男性又は腹囲が90センチメートル以上である女性であって、第4条第1項各号のいずれか一のみに該当する者(次条第2項第2号に該当する者を除く。)
- 二 腹囲が85センチメートル未満である男性又は腹囲が90センチメートル未満である女性であってBMIが25以上の者のうち、第4条第1項各号のいずれか二のみに該当するもの(次条第2項第4号に該当する者を除く。)
- 三 腹囲が85センチメートル未満である男性又は腹囲が90センチメートル未満である女性であってBMIが25以上の者のうち、第4条第1項各号のいずれか一のみに該当するもの
- 四 特定健康診査を実施する年度において65歳以上75歳以下の年齢に達する者(当該年度において75歳に達する者にあつては、動機付け支援の実施の際に当該年齢に達していない者に限る。)のうち、次に掲げるもの

- イ 腹囲が85センチメートル以上である男性又は腹囲が90センチメートル以上である女性であつて、第4条第1項各号のいずれか二以上に該当する者
 - ロ 腹囲が85センチメートル以上である男性又は腹囲が90センチメートル以上である女性であつて、第4条第1項各号のいずれか一のものに該当し、かつ、特定健康診査の結果、喫煙習慣があると認められた者
 - ハ 腹囲が85センチメートル未満である男性又は腹囲が90センチメートル未満である女性であつてBMIが25以上の者のうち、第4条第1項各号のいずれにも該当するもの
 - ニ 腹囲が85センチメートル未満である男性又は腹囲が90センチメートル未満である女性であつてBMIが25以上の者のうち、第4条第1項各号のいずれか二のものに該当し、かつ、特定健康診査の結果、喫煙習慣があると認められたもの
- 3 第4条第2項の規定は、前項の規定の適用について準用する。

(積極的支援)

- 第8条 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、次に掲げる要件のいずれも満たすものであつて、厚生労働大臣が定める方法により行う保健指導をいう。
- 一 積極的支援対象者が、医師、保健師又は管理栄養士の面接による指導の下に行動計画を策定すること。
 - 二 医師、保健師、管理栄養士又は食生活の改善指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者として厚生労働大臣が定めるものが、積極的支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に資する働きかけに関する支援を相当な期間継続して行うこと。
 - 三 積極的支援対象者及び第1号の規定により面接による指導を行った者が、行動計画の進捗状況に関する評価を行うこと。
 - 四 積極的支援対象者及び第1号の規定により面接による指導を行った者が、行動計画の策定の日から6月以上経過後において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこと。
- 2 前項の積極的支援対象者は、次の各号に掲げる者(同項の積極的支援を実施する年度において65歳以上75歳以下の年齢に達する者(当該年度において75歳に達する者にあつては、積極的支援の実施の際に当該年齢に達していない者に限る。)を除く。)とする。
- 一 腹囲が85センチメートル以上である男性又は腹囲が90センチメートル以上である女性であつて、第4条第1項各号のいずれか二以上に該当する者
 - 二 腹囲が85センチメートル以上である男性又は腹囲が90センチメートル以上である女性であつて、第4条第1項各号のいずれか一のものに該当し、かつ、特定健康診査の結果、喫煙習慣があると認められた者
 - 三 腹囲が85センチメートル未満である男性又は腹囲が90センチメートル未満である女性であつてBMIが25以上の者のうち、第4条第1項各号のいずれにも該当するもの
 - 四 腹囲が85センチメートル未満である男性又は腹囲が90センチメートル未満である女性であつてBMIが25以上の者のうち、第4条第1項各号のいずれか二のものに該当し、かつ、特定健康診査の結果、喫煙習慣があると認められたもの
- 3 第4条第2項の規定は、前項の規定の適用について準用する。

特定保健指導のポイント制

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項及び基準に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法(平成20年厚生労働省告示第9号)

第2 積極的支援の実施方法

1 支援期間及び頻度

初回に面接による支援を行うとともに、以後、3月以上の継続的な支援を行うこと。

2 支援内容及び支援形態

(1)～(8) 省略

(9) 3月以上の継続的な支援については、(11)及び(14)に規定する方法により算定するポイントの合計で特定保健指導の量を判断することとし、支援 A の方法で160ポイント以上、支援 B の方法で20ポイント以上、合計で180ポイント以上の支援を行うことを最低条件とすること。また、支援 A の方法を支援 B の方法に又は支援 B の方法を支援 A の方法に代えることはできないこと。

(10) 支援 A の方法は、次に掲げるものとする。

ア 積極的支援対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえ、積極的支援対象者の必要性に応じた支援をすること。

イ 食事、運動等の生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をすること。

ウ 進捗状況に関する評価として、積極的支援対象者が実践している取組内容及びその結果についての評価を行い、必要があると認めるときは、行動目標及び行動計画の再設定を行うこと。

エ 行動計画の実施状況について記載したものの提出を受けそれらの記載に基づいて支援を行うこと。

(11) 支援 A の方式は、次に掲げるものとする。

ア 個別支援 A

イ グループ支援 A(1グループは8人以下とする。)

ウ 電話支援 A

エ 電子メール支援 A

(12) 支援 A の方法に係るポイントの算定及び要件は、次に掲げるものとする。

ア 個別支援 A は、5分間の支援を1単位とし、1単位当たり20ポイントとすること。ただし、支援1回当たり10分間以上の支援を行うこととし、支援1回当たりのポイント算定の上限は120ポイントとすること。

イ グループ支援 A は、10分間の支援を1単位とし、1単位当たり10ポイントとすること。ただし、支援1回当たり40分間以上の支援を行うこととし、支援1回当たりのポイント算定の上限は120ポイントとすること。

ウ 電話支援 A は、5分間の会話を1単位とし、1単位当たり15ポイントとすること。ただし、支援1回当たり5分間以上の会話をを行うこととし、支援1回当たりのポイント算定の上限は60ポイントとすること。

エ 電子メール支援 A は、1往復(特定保健指導実施者と積極的支援対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール等を通じて支援に必要な情報のやり取りを行うことをいう以下同じ。)の支援を1単位とし、1単位当たり40ポイントとすること。

(13) 支援 B の方法は、初回の面接の際に作成した行動計画の実施状況を確認し、行動計画に掲げた取組を維持するために励ましや賞賛を行うものとする。

(14) 支援 B の方式は、次に掲げるものとする。

ア 個別支援 B

イ 電話支援 B

- ウ 電子メール支援 B
- (15) 支援 B の方法に係るポイントの算定及びその要件は、次に掲げるものとする。
- ア 個別支援 B は、5 分間の支援を 1 単位とし、1 単位当たり 10 ポイントとすること。ただし、支援 1 回当たり 5 分間以上の支援を行うこととし、支援 1 回当たりのポイント算定の上限は 20 ポイントとすること。
- イ 電話支援 B は、5 分間の会話を 1 単位とし、1 単位当たり 10 ポイントとすること。ただし、支援 1 回当たり 5 分間以上の会話を行うこととし、支援 1 回当たりのポイント算定の上限は 20 ポイントとすること。
- ウ 電子メール支援 B は、1 往復の支援を 1 単位とし、1 単位当たり 5 ポイントとすること。
- (16) 支援 A の方法及び支援 B の方法のポイントの算定は、次に掲げる事項に留意して行うこと。
- ア 同日に複数の支援を行った場合は、いずれか 1 つの支援のみをポイントの算定対象とすること。また、同日に同一の支援を複数回行った場合であっても、ポイントの算定対象となるのは 1 回の支援のみであること。
- イ 特定保健指導と直接関係のない情報(次回の支援の約束や雑談等、特定保健指導の実施と直接かかわりがない情報をいう。)のやり取りはポイントの算定対象としないこと。
- ウ 電話支援又は電子メール支援を行うに当たり、行動計画の作成及び提出を依頼するための電話又は電子メール等によるやり取りは、ポイントの算定対象としないこと。
- (17) 省略

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)(平成19年4月 厚生労働省健康局)

第3編 保健指導

第3章 保健指導の実施

(4) 保健指導の実施要件

3)「積極的支援」

①～③ 省略

④ 内容

詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ(準備状態)を把握し、健診結果やその経年変化等から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化への理解を促すとともに、対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にする。その上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援する。具体的に達成可能な行動目標は何か(対象者にできること)優先順位をつけながら一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援する。

支援者は対象者の行動目標を達成するために必要な支援計画をたて、行動が継続できるように定期的・継続的に介入する。

積極的支援期間を終了するときには、対象者が改善した行動を継続するように意識づけを行う必要がある。

〈初回時の面接による支援〉

- 動機づけ支援と同様の支援。

〈3か月以上の継続的な支援〉

3か月以上の継続的な支援については、ポイント制を導入し、支援Aで 160 ポイント以上、支援Bで 20 ポイント以上での合計 180 ポイント以上の支援を実施することを必須とする。

この場合、支援Aを支援Bに、あるいは支援Bを支援Aに代えることはできないものとする。

支援A(積極的関与タイプ)

- 取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、必要時、生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認に 基づき、必要な支援を行う。
- 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。
- 行動目標・計画の設定を行う。(中間評価)

支援B(励ましタイプ)

- 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。

〈6か月後の評価〉

- 6か月後の評価は、個別の対象者に対する保健指導の効果に関するものである。
- 設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行う。
- 必要に応じてより早期に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、保健指導実施者による評価を行う。
- 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても構わない。

⑤支援形態

〈初回時の面接による支援形態〉

- 動機づけ支援と同様の支援

〈3か月以上の継続的な支援〉

支援A(積極的関与タイプ)

- 個別支援A、グループ支援、電話A、e-mailA から選択して支援することとする(電話A、e-mailA とは、e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した特定保健指導支援計画及び実施報告書の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援をいう)。

支援B(励ましタイプ)

- 個別支援B、電話B、e-mailBから選択して支援することとする(電話B、e-mailB とは、e-mail、FAX、手紙等により 支援計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援をいう)。

〈6か月後の評価〉

- 6か月後の評価は、通信等を利用して行う。
- 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても構わない。

⑥支援ポイント

- 個別支援 A
基本的なポイント;5分 20 ポイント
最低限の介入量;10 分
ポイントの上限;1回30分以上実施した場合でも120ポイントまでのカウントとする。
- 個別支援 B
基本的なポイント;5分 10 ポイント
最低限の介入量;5分
ポイントの上限;1回 10 分以上実施した場合でも 20 ポイントまでのカウントとする。
- グループ支援
基本的なポイント;10分 10 ポイント
最低限の介入量;40 分
ポイントの上限;1回 120 分以上実施した場合でも120ポイントまでのカウントとする。

- 電話 A
 - 基本的なポイント;5分 15 ポイント
 - 最低限の介入量;5分
 - ポイントの上限;1回 20 分以上実施した場合でも 60 ポイントまでのカウントとする。
- 電話 B
 - 基本的なポイント;5分 10 ポイント
 - 最低限の介入量;5 分
 - ポイントの上限;1回 10 分以上実施した場合でも 20 ポイントまでのカウントとする。
- e-mailA
 - 基本的なポイント;1 往復 40 ポイント
 - 最低限の介入量;1往復
- e-mailB
 - 基本的なポイント;1 往復5ポイント
 - 最低限の介入量;1往復

⑦ 留意点

(支援ポイントについて)

- 1日に1回の支援のみカウントする。同日に複数の支援を 行った場合、いずれか一つの支援形態のみをカウントする。
- 保健指導と直接関係のない情報のやりとり(保健指導に関する専門的知識・技術の必要ない情報: 次回の約束や雑談等)は含まれない。
- 電話又は e-mail による支援においては、双方向による情報のやり取り(一方的な情報の提供(ゲームやメールングリストによる情報提供)は含まない)をカウントする。
- 電話又は e-mail のみで継続的な支援を行う場合には、e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受けること。なお、当該行動計画表の提出や、作成を依頼するための電話又は e-mail 等によるやり取りは、継続的な支援としてカウントしない。

(支援の継続について)

- 行動変容ステージが無関心期、関心期の場合は行動変容のための動機づけを継続することもある。

⑧～⑩ 省略

初回面接者と評価者

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号)

(動機付け支援)

第7条 動機付け支援とは、動機付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として、次に掲げる要件のいずれも満たすものであって、厚生労働大臣が定める方法により行う保健指導をいう。

(一・二 略)

三 動機付け支援対象者及び第1号の規定により面接による指導を行った者が、行動計画の策定の日から6月以上経過後において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこと。

(2・3 略)

(積極的支援)

第八条 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、次に掲げる要件のいずれも満たすものであって、厚生労働大臣が定める方法により行う保健指導をいう。

(一～三 略)

四 積極的支援対象者及び第1号の規定により面接による指導を行った者が、行動計画の策定の日から6月以上経過後において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこと。

(2・3 略)

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)(平成19年4月 厚生労働省健康局)

第3編 保健指導

第3章 保健指導の実施

(1) 基本的事項

2) 対象者ごとの保健指導プログラムについて

保健指導プログラムは、対象者の保健指導の必要性ごとに「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」に区分される各保健指導プログラムの目標を明確化した上で、サービス提供する必要がある。

「情報提供」とは、対象者が生活習慣病や健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、健診結果の提供にあわせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供することをいう。

「動機づけ支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組を継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、医師、保健師、管理栄養士又は栄養指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者が生活習慣の改善のための取組に係る動機づけに関する支援を行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の実績評価(計画策定の日から6 か月以上経過後に行う評価をいう)を行う保健指導をいう。

「積極的支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組を継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、医師、保健師、管理栄養士又は栄養指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者が生活習慣の改善のための、対象者による主体的な取組に資する適切な働きかけを相当な期間継続して行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の進捗状況 評価と計画の実績評価(計画策

定の日から6か月以上経過後に行う評価をいう)を行う。

特定保健指導の非対象者への対応等

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号)

(その他の保健指導)

第9条 保険者は、特定健康診査の結果その他の事情により、加入者の健康の保持増進のために必要があると認めるときは、前二条の規定にかかわらず、加入者に対し、適切な保健指導を行うよう努めるものとする。

※ 前二条とは、第7条(動機付け支援)、第8条(積極的支援)をいう。

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)(平成19年4月 厚生労働省健康局)

【非対象者への保健指導、対策等に関する記載】

第2編 健診

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

(2) 保健指導対象者の選定と階層化の方法

2) 具体的な選定・階層化の方法

ステップ4

- 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、①予防効果が多く期待できる65歳までに、特定保健指導が既に行われてきていると考えられること、②日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL(Quality of Life)の低下に配慮した生活習慣の改善が重要であること等の理由から、積極的支援の対象となった場合でも、動機づけ支援とする。
- 血圧降下剤等を服薬中の者(質問票等において把握)については、継続的に医療機関を受診しており、栄養、運動等を含めた必要な保健指導については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため、医療保険者による特定保健指導の対象としない。
- 市町村の一般衛生部門においては、主治医の依頼又は、了解の下に、医療保険者と連携し、健診データ・レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、服薬中の者に対する保健指導等を行うべきである。
- 医療機関においては、生活習慣病指導管理料、管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を活用することが望ましい。
なお、特定保健指導とは別に、医療保険者が、生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために、必要と判断した場合には、主治医の依頼又は了解の下に、保健指導等を行うことができる。

3) 留意事項

- 医療保険者の判断により、動機づけ支援、積極的支援の対象者以外の者に対しても、保健指導等を実施することができる。
- 市町村の一般衛生部門においては、医療保険者と連携し、血糖値が受診勧奨判定値を超えてるなど、健診結果等から、医療機関を受診する必要があるにもかかわらず、医療機関を受診していない者に対する対策、特定保健指導対象者以外の者に対する保健指導等を行うべきである。

【受診勧奨に関する記載】

第2編 健診

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

(2) 保健指導対象者の選定と階層化の方法

3) 留意事項

- 保健指導を実施する際に、健診機関の医師が直ちに医療機関を受診する必要があると判断しているにもかかわらず、保健指導対象者が、医療機関を受診していない場合は、心血管病の進行予防(心疾患、脳卒中等の重症化予防)のために治療が必要であることを指導することが重要である。
- また、健診データ・レセプトデータ等に基づき、治療中断者を把握し、心血管病の進行予防(心疾患、脳卒中等の重症化予防)のために治療の継続が必要であることを指導することが重要である。

4) その他

健診結果の通知

- 医療保険者は、検診結果について、異常値を示している項目、異常値の程度、異常値が持つ意義等について、わかりやすく受診者に通知する必要がある。
その際、健診機関は、別紙5に示す判定基準に、機械的に受診者の健診結果を判定値に当てはめるのではなく、検査結果の持つ意義(例:血圧については、白衣高血圧等の問題があり、再測定が重要であること、中性脂肪については、直前の食事摂取に影響を受けること、血糖値については、受診勧奨判定値を超えていれば、直ちに医療機関を受診する必要があること)、異常値の程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性を個別に医師が判断し、受診者に通知することが重要である。
また、受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧(収縮期血圧140～159 mmHg、拡張期血圧90～99mmHg)等であれば、服薬治療よりも、生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて、受診勧奨を行うことが望ましい。

情報提供に関する規定

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号) (抄)

(特定健康診査に関する結果等の通知)

第3条 保険者は、法第23条の規定により、特定健康診査を受けた加入者に対し、特定健康診査に関する結果を通知するに当たっては、当該特定健康診査に関する結果に加えて、当該加入者が自らの健康状態を自覚し、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深めるために必要な情報を提供しなければならない。

2 保険者は、前項の通知及び同項の情報の提供に関する事務を、特定健康診査を実施した機関に委託する

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)(平成19年4月 厚生労働省健康局)

第2編 健診

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

(2) 保健指導対象者の選定と階層化の方法

4) その他

健診結果の通知

○ 医療保険者は、検診結果について、異常値を示している項目、異常値の程度、異常値が持つ意義等について、わかりやすく受診者に通知する必要がある。

その際、健診機関は、別紙5に示す判定基準に、機械的に受診者の健診結果を判定値に当てはめるのではなく、検査結果の持つ意義(例：血圧については、白衣高血圧等の問題があり、再測定が重要であること、中性脂肪については、直前の食事摂取に影響を受けること、血糖値については、受診勧奨判定値を超えていれば、直ちに医療機関を受診する必要があること)、異常値の程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性を個別に医師が判断し、受診者に通知することが重要である。

また、受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧(収縮期血圧140～159 mmHg、拡張期血圧90～99mmHg)等であれば、服薬治療よりも、生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて、受診勧奨を行うことが望ましい。

第2編 保健指導

第3章 保健指導の実施

(4) 保健指導の実施要件

1) 「情報提供」

① 目的(めざすところ)

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとする。

② 対象者

健診受診者全員を対象とする。

③ 支援頻度・期間

年1回、健診結果と同時に実施する。

④ 支援内容

全員に画一的な情報を提供するのではなく、健診結果や健診時の質問票から対象者個人に合わせた情報を提供する必要がある。

健診結果や質問票から、特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供する。

a 健診結果

健診の意義(自分自身の健康状態を認識できる機会、日頃の生活習慣が健診結果に表れてくる等)や健診結果の見方(データの表す意味を自分の身体で起きていることと関連づけられる内容)を説明する。また、健診結果の経年変化をグラフでわかりやすく示す。

b 生活習慣

内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)や生活習慣病に関する基本的な知識と、対象者の行っているどのような生活習慣が生活習慣病を引き起こすかということや、食事バランスガイドや運動指針に基づいた食生活と運動習慣のバランス、料理や食品のエネルギー量や生活活動や運動によるエネルギー消費量等について、質問票から得られた対象者の状況にあわせて具体的な改善方法の例示などを情報提供する。対象者個人の健康状態や生活習慣から、重要度の高い情報を的確に提供することが望ましい。

c 社会資源

対象者の身近で活用できる健康増進施設、地域のスポーツクラブや運動教室、健康に配慮した飲食店や社員食堂に関する情報なども掲載する。

⑤支援形態

対象者や医療保険者の特性に合わせ、支援手段を選択する。主な手段としては、次のようなものが考えられる。

a 健診結果の送付に合わせて情報提供用紙を送付する。

b 職域等で日常的にITが活用されていれば、個人用情報提供画面を利用する。

c 結果説明会で情報提供用紙を配布する。

特定健診・保健指導の現行制度について

(標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)より)

特定健康診査

対象者	実施年度中に40-74歳の加入者(被保険者・被扶養者) 実施年度を通じて加入している(年度途中に加入・脱退がない)者 ※除外規定(妊産婦・刑務所服役中・長期入院・海外在住等)に該当しない者
基本的な健診の項目	○ 質問票(服薬歴、喫煙歴 等) ○ 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) ○ 理学的検査(身体診察) ○ 血圧測定 ○ 血液検査 ・ 脂質検査(中性脂肪、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール) ・ 血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c) ・ 肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP) ○ 検尿(尿糖、尿蛋白)
詳細な健診の項目	○ 心電図検査 ○ 眼底検査 ○ 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値) 注)一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施

保健指導対象者の選定と階層化

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74歳
$\geq 85\text{cm}$ (男性) $\geq 90\text{cm}$ (女性)	2つ以上該当		積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外で $\text{BMI} \geq 25$	3つ該当		積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり		
		なし		
	1つ該当			

(注) 斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

- ①血糖 a 空腹時血糖 100mg/dl 以上 又は b HbA1c の場合 5.2% 以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ②脂質 a 中性脂肪 150mg/dl 以上 又は b HDL コレステロール 40mg/dl 未満 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ③血圧 a 収縮期血圧 130mmHg 以上 又は b 拡張期血圧 85mmHg 以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ④質問票 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

※1 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

※2 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

現在の健診検査項目毎の判定値

項目番号	検査項目	判定基準1	判定基準2	単位
1	血圧(収縮期)	130	140	mmHg
2	血圧(拡張期)	85	90	mmHg
3	中性脂肪	150	300	mg/dl
4	HDLコレステロール	39	34	mg/dl
5	LDLコレステロール	120	140	mg/dl
6	空腹時血糖	100	126	mg/dl
7	HbA1c	5.2	6.1	%
8	AST(GOT)	31	51	U/l
9	ALT(GTP)	31	51	U/l
10	γ-GT(γ-GTP)	51	101	U/l
11	血色素量(ヘモグロビン値)	13.0(男性) 12.0(女性)	12.0(男性) 11.0(女性)	g/dl

※1～2のデータ基準については、日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン」に基づく。

※3～5のデータ基準については、日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患治療ガイドライン」及び「老人保健法による健康診査マニュアル」に基づく

※6～7のデータ基準については、日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイドライン」等の各判定基準に基づく

※8～10のデータ基準については、日本消化器学会肝機能研究班意見書に基づく

※11のデータ基準については、WHOの貧血の判定基準、人間ドック学会作成の「人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドライン」データ等に基づく

特定健康診査と基本健康診査の健診項目の比較

		特定健康診査	老人保健事業における基本健康診査	特定健診と老健事業との比較
診察	質問(問診)	○	○	
	身長	○	○	
	体重	○	○	
	計測 肥満度・標準体重	○	○	
	腹囲	○		新規追加
	理学的所見(身体診察)	○	○	
	血圧	○	○	
脂質	総コレステロール		○	廃止
	中性脂肪	○	○	
	HDL-コレステロール	○	○	
	LDL-コレステロール	○		新規追加
肝機能	AST(GOT)	○	○	
	ALT(GTP)	○	○	
	γ-GT(γ-GTP)	○	○	
代謝系	空腹時血糖	■	○	
	尿糖 半定量	○	○	
	ヘモグロビンA1c	■	□	
血液一般	ヘマトクリット値	□	□	
	血色素測定	□	□	
	赤血球数	□	□	
尿 腎機能	尿蛋白 半定量	○	○	
	潜血		○	廃止
	血清クレアチニン		○	廃止
心機能	12誘導心電図	□	□	
眼底検査		□	□	

○: 必須項目

□: 医師の判断に基づき選択的に実施する項目

■: いずれかの項目の実施でも可

「情報提供」の内容

支援形態	＜主な手段＞ ●健診結果通知に合わせて情報提供用紙を配布。 ●IT等活用されていれば、個人用情報提供画面を利用。
支援内容	＜個別支援＞ ●健診結果や健診時の質問票から、対象者個人に合わせて生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供。 ●特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に立つ内容の情報を提供する。 【健診結果】健診の意義や健診結果の見方を説明する。また、健診結果の経年変化をグラフでわかりやすく示す。 【生活習慣】内臓脂肪症候群や生活習慣病に関する基本的な知識や、具体的な生活改善方法の例示などを情報提供。対象者個人の健康状態や生活習慣にあわせて、重要度の高い情報を的確に提供することが望ましい。 【社会資源】対象者の身近で活用できる社会資源情報も掲載する。

「動機づけ支援」の内容

支援形態	〈面接による支援〉次のいずれか ●1人20分以上の個別支援 ●1グループ80分以上のグループ支援 〈6か月後の評価〉次のいずれか ●個別支援 ●グループ支援 ●電話 ●e-mail 等
支援内容	〈個別支援〉 ●生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響、生活習慣の振り返り等から生活習慣改善の必要性を説明する。 ●生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明する。 ●栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 ●対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。 ●体重・腹囲の計測方法について説明する。 ●生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。 ●対象者とともに行動目標・行動計画を作成する。 〈6か月後の評価〉 ●身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

「積極的支援」の内容

○3ヶ月以上の継続的な支援

支援形態	●個別支援 ●グループ支援 ●電話 ●e-mail ※継続的な支援に要する時間は、ポイント数の合計が180ポイント以上とする。
支援内容	<u>支援A(積極的関与タイプ)</u> ●生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援をする。 ●栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 〈中間評価〉 ●取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、必要時、行動目標・計画の設定を行う。 <u>支援B(励ましタイプ)</u> ●行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。
支援ポイント	合計180ポイント以上とする 内訳：<u>支援A(積極的関与タイプ)</u>: 個別支援A、グループ支援、電話A、e-mail Aで160ポイント以上 <u>支援B(励ましタイプ)</u>: 個別支援B、電話B、e-mail Bで20ポイント以上

○6ヶ月後の評価

支援形態	●個別支援 ●グループ支援 ●電話 ●e-mail 等
支援内容	●身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

「動機づけ支援」「積極的支援」の初回の面接による支援について

＜考え方＞

- 詳細な質問表において対象者の生活習慣や行動変容のステージ（準備状態）を把握し、健診結果やその変化等から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化への理解を促す。
- 対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にし、その上で、行動の変容の必要性を実感できるような働きかけを行う。
- 具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援し、対象者にできることを優先順位をつけながら一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援する。

＜支援方法＞（再掲）

- 個別支援(20分以上)又はグループ支援(80分以上)

＜具体的な内容＞（再掲）

- 生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響等から生活習慣改善の必要性を説明する。
- 生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明する。
- 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。
- 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。
- 体重・腹囲の計測方法について説明する。
- 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について話し合う。
- 対象者とともに行動目標・行動計画を作成する。

積極的支援における支援形態のポイント数

○支援形態ごとのポイント数

支援形態	基本的な ポイント数		最低限の 介入量	1回当たりの 算定上限
	5分	20ポイント		
個別支援A	5分	20ポイント	10分	120ポイント
個別支援B	5分	10ポイント	5分	20ポイント
グループ支援	10分	10ポイント	40分	120ポイント
電話支援A ●e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援	5分	15ポイント	5分	60ポイント
電話支援B ●行動計画の実施状況の確認と励ましや出来ていることには賞賛をする支援	5分	10ポイント	5分	20ポイント
電子メール支援A ●e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援	1往復	40ポイント	1往復	
電子メール支援B ●行動計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援	1往復	5ポイント	1往復	

積極的支援例（面接・電話・e-mail を組み合わせたパターン例）

