

第2次健康日本21の 方向性と社会・生活環境

あいち健康の森健康科学総合センター

津下一代



次期国民健康づくり運動「健康日本21」では、個人の行動変容による生活習慣の改善に加えて、社会・生活環境の改善が強く打ち出された。その方向性や考え方について論じていただく。

はじめに

2013(平成25)年から10年後を見据えた「第2次」健康日本21の方向性が示されました¹⁾。「健康寿命の延伸」、「生活の質(QOL)の向上」を究極の目標とするという基本的な考え方は「第1次」を踏襲していますが、良好な社会環境を構築することにより健康格差を縮小する、という新たな目標が設定されています。

国の検討会では第1次運動の推進にあたって課題となった事項を整理、分野・目標構造を見直すとともに、この10年間に蓄積されたエビデンスにもとづいて、できる限り客観性のある目標設定に努めました。健康寿命を短縮する要因を減らすために、「生活習慣病にならない健康づくり」の重要性はもとより、「病気になっても前向きに健康づくり(一病息災の健康づくり)」を行うことの重要性も明記されました。さらに地方自治体の目標設定においては、衛生統計や日常の保健活動で得られるデータを積極的に活用する方向性を示しています。

10年後の2023(平成35)年には全国の高齢化率が30%(2010(平成22)年現在23.1%)、うち75歳以上人口の割合が18%(同11.2%)と予測されており、世界でも経験のない急速な高齢化の進展による社会の激変期を迎えます。その時代に備え、元気で活動的な高齢者が1人でも多くなるように、また、働き盛り層も子どもたちも生き生きと生活できる将来をめざして、着実な歩みを進めねばなりません。この激変期を前に、健康日本21についてしっかり考え話し合うことは、「ともに支えあい、健康で幸せに暮らせる社会」「この地に生まれて(住めて)よかったと思える社会」を構築するための重要なステップとなるでしょう(図1)¹⁾。

成人保健、母子保健、国保、高齢福祉、精神福祉など、各方面の行政分野や産業保健、保健指導、医療・介護などに関わる保健師さんが積極的に次期21に取り組んでいただき、実効性のある計画を策定、推進されることを期待しています。

そもそも健康日本21とは？

平和と経済発展、医療の進歩と公衆衛生の普及とともに、飢餓や感染症、外傷などによる死亡が減少、現代社会における最も大きな健康課題は生活習慣病と加齢に伴う疾病・障害にシフトしてきました。これらは先進国の問題だけでなく、開発途上国の問題ともなってきたことから、WHOにおいてもこれらの非感染性疾患(Non Communicable Diseases : NCD)に対する対策を重要視するようになってきています。

糖尿病や高血圧症などは、長らく無症状の状態が続いた後、致命的な合併症を引き起こします。個人においてこれらの疾病を予防するためには、定期的に検査を行い、症状がなくても生活習慣改善や治療などの対策を始めなければ間に合いません。症状がないからといって放置すれば、あとで重大な損失を被ります。

それと同じように、集団の健康を対象とする公衆衛生においても、これまで生活習慣病対策は危機感をもってとらえられてはいなかったのではないのでしょうか。生活習慣病予防事業は即効性が期待しにくいために、優先順位が低くなる場合があります。効果を求めないマンネリな事業に陥ったり、比較的健康に関心のある住民への事業のみで満足してしまう傾向があったかもしれません。

集団としての生活習慣病対策についても、個人の生活習慣病対策と同様、現状を的確に把握することから始める必要があります。健康指標をモニタリングすることで初めて課題に気づき、その原因を探り、対策を実施するプロセスが始まります。健康指標の推移から将来起こりうる危機を予測、それに対して効果的かつ実現可能な予防策を企画・実施し、将来をよりよい方向へ変えていくことができます。有病率などの地域差から、地域の健康課題を見える化し、

図1 10年後を見据えた「めざす姿」¹⁾

(背景)

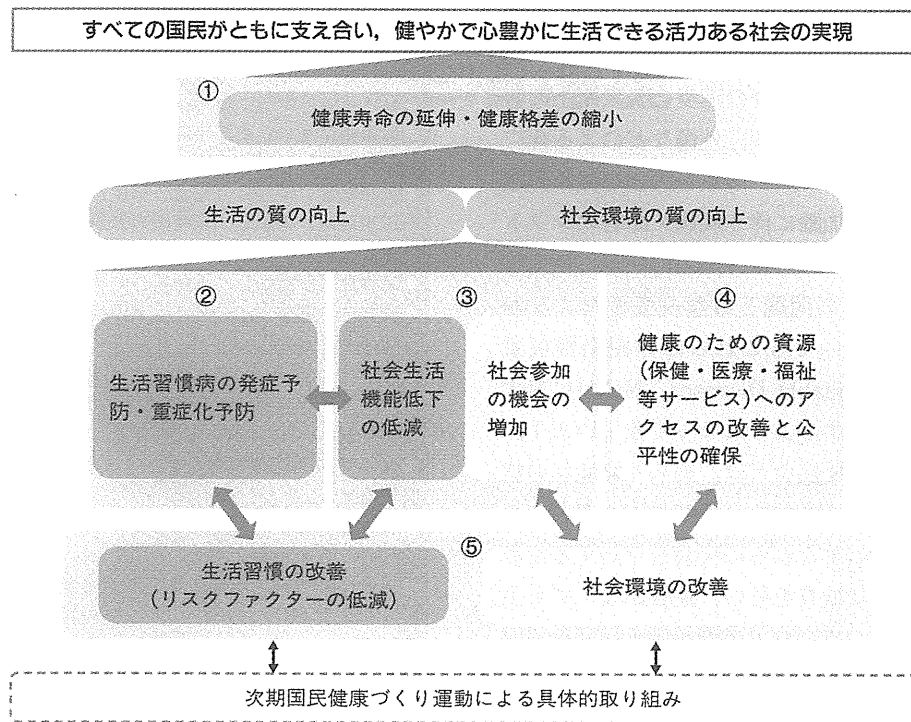
- 平均寿命、健康寿命ともに、世界のトップクラスを維持。
- 総人口は減少し、急速に高齢化が進行。
- 出生数は減少。生涯未婚率の増加、離婚件数の増加など、家族形態は変化。
- 経済状況は停滞し、完全失業率は5%まで上昇。非正規雇用が増加し、若年者の雇用情勢も依然として厳しい状況。
- 単身世帯が増加し、高齢者の単身世帯も増加。
- 相対的貧困率は16.0%。生活保護受給者数は過去最高の209万人。
- 進学率は向上し、2人に1人が大学進学する状況。一方、小中学校での不登校児童数は10万人を超える状況。
- がん等の生活習慣病が増加。医療費は30兆円を超える状況。
- 自殺者数は3万人程度で推移。過労死など働く世代にみられる深刻な課題。
- 児童虐待相談対応件数は増加の一途を辿り、5万件を超える状況。
- 国民の7割が日常生活に悩みや不安を感じ、老後の生活設計や自分の健康についての悩みや不安が多い。

10年後にめざす姿

- すべての国民がともに支え合い、健康で幸せに暮らせる社会
 - ・子どもも大人も希望のもてる社会
 - ・高齢者が生きがいをもてる社会
 - ・希望や生きがいをもてる基盤となる健康を大切に
する社会
 - ・疾患や介護を有する方も、それぞれに満足できる
人生を送ることのできる社会
 - ・地域の相互扶助や世代間の相互扶助が機能する社会
 - ・誰もが社会参加でき、健康づくりの資源にアクセ
スできる社会
 - ・今後健康格差が広がるなかで、社会環境の改善を
図り、健康格差の縮小を実現する社会

住民の意識を喚起したり、保健事業の重点化を行うこともできます。

健康日本21の理念と戦略は、将来の大きな目標を達成するために、まず現状を把握すること、大きな目標をブレークダウンして具体的な行動目標を設定すること、既存の保健事業や社

図2 健康日本21(第2次)概念図¹⁾

会資源を活用しつつ住民や関係者を巻き込んだ対策を展開すること、にあると考えています。第2次では、健康寿命の延伸と健康格差の縮小という目標を達成するために、生活習慣の改善と社会環境の改善という2本の柱を立て、さらに疾病別、ライフステージ別、生活習慣別に目標をブレイクダウンする構造をとっています(図2)¹⁾。

「第1次」の反省①： 健康課題把握と目標設定は うまくできたか？

健康日本21の推進にあたり、国においては国民健康栄養調査を毎年実施し、節目の年には詳細な調査を行うなどしてモニタリングしてきました。したがって、ベースライン、中間評

価、最終評価のすべてにおいて、同一の選定方法で対象者を抽出し、同一の文言のアンケート調査を行っている項目については比較可能です。客体数も多いので、性・年齢別の分析や年齢調整を行ったうえで統計的に比較することができました²⁾。

一方、地方自治体レベルでみると、国と同様の方法で県民健康栄養調査を実施したところは国と同様の方法で評価できますが、ベースラインと最終評価の対象者の選定方法が同一かどうかを確認することが重要です。ベースラインでは大規模層別化無作為抽出法で調査したのに、最終評価は予算不足のため、実施しやすい対象者で調査した、あるいは回収率が大きく異なる、ということになると、前後比較はできません。対象集団の特性が違うために、比較しても意味がないことになります。小規模な市町村等

表1 地方自治体が活用可能な指標¹⁾

分野	項目	地方自治体での目標例	活用可能な統計
全体	健康寿命	要介護率	要介護認定高齢者の割合(性・年齢, 要介護度別)
がん	75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少	がん死亡者数 標準化死亡率(SMR)	人口動態統計 死因別分類
	がん検診の受診率の向上	胃, 大腸, 肺, 乳がん, 子宮がん検診受診率	市町村実績データ 地域保健・健康増進事業報告
循環器疾患	脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少	「循環器系の疾患」の死亡率, 標準化死亡率(SMR)	人口動態統計 死因別分類
	高血圧の改善	最高血圧の平均値または, 高血圧有病率(140/90 mmHg以上の割合)	特定健診
	メタボ予備群・メタボ該当者の減少	特定健診におけるメタボ予備群・メタボ該当者数	特定健診
糖尿病	特定健診・特定保健指導の実施率の向上	特定健診・特定保健指導実施率	特定健診
	合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入率)の減少	新規透析導入率	腎臓病登録
	治療継続者の割合の増加	HbA1c(JDS)6.1%以上の者のうち治療中と回答したものの割合	特定健診
	糖尿病有病者の増加の抑制	糖尿病内服またはHbA1c(JDS)6.1%以上の者の割合	特定健診
こころの健康	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)	HbA1cが8.0%以上の者の割合の減少(治療中, 治療なしに分けて集計)	特定健診
	自殺者数の減少	自殺による死亡率	人口動態統計 死因分類別
	強いうつや不安を感じている人の割合の減少	強いうつや不安を感じている人の割合 うつ病で治療中の人数または割合	国民生活基礎調査(大規模調査年) 患者調査 自立支援医療受給者証の新規交付件数
次世代の健康	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	・朝食を毎日食べている子どもの割合 ・運動やスポーツをしている子どもの割合	文部科学省 「全国学力・学習状況調査」 「全国体力・運動能力, 運動習慣等調査」
	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	全出生数中の極低出生体重児・低出生体重児の割合	人口動態統計
高齢者の健康	肥満傾向にある子どもの割合の減少	中等度・高度肥満児の割合	文部科学省「学校保健統計」
	要介護状態の高齢者の割合の減少	要介護認定者数	介護保険事業状況報告
	認知機能低下ハイリスク高齢者の発見率の向上	(二次予防事業対象者の新規決定者の認知症予防支援該当者)÷(基本チェックリスト実施者数または65歳以上人口)	介護予防事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査
社会環境	低栄養傾向の高齢者の割合の減少	低栄養傾向の高齢者の割合	特定健診・後期高齢者健診
	健康づくりに関する活動に自発的に取り組む企業数の増加, 健康づくりに関して身近で気軽に支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	健康宣言を行う企業, 団体の数	プロジェクトや保健活動を通して把握
食生活・喫煙	適正体重を維持している者の増加(肥満, やせの減少)	性・年代別の肥満, やせ	特定健診
	成人の喫煙率の低下(喫煙をやめたい人がやめる)	「現在, たばこを習慣的に吸っている」人の割合	特定健診
歯・口腔	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	3歳児でう蝕がない者の割合	健康診査(3歳, 歯科)に係る実施状況調べ
	12歳児の1人平均う蝕数が1.0未満である都道府県の増加	12歳児の1人平均う蝕数が1.0未満の者の割合	文部科学省「学校保健統計」

注) がんや循環器疾患について, 罹患率が得られる場合は, その値を活用する。
 運動習慣, 睡眠, 飲食頻度等, 特定健診の任意項目についてその値が得られる場合は, 活用する。
 健康格差を把握する1つの方法として, 生活保護受給者等健康診査結果を分析・活用することもできる。

のアンケート調査では客体数の不足が心配されますし、性・年齢構成を考慮していないデータの比較はナンセンスとってよいでしょう。

さらに目標設定となると、それまでのデータの推移を把握していないために現実的な目標設定ができず、国の目標をそのまま用いたり、根拠のない理想的な数字を掲げてしまったりという混乱も見られました。

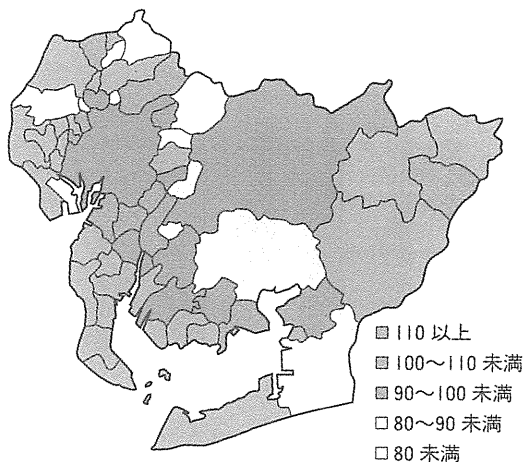
「第2次」の展開①：地方自治体計画は、もっと使いやすいデータを用いることも！

住民の健康状態を把握し、健康格差など地域特性を知るためには、ある程度信頼感のあるデータで考える必要があります。

第2次では、「代表性を確保するための調査の方法論や費用の面から、すべての地方自治体で信頼度の高い調査を行うことは困難」との認識を示し、既存データで都道府県・地方自治体が活用可能な指標を使うこともとしています。たとえば、人口動態統計、介護認定や介護予防に関する統計、疾病登録、特定健診(検査値による有所見率、喫煙率)、文科省全国学力調査・体力調査、地域保健・健康増進事業報告などのデータが活用可能です(表1)。

特定健診では生活習慣問診や生活習慣病治療者の割合・コントロール状況、予備群や未治療軽症例の割合などを、地域ごと、性・年齢階級別に調べることができます。このようなデータは毎年の事業の中で把握することが可能ですから、アンケート調査に依存することなくモニタリングができます。図3は愛知県で国保、健保、共済、協会の各医療保険者の協力を得て特定健診データを集約し、年齢を調整するなどして分析した例です。メタボが多い地域、糖尿病や高血圧が多い地域、喫煙率が高い地域などの課題を見える化したもので、市町村計画策定の

図3 特定健診データを活用した健康課題の把握例
愛知県のメタボリックシンドローム該当率(男性)
(愛知県の年齢構成にもとづき標準化)



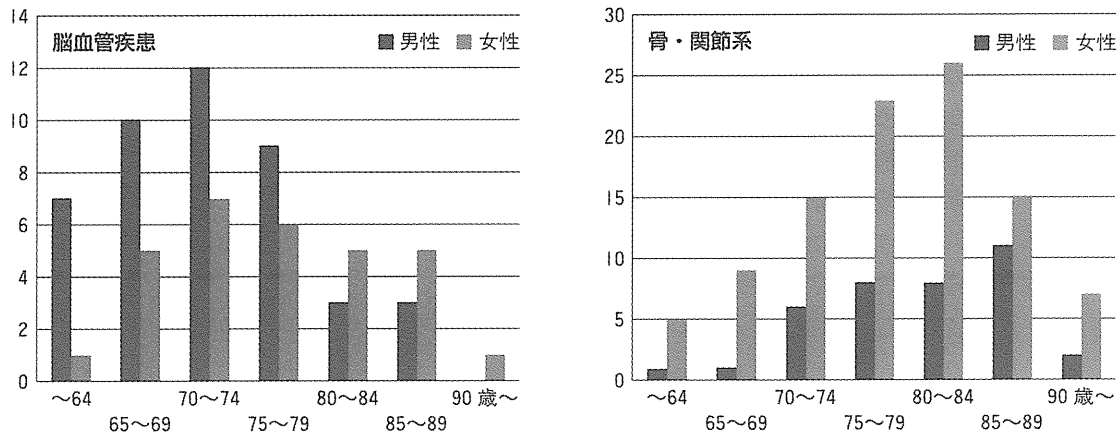
参考になるのではないかと考えています。この場合、健診受診率に地域格差があることに留意する必要があります。データを活用するときには、常に「目の前に現れていない人のデータ」に注意する必要がありますが、これはアンケート調査でも同じことです(実施範囲や回収率によって、回答が得られない住民がいることに留意)。

また、介護認定の状況から、介護が必要な脳卒中、認知症、運動機能低下の発生状況を把握することができます(図4)。学校保健のデータを活用すれば「次世代の健康」の目標値設定の信頼度が高いものといえます。今後は部局横断的にデータを集め、性・年代区別にみたり、地域別に比較したりすることによって、地域の健康課題を明確にし、対策を考えることが重要です。

10年後の目標の設定にあたっては、今後10年間に起こりうる変化を予測しなければなりません。人口動態や社会情勢の変化などの影響をみきわめるために、現在の性・年代別有所見率をもとに、将来の人口構成で有病率を考える、

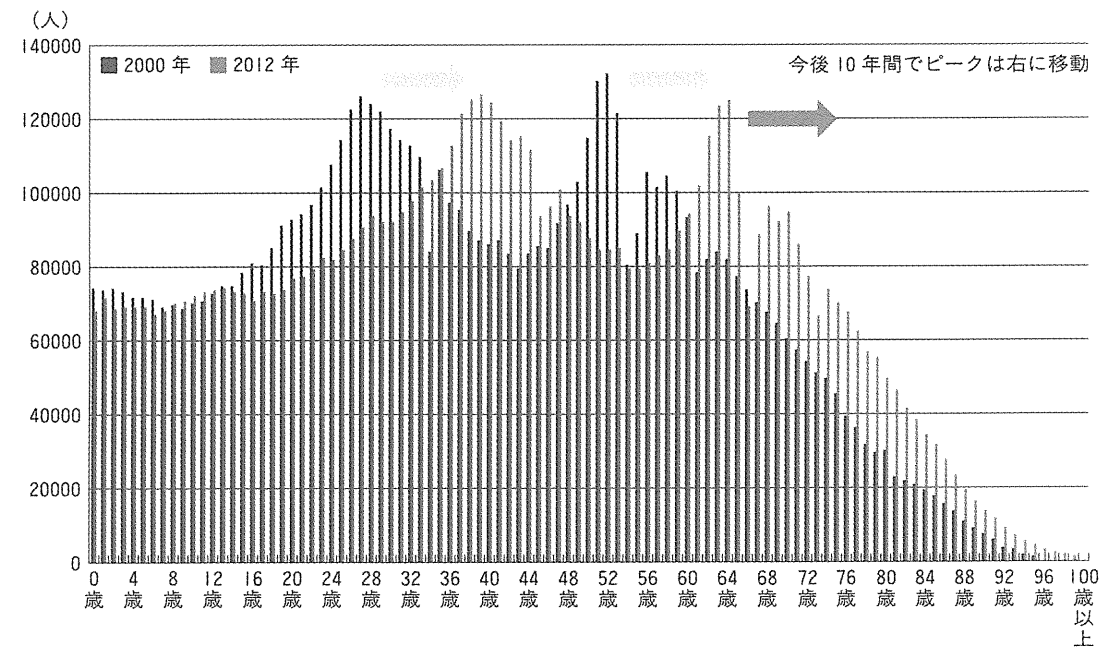
図4 介護保険情報を活用した分析例(北名古屋市)

初回要介護認定時の主治医意見書から抽出した、「脳血管疾患」と「骨・関節系」の性別・発症年齢(人)



要介護状態を減らすためには、生活習慣病対策、運動・身体活動対策が重要なことが読み取れる。部局横断的にデータを見ることが重要。

図5 年齢別人口の変化(愛知県)；2000年⇒2012年



などの方法があります。図5は愛知県の人口構造の変化ですが、現在65歳にある団塊世代のピークがこの10年で75歳へと移動することがわかります。医療費、介護費に及ぼす影響を試算してみるのもよいのではないのでしょうか。

**「第1次」の反省②：
目標到達のための戦略、
戦術は？**

目標に到達するための対策について、医学的

根拠にもとづく対策を検討しなければなりません。たとえば、喫煙における健康増進法や条例（公共の場での禁煙・分煙）の果たした役割は大きく、子どものう蝕予防においては、フッ化物歯面塗布の推進により幼児のう蝕の減少が観察されました。中間評価で男性中高年の肥満者が増加していることを受けて、メタボリックシンドロームをターゲットとした保健指導やキャンペーンを盛んに行った結果、メタボの認知度が高まり、肥満者の増加に抑制がかかりました。

一方、朝食の欠食、歩数やストレスを感じた人などの指標では、この10年間の取り組みにも関わらず、むしろ悪化の方向へ向かいました。このことは従来の「個人を対象とした働きかけ」だけでは不十分であり、生活環境を含めたアプローチの必要性を示していると考えられます。

「第2次」の展開②： 個人のリスクファクター低減 と社会環境の改善の両輪で！

■個人のリスクファクター低減に向けて

第2次の目標値設定においては、これまでの疫学研究や介入研究などの成果、実績などを踏まえ、医学的根拠にもとづいて実現可能な目標設定をめざしました。「どのような対象者(性・年代、病態)が、どれくらい生活習慣を改善すると、アウトカム指標がどのくらい改善するか」というような研究成果にもとづき、できるだけ具体的な数値を算出し公表されています。検討会の報告書では、どのような考え方で目標設定をしたのか、目標値改善のためにすべきことが書かれていますので、ぜひ参考にしてください。

生活習慣改善のための保健事業を考えるときには、住民全体としてみるのではなく、性、年

図6 「健康を支え、守るための社会環境の整備」 の目標設定の考え方¹⁾

健康寿命の延伸・健康格差の縮小

生活の質の向上

社会環境の質の向上

健康を支え、守るための社会環境の整備

【ソーシャルキャピタルの向上】

①地域のつながりの強化

【多様な活動主体による自発的取組の推進】

②健康づくりに主体的に関わる国民の割合の増加

③健康づくりの活動に主体的に取り組む企業数の増加

④健康づくりに関して身近で気軽に専門的支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加

【健康格差の縮小】

⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加

代、地域特性、職業、健康に関心のある層とあまりない層、などのセグメントに分解して戦略を立てるなどの方法も考えられます。

■社会環境の改善

太っている人の友人には太っている人が多い、運動習慣のある人の友人には運動習慣のある人が多い、というのは有名なフラミンガム研究の結果ですが、健康行動は環境や他人に影響されやすく、地域性があることが近年の研究でわかってきました。また、地域でお互いに助け合い、信頼感をもって暮らしている地域の健康度が高いという傾向も報告されています。そこで、第2次では「地域でお互いに助け合っていると考える人の増加」「健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている人を増加」を新たな目標として掲げています。

健康づくり活動に取り組む企業や民間団体の増加も目標としており、健康づくりを意識しやすい、そして実行しやすい社会を官民あげて構築していくことをめざしています。行政指標としても、健康格差縮小(悪い方の底上げ)に取り組む都道府県が増加することを指標としています(図6)。

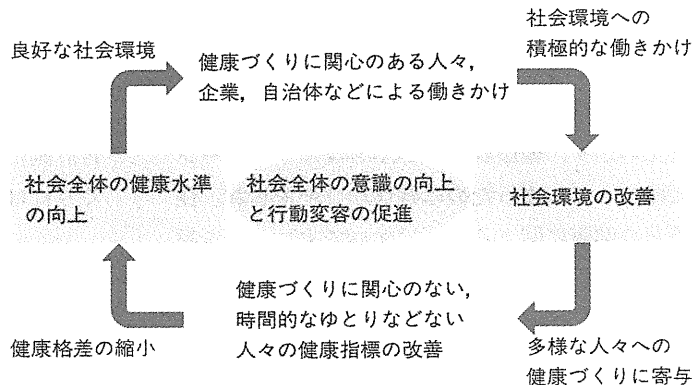
食生活においてはとくに食環境の影響が大き

いことが指摘されています。外食やお惣菜などの利用が進んだ現代社会では、外食や加工食品の中に含まれる食塩や脂肪を減らすことで社会全体の栄養改善が進むことが期待されます。そこで第2次では「食品中の食塩や脂肪野低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加」を目標値として取り上げています。

運動習慣についてみると、運動に対する興味や効果の実感などの個人的な理由だけでなく、施設の有無や指導者との人間関係、周りからの評価や期待、一緒に運動する仲間が存在が関係していることが報告されています。自転車道やウォーキングロードが整備されていて、駅から職場への動線がよいと、通勤時が運動タイムになります。休日には歴史散策のイベントやウォーキングイベントがあれば、ひとりでも参加してみよう、と思う人も増えてきます。逆に、交通量が多く歩きにくい環境、歩いている人が少ない町、歩いていると「暇そうに見える」と思われる地域では、ウォーキングを行うのにも勇気がいらいます。個人に対して「ウォーキングをしましょう」というだけではなく、実施しやすい環境を整え、参加のチャンスを作ることにより、運動習慣者を増やすことが期待できます。

図7は、社会環境を改善するためのイメージ図です。最初に健康に関心のある層に動いていただき、社会環境の改善に向けた取り組みを行う。たとえば、ウォーキングを個人的に実施している段階から、市町村の健康づくりボランティアとなって仲間を誘う、市町のイベント企画に協力する、歩きやすいまちづくりについて提言を行うなどの社会環境改善活動の段階へ進んでいただく。こうして周りの環境が整えば、自分だけではできないと考えていた人も「少しは

図7 良好な社会環境の構築に向けた循環(例)



やってみよう」という気が起こるかもしれないし、歩きやすい町であれば、「通勤の時ぐらい」と忙しい時間のなかで身体活動を増やす行動につながります。その結果、健康状態が改善してきたり、達成感をえることによって「健康づくりに関心がある層」に移行していく、というような好循環をイメージしています。

「第1次」の反省③： 住民向け、全庁向けの 広報戦略は十分できたか？

せっかく作られた健康づくり計画ですから、使われなければ意味はありません。残念ながら「健康日本21」の国民の周知度は低く、「メタボ」と比べると大きく水をあげられてしまいました。

「健康日本21計画、ご存知ですか？」とある市長さんに尋ねたことがあります。「あれは栄養や運動の計画でしょ？ 保健センターに任せとあるけど……」と言われました。健康寿命の延伸やQOLの向上をめざす、といった大きな目標を掲げた計画なのですが、第1分野の「食生活」、第2分野「身体活動・運動」……という順で構成されていることから、市長さんに訴えるところが小さくなってしまったと思われま

す。究極の目標から具体的な施策へとブレークダウンする構造が見えにくくなっていることが課題でした。

多くの自治体で全庁的な取り組みにはつながっていかず、健康課だけの小さなキャンペーンに終わってしまったのは残念なことでした。住民との健康に関する対話においても、部局を超えた(縦割りではない)住民の願いを健康課だけでは対応できず、次第に下火になってしまったところも少なくありませんでした。

「第2次」の展開③： 目標構造の見直しと 全庁的な対応の推進へ

そこで、第2次では大目標として、①健康寿命の延伸、健康格差の縮小という大目標をまず掲げ、それを達成するために、②(健康寿命を短縮する)生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(循環器疾患、糖尿病、がん、COPDの予防)と、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上という、2つの主要な予防すべき状態を掲げています。そしてそれを達成するためには、社会の目標として④健康を支え、守るための社会環境の整備を、個人の健康行動の目標としては、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善という構成に再構築しています(図2)。

健康日本21とは住民の命と健やかな生活を将来にわたって守っていこうという計画なので、自治体トップの関心事ともなり得るテーマであり、部局横断的に取り組まねば達成できない課題も含まれています。健康を害すれば、医療費・介護給付費がかさむことになり、自治体の財政問題にも直結する現状です。急速に高齢化が進展しているわが国において、いまや健康問題は首長さんにとっても非常に関心の

高いテーマとなってきています。健康問題や高齢化は健康担当課だけが対処できる問題ではなく、まちのグランドデザインにも関わってくる話です。首長さんの理解を得ることによって総合計画に健康の視点を加えたり、健康な環境づくりにはずみがつくことも期待されます。

第2次健康日本21策定は あらたな出発点

これまで述べてきましたように、第2次は第1次の反省点を踏まえて、より戦略的に練り直したものです。従来の方でアンケート調査を行い、関係者を集めて会議をするのが健康日本21運動なのではなく、2023年に向けて、誰が何をしていくのかを考えるための行動指針です。第1次のどこを見直してどう改善していくのか、国の検討会で報告書を作成していますので、まずは勉強会を開催し、まちの健康関連のデータをお互いにながめてみることから始めてみてはいかがでしょうか？ 数字だけで考えるのではなく、保健事業で得た実感も、作戦を考えるのには大切な要素です。

健康づくりは地道な活動なのですが、希望のもてる将来をめざし、息長く続けることで確実な効果をもたらすものと考えています。

●文献

- 1) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会：健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料。2012。
- 2) 健康日本21 評価作業チーム：「健康日本21」最終評価。2011。

津下一代●つした・かずよ

あいち健康の森健康科学総合センター

〒470-2101 愛知県知多郡東浦町大字森岡字源吾山1-1

**地域における多様な分野の連携による
生活習慣病の発症および重症化予防
—愛知県東海市の取り組みを例として—**

津下 一代

あいち健康の森健康科学総合センターセンター長

保健の科学 第54巻 第10号 (2012.10) 別刷

特集

健康日本21（第2次）と社会環境の整備

地域における多様な分野の連携による 生活習慣病の発症および重症化予防

—愛知県東海市の取り組みを例として—

津下 一代

はじめに

人は自分の信念にもとづいて行動するだけでなく、まわりの人々に感化されたり、社会環境に制約を受けたりして行動している。健康日本21（第2次）では、「個人の生活習慣改善」と「健康を支え守るための社会環境の整備」の両輪により、生活習慣病の発症予防および重症化防止を図り、健康寿命の延伸、健康格差の縮小を目指していく。

市町村において、健康を害する社会環境的要因をできるだけ排除し、健康づくりに適した環境をつくっていくためには、保健事業を所管する健康担当課だけではおのずら限界がある。健康づくりの必要性を実感できるデータは担当課以外にも医療（国保、市民病院）・介護・救急（消防）等の分野や情報課に存在しているし、健康づくりの「場」に関係するのは都市整備課、スポーツ課、学校教育課、商工労政課、市民協働課など多くの部署にまたがっている。

さらに、庁外の組織、例えば、医師会、商工会議所や住民組織等との連携・協働も不可欠である。これらの組織は、役割も行動原理も異なっているかもしれないが、健康づくりの理念や目的を共有すること、それぞれの立場で何ができるのかを考え、取り組みを継続していくための仕組みづくりがカギとなる。住民も健康づくりの実践者と

して、また健康づくり事業・商品に対する参加者・消費者として重要な役割を担う。

4年前から「健康なまちづくり」を文字通り全庁的に、かつ民間も一緒になって取り組んでいる愛知県東海市（人口11万人）を事例として、これからの健康づくりについて考えていきたい。

1. 首長、議員団に働きかけるチャンスを活かす

この発端は、長期にわたる不摂生（？）の結果、心筋梗塞に至ってようやく健康づくりの必要性に気づいた一市民の動きから始まる。退院後、当センターに通って「健康づくり」の必要性や効果を実感したT氏は、東海市の議員団に働きかけて、市長、議員団、行政職員合同の勉強会をもつ運びとなった。行きがかり上、筆者が講師を務めた。

勉強会では一般論ではなく、できるだけ東海市の健康関連データを用いることにした。性・年代別の死亡状況や医療・介護・健診データ、疾病登録からみた市の健康課題をグラフ化して示し、その上で脳卒中・心疾患、糖尿病等を減少させるための介入研究等の医学的な知見と実践的な方法、その効果についてお話した。今後の急速な高齢化の進展に対して、財政面からも対応を急ぐ必要があることを付け加えた。議員団も中高年男性が

筆者：つした かずよ（あいち健康の森健康科学総合センターセンター長）

主体であり、当事者意識をもってお話しを聞いていただけたと思う。

市の生活習慣病対策の課題として、保健センターの事業では職域をカバーできていないこと、健診を基点として保健事業が組み立てられているので未受診者に対して十分なアプローチできていないこと、せっかく保健指導を行なって「やる気」になっても継続実施につなげる仕掛けや場がないこと、治療の人に運動指導を行なう体制がないことなどの課題について話し合った。第1次の健康日本21計画について、市長は認識はしていたものの、「栄養、運動の話であり、保健センターに任せておけばいいだろう…」くらいに考えていたようだ。

その後の市長、幹部、保健担当者との話し合いの中で、「東海市に住んでいるだけで、健康を意識できるまちづくりが必要。保健部門だけでなく、都市基盤や生涯学習等、さまざまな分野が横断的に連携して進めていくこと、既存の公園や施設を活用した仕掛けをつくること、国保だけでなく職域と連携して推進していくことを柱として、健康なまちづくりを進めていく」と、目指すべき方向性を明確にすることができた。

2. 組織横断的な推進体制：多様な視点から健康を語る

市役所全体で組織横断的な事業展開を図るため、企画部企画政策課に保健師が異動、加えて事務職2人からなる「いきいき元気推進担当」を設置、さらに全庁的に募集した職員42人による「いきいき元気推進委員会」を立ち上げた。総務企画、都市計画、教育、病院、消防士等も加わり、職制も次長級から新人までの幅広い層が参加、定期的にワーキング会議を行なった。

委員会では全員が当事者意識をもって健康を考えることから始めた。例えば、自分の仕事の周辺で「健康を害したために起こっていること（病気、休職、救急、介護、生活保護、財政問題…等）」、自分の仕事の中で「市民の健康に役立てそうなこ

と」などを話し合った。消防士（救急）、病院関係者や生活保護担当者からの切実な声もあれば、「道路の計画をするときには、車ではなく人、特に高齢者の視点をもっと取り入れないと…」という都市計画担当者の声など、「健康」を切り口に組織横断的に話しあう醍醐味を体験した。

話し合った内容はメール等で全職員に展開するとともに、1年以上かけて「健康・生きがい連携推進プラン」としてまとめられた。目指したい将来像（ビジョン）としては「ひとりひとりがいきいきと笑顔でいられるまち」とし、そのために5つの推進項目「健康を意識するきっかけづくり」「こころと体がよるこぶ食生活」「体を動かすことを生活のリズムに」「人と人がつながる場づくり」「心豊かにLet's Enjoy」を定めた。具体的な事業展開としては、まず「運動応援」「食生活応援」「ふれあい応援」の3つのプログラムを作成すること、「身近なところで自然に健康を維持できる環境」の整備を進めることとした。

3. プランの実現へ：4つのアプローチ

プランを具体的に実行していくために、①委員はそれぞれの部署で、プランの方向性を意識した事業を展開すること、②健康づくりの責任部署が新たな仕掛けをつくること、③商工会議所等の協力を得て、健康づくりの場を増やすこと、④医師会や企業との連携により、働き盛り層や治療中の人も参加できるようにすること、の4つの方向性で進められている。

1) 健康担当部署以外の動き

ちょうど計画中だった駅前再開発に、「健康」の視点が加えられたことがあげられる。駅前広場には緑豊かなウォーキングロードや健康遊具を設置すること、さらには駅から公園、市役所等の主要施設をつなぐ緑道もイメージされている。市民が気軽に運動できる伸びやかなスペースをもつことは、市民の運動意識向上につながるものと期待される。

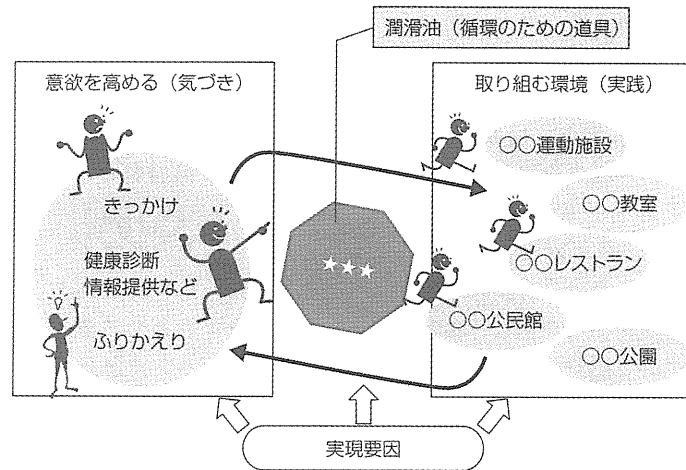


図1 健診からはじまる健康なまちづくり (東海市)

そのほか、防災、高齢者の見守り、子どもの教育、生涯スポーツ、地産地消など、住民の積極的な参加を要する部局と積極的に交流し、いろいろな切り口から健康づくりを広げていくことと思う。

2) 健康担当部署の動き：運動・食生活応援メニューの開発

健診から健康づくりの場へつなげる仕掛けをつくることを計画した(図1)。健診データと生活習慣から「運動・食生活応援メニュー」を打ち出すソフトを開発、そのメニューを実践できる場所として、市の既存施設の体制整備を進めている。

運動については、健康状態と運動習慣にもとづいて★マーク(★～★★★★)を表示、それにあわせてウォーキングの速さや運動量、筋力トレーニングのメニュー、メニューを体験できる場所を表示している(図2)。市の保健・福祉の拠点である「しあわせ村」トレーニング施設のほか、体育館や公園のウォーキングスペース等に表示を増やし、健康運動指導士や健康づくりリーダーなどの指導者が対応できるように体制を整えてきている。

食生活については、気をつけたい食事の内容について、エネルギー、バランス、野菜塩分、の4

つの面を四葉のクローバーで表示している。

3) 民間事業者の参画

②の取り組みを市全体で実現していくためには、「運動応援メニュー」では民間の運動施設や公園への展開、「食生活応援メニュー」では飲食店等の協力が不可欠である。

市の担当者は商工会議所等を通じて丁寧な話し合いを何度ももち、「健康応援ステーション」制度の発足に至っている。現在、市内13の飲食店の協力のもと、「おいしく」て「健康」をコンセプトにして、エネルギー量や栄養のバランス・塩分量に配慮した「いきいき元気メニュー」が提供されているが、今年度もさらに9店を加え、2012年10月から制度化する予定である。先日の打ち合わせで先行の飲食店主からの声をそのまま掲載する。

「エネルギーや塩分などの基準を満たしたメニューにすると、せっかく食べに来てもらっても足りないという感覚で帰ってもらうのが怖かった。しかし、実際にメニュー提供してみると、お客さんには意外とそれがうけた。このくらいの量でもよく売れるのだ、満足してもらえるのだと、これは大きな発見だった。」

「お店のメニュー開発についても、この事業の



図2 運動・食生活応援メニューの判定と提供

ために1から新しいものをつくるということではなく、管理栄養士さんに知識を教えてもらいながら、アイデアをいただき、少し変えるだけで、基準が満たせるのだと勉強になった。だから、自信をもってお客さんの質問にも答えられるし、店のスタッフもメニュー開発を自主的に提案してくれているし、それをお客さんに質問されたとき、誰もが答えられるように答え方マニュアルのようなものもつくってくれている。」

「お客さんの多くは、判定メニューをきっかけにして食べにくるというより、どちらかという情報誌をみて、健康メニューをやっているからそれを目的に来てくれる場合が多い。だから、料理の説明をしながら判定事業のPRも一緒にしている。」

今後は飲食店だけでなく、スポーツ用品店や薬局等を「健康応援ステーション」として位置づけていくための基準づくりを進めていく予定であ

る。

4) 医師会、企業等、市民の参加を促す組織の協力

「健診データ」から「健康応援メニュー」へのロジック作成の段階から、市の医師会の意見を聞き、治療中の人でも無理なく安全に参加できるよう配慮している。医師からは、生活習慣病の患者を簡単に紹介できる仕組みをつくらうと、前向きな協力が得られている。

企業との連携については、市内の大手会社および協力会社に講演会および説明会を実施。その後21企業との事業連携が始まっている。「出前メニュー判定」「講演会」「社員への事業紹介」などを実施した。企業担当者からは、「年間数人ではあるが、勤務中に心筋梗塞や脳血管疾患を発症し、なんとかしたいと思っていた」「とくに若年者のメタボが多く、気になっている」という声があ

がってきており、事業連携が進みつつある。

4. 社会環境づくりに向けて：顔の見える関係を大切にする

東海市の取り組みに伴走した4年間を振り返ると、自治体のトップが健康づくりの必要性をご理解され、行政組織の壁を越えて話し合えたことが貴重な第一歩となっていると感じている。部局を超えた人々の話し合いの中で、健康に関する情報をわかりやすく見える化して共有すること、「今何ができるか・今後何をしなければならないか」

をそれぞれの立場で考えて発信していくこと、地域の関係者と顔の見える関係を築き、相手の立場を尊重しつつ話し合うことの大切さを学んだように思う。

このような地域づくりは専門家だけで進んでいくのではない。しかし、保健師や行政担当者の持続的な熱意が周りを動かしていくこともまぎれない事実である。

本稿を作成するにあたり、東海市後藤文枝さん、天木大祐さん、愛知県健康づくり振興事業団 野村恵里さんの多大なるご協力をいただきました。

病態と治療 第3版

◆編者◆鳥海 純, 田中照二, 永山和男

本書は、総論として病気の現れ方から一般的な病気の診断法、臨床診断の確定の仕方、病気の治療法をやさしく解説しています。各論は、各専門医の方に主な病気の「基礎知識」、「病因と病態」、「症状と所見」、「診断」、「治療法」そして「薬物療法」について解説を、薬剤については薬剤部長が最終チェックをしています。薬学部の教科書としても最適です。

定価 5,250 円 (本体 5,000 円 + 税 5%)
368 頁・B5 判 978-4-7644-0059-7

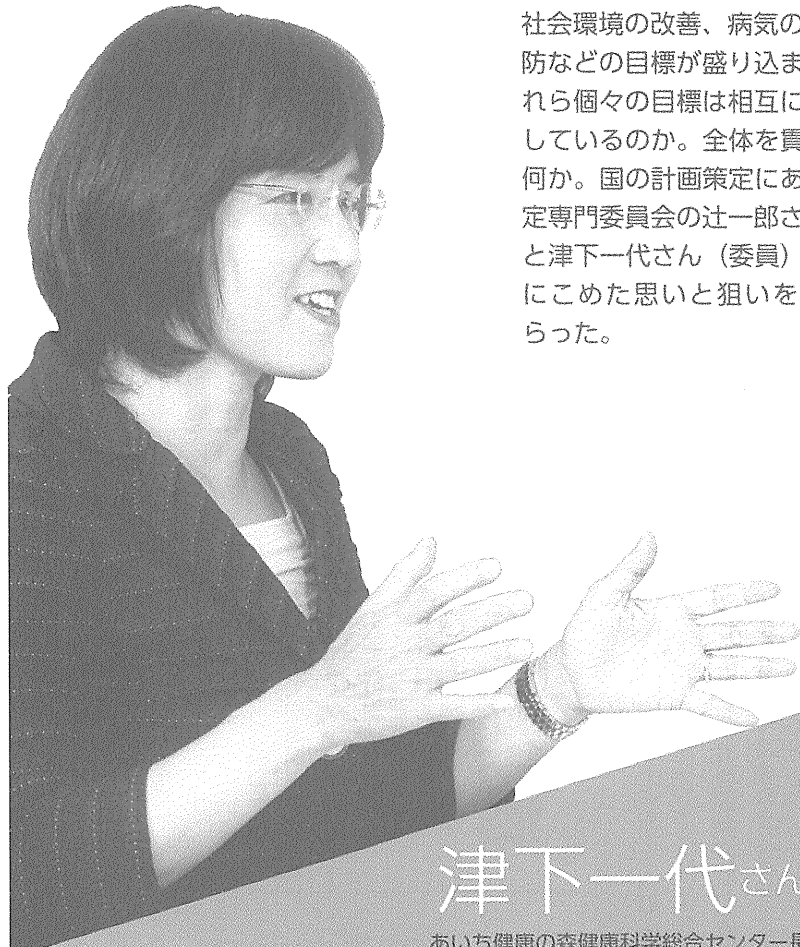
※当対談は弊社のSNS「保健師向上委員会」との合同企画です。
SNSのサイト (<http://www.hokensidou.net/>)、「ニッポンの健康づくり」も併せてご覧ください。

《対談》

健康日本21(第2次)が 目指すもの

健康日本21(第2次)では、健康寿命の延伸、健康格差の解消、社会環境の改善、病気の重症化予防などの目標が盛り込まれた。これら個々の目標は相互にどう関係しているのか。全体を貫く理念は何か。国の計画策定にあたった策定専門委員会の辻一郎さん(座長)と津下一代さん(委員)に、計画にこめた思いと狙いを語ってもらった。

健康日本21
(第2次計画)に
盛り込んだ
思いを語る



津下一代さん

あいち健康の森健康科学総合センター長
(次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会委員)



辻一郎さん

東北大学大学院医学系研究科教授
(次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会座長)

津下 今回の「次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会」では、委員たちの「本当に健康な社会をつくりたい」という強い気持ち伝わってきた。

辻 そうでした。厚生労働省の検討会や委員会では具体的な問題を解決しようとする問題解決型の委員会が多い中で、健康日本21の場合は10年後に向けて今を語り合うという面白さがありますからね。

私は第1次するときも策定委員をさせていただいたんですが、当時と今の社会情勢を比べると、日本の社会そのものがかかなり危なくなってきたと感じます。十数年前は格差ということが考えもしなかったし、メンタルヘルスの問題がこれだけ大きな課題になってくるとは思わなかった。高齢化の問題も深刻さを増しています。

そこで前回に比べて今回はかなり社では何でこんなに短いのか」と問い合わせが入り、地元新聞が特集を組むなど、いろいろな反応がありました。全国47都道府県における自分たちの位置づけが分かったからです。

中でも津下先生がおられる愛知県は健康寿命が長かった。たぶん県の方は喜ばれているんじゃないかと思いますが、逆に健康寿命が短いところは「なぜ、うちが短いのか」と真剣に考えるようになります。これは3年ごとに出していきますが、情報公開を通じてインセンティブが働き、かわる人たちが本気になっていくという動きはありますね。

津下 特定保健指導でもそうなんですが、専門家だけが一生懸命でも健康政策は広がりません。一般の人が自分たちの問題だと思って初めて進んでいくのです。

今回は都道府県ランキングが出たこ

会的な側面、社会のあり方そのものを考えざるを得なくなった。「この社会を本当に何とかしないと、とんでもないことになるぞ」という強い危機感の中で、健康日本21第2次計画（以下、第2次計画）がつくられてきたのかなと思います。

津下 私は第1次の策定時には現場をどう動かすかを考える立場だったんですが、住民と話をし目標管理をするにあたって危機感はあまり感じませんでした。それに比べて今回は、経済的な問題なども生じてくる中で、10年後の日本も長寿社会であることを強く意識しつつ、第2次計画のゴールをしっかりイメージして、真剣に取り組まなければ、という危機感が強くありました。

辻 このままいくと国が潰れてしまうかもしれないという危機感の中で、健康寿命が長くなるのか、近隣と比べてどうなのかを考えるようになり、愛知県でも「なぜ、健康寿命が長いのか」と他県から随分お問い合わせをいただきました。このように多くの人の関心事になったことがまず大きなステップだと思います。

それから、長生きには寝たきりと重なるネガティブなイメージを持たれる方もいる中で、単なる寿命ではなく、日常生活に制限のない「健康寿命」に重点を置いた意味はとても大きい。

そして、健康寿命の延伸は個人の努力だけでなく、社会がサポートするという言葉を感じました。体が多少不自由になっても、その人なりの生活ができる社会環境があれば健康寿命は延びる。第1次するときよりも、そのことをより明確に打ち出したのではないのでしょうか。

健康づくりは良い意味での投資になる。健康づくりを通じて、人も社会も健康になることを目指そうという目的意識がかなり強かったですね。

津下 今回は、健康であることが経済的なものも含め非常に大きな価値を持つという視点に立ち、そこからブレイクダウンする形になりました。健康づくり部門だけの話ではなく、自治体から首長が関心を持つような計画になったわけです。

辻 委員会でも「自治体の首長が本気になるようなものをつくってほしい」と求める声がよく出ました。そして、首長を本気にさせる原動力の一つに情報公開があるんですね。

今回は健康格差ということで各市町村から洗い出して都道府県別の数値を出しましたが、そのことで、「健康寿命は何でこんなに違うのか」「わが県は健康寿命が長いから、そのうち5年くらいからはお褒めの言葉をいただいたのですが、残りの40以上のところからは「何でこんなものを出すんだ」と言われました。よく聞かれるのは「日常生活に制限がある期間、ない期間と





●つじ・いちろう／1983年東北大学医学部卒業。リハビリテーション専門医を経て公衆衛生学へ。91年から2年間、米国ジョンズ・ホプキンス大学留学。2002年から現職。健康寿命の概念を紹介し、寝たきり予防健診や運動訓練事業などを通じて健康寿命の延伸について研究。宮城県大崎保健所管内の国保加入者約5万人を対象に喫煙・肥満・運動不足などの生活習慣が医療費に及ぼす影響を解明した。主な著書に『病気になるやすい「性格」』（朝日新書）など。

「というのは、回答者の主観の違いを見て
いるだけではないのか」ということで
す。全くそのとおりで、その疑問を解
くカギは先ほどの先生のご発言の中に
あります。

多少病気があつたり、体の動きが悪

かったりしても、社会の中に入り込ん
で自分の役割を持てると主観的には
「日常生活に制限はない」と答えます。
つまり、同じ状態であっても、「制限
がある」と答える都道府県と「制限が
ない」と答える都道府県とは、病氣

や障害とのかかわりや、それを抱えた
上での社会とのかかわりに対する意識
が全然違うということなのです。

津下　そういう意味では健康寿命は
ICF（注）の概念に近い。一病息災、

多病息災ということ、病氣があつて
も健康づくりをし、介護状態でも前向
きに過ごす、というポジティブな志向
がありますね。

従来の健康づくりや予防という言葉
の中では「病氣にならないように」と

いう面が強調されすぎていた。病氣に
なつたらもう敗者、というイメージが
ありました。今の時代では病氣と全く
無縁な人はむしろ少数派です。病氣や
障害をうまく調整しながら、自分がや
りたいことを続けられることが大切

で、今回の目標にはそれを実現できる
社会をつくっていくという理念が入っ
ていると思います。

辻　そうですね。従来の1次予防だけ
ではなく、重症化予防とか一病息災な



●つした・かずよ／1983年名古屋大学医学部卒業。国立名古屋病院内科（内分泌代謝科）、名古屋大学第一内科での臨床・研究活動を経て、92年愛知県総合保健センターに勤務、2000年あいち健康の森健康科学総合センター、06年同副センター長兼健康開発部長。10年あいち介護予防支援センター長兼務。11年から現職。厚生労働省における「標準的な健診・保健指導プログラム」や「運動指針」等の策定に携わる。主な著書に『相手の心に届く保健指導のコツ』（東京法規出版）など。

どをかなり前面に出しています。国民の健康観、病気や障害、老化に対する考え方そのものを変えていこうという、一つのチャレンジでもありますね。

新しい健康観を提示

津下 その重症化予防を「受診勧奨で治療に結びつけること」ととらえている人がいるようです。もちろんそれもあります。私はここには食事や運動など生活習慣改善の推奨も含まれると考えています。

虚血性心疾患やがんになった人のうち身体活動の高い人のほうが、予後が良いというデータが出てきているように、病気になってからの健康づくりがますます重みを持つようになってきました。重症化予防イコール医療ではなく、健康づくりの視点も含め、医療と予防とを一緒に考えていく新しい予防の形がつけられたら、次の10年はさらに

前に進むのかなと思うんですが。

辻 「がんサバイバー」と呼ばれる人たちは日本で数百万人といわれています。冠動脈のステント治療も毎年25万人が受けています。そうした人たちが、病気に対して、精神的、社会的に負けてしまわずに、病気を持ちながら社会とかかわっていく。生きがいを追求していく。あるいは健康を自己実現の資源ととらえて、健康管理や生活習慣の管理に努めるということが、これからの時代はますます重要になってきますよね。

津下 私たちのセンターには、がんて手術して体力が落ちたので体力を戻すためとか、病気になってから来られる人も結構多いんです。最初は非常に低い体力レベルだけどセンターに通ううちに病前よりも元気になった、という人たちも大勢います。病気になること

した。そうした中で、少数ではありましたが住民代表などを集めて手づくりの計画を策定した自治体は幾つかありました。そういう自治体は今でも伸びています。

ただ、極端なことを言うと、市町村は計画をつくらなくてもいいのではなにかと思っっています。目標値など設ける必要はなくて、10年後にどういうまちをつくりたいのかを住民たちと話し合い、それをポトムアップするプロセスで、まち全体として健康を考えるような雰囲気をつくれればいいと。そのきっかけとして、第2次計画を利用してくれば、もうそれで十分かなと思っっているんです。

情報を集め 見える化する

辻 ここからは、保健師さんや地域保健に携わる人たちへの期待に話を移したいと思います。

イコール人生の敗者ではありません。そこから新たな健康づくりが始まると考えることが大事で、病前とはできることは違うかもしれないけれど、いろいろな生き方が可能であることを示していけば、再発防止も含め、健康寿命の延伸につながるのではないのでしょうか。

辻 その意味で、今回はまさに新しい健康観を提示したと思いますし、健康日本21の枠だけでなく、介護にもつながっていきます。超高齢社会の中で皆の健康と生きがいを追求するために何が必要なのかを出したように思いますが。

津下 今回の委員会では、地域で動くためにはどうしたらいいか、という議論にかなりの時間を費やしました。

第1次のときは、とにかく目標をくり、冊子をつくることで息切れして今回は所得格差と健康習慣の関係を少し出しましたが、所得が低い人ほど喫煙率や肥満率が高い。では、その人たちは自由気ままにやっているのかというところではありません。所得が少ない人たちは、非正規雇用であったり、母子家庭であったり、いろいろな社会的なハンディを背負った人が多い。自分の将来に対してなかなか希望を持ち得ない、持つことが非常に難しい中で、生活習慣を改善する意欲すらなくしてしまい、疾病と貧困の悪循環に陥っている人が大勢いるわけです。その意味では、問題は所得格差よりも「希望格差」なんです。

また、その人たちは行政からのアプローチに対して手を挙げません。本当の意味での健康ニーズや健康危機というの潜在化しています。東日本大震災のときも、震災当初は被災地のどこからも救急車の要請がなかった。なぜかという電話すらできない状況だっ

しまったところが少なくなかった。本当は目標をどう達成するかをいろいろな部署や関係機関、住民と話し合いながら進めていく段階が必要だったんですが、その取り組みが非常に弱かった。中には住民としっかり対話していた自治体もあり、「ウォーキングをするには街路樹があるといいね」とか、部署を越えた施策を求める住民の声も出ていました。でも、縦割りの中で、その声が反映されるまでには至らなかったんです。

辻 おっしゃるのように、前回ほどに多く目標をつくることで精いっぱいでしたし、当時はまだ地方にお金もありませんから、コンサルタント会社が入って計画をつくったところも多かった。でもそうすると、「わがまちの人口構成」から始まって、お決まりの枠に数値を入れ込むだけになり、日本中同じような計画がたくさん並んでしまいま

たから。「ヘルプがないのはヘルプの印」なんです。

地域の中に隠れているニーズを掘り起こすには「アウトリーチ」が必要で、家庭訪問やそれに基づく地域診断など、保健師さんが従来積み重ねてきたノウハウが新しい社会の中でも求められていると思います。

津下 今までは、例えば保健センターで健康づくり教室を開いて集まってくるのは健康に関心がある人たちでした。主催者も、その人たちを対象として保健事業を実施することでよしとしていたところがありました。でも、健康教室に来てくれる人たちの声やアンケート調査からだけでは地域の実態は見えてきません。では、どうやってそれを把握するかというと、一つは今、先生がおっしゃった「アウトリーチ」です。しっかり訪問をしている地域の保健師さんなら「あそこの地区には公

営住宅があつて孤独な人が多い」と知っています。

もう一つは地域の実態を統計数値として把握することです。例えば死亡、介護、生活保護などのデータからも読み取れます。北名古屋市や江南市では、孤独死や要介護率の発生がどこの地区に多いかを見た上で保健事業を実施しています。そうしたデータを持つ部署とつながることが、すごく大事なかなと思っています。

私はここ3年間ほど東海市と一緒に事業をやっているんですが、そこで健康に対する危機感を一番強く持っていたのは、意外にも救急隊つまり消防署や生活保護の担当でした。健康部門とその他の部門との間で情報が分断されているのは非常にもつたないんですね。健康長寿をどう把握するかが問われていますが、警察の持っている自殺の統計など、いろいろな地域情報をうまく、見える化、することで、対策に

つながるのではないかと思います。

辻 日ごろの地域保健活動で見える世界と見えない世界があつて、両方が合わさらないことには市の実態は分かつてこない。そこは、まさに先生がおっしゃるとおりです。

その地域の状況をつかむときに、健康習慣だけ、アンケート情報だけではなく、役場の他部署が持っている情報を総合的に集め、その上で首長の判断も含め、どういうまちを目指すのかをこの機会にぜひ議論してもらいたいですね。

津下 身近なところでは、介護や高齢の担当と健康の担当が一緒に話し合うだけでも随分違います。介護保険の第2号被保険者の介護理由では、脳卒中と糖尿病が圧倒的に多く、一緒に会議をすると、高齢の担当が健康の担当に、「そちらがしつかりやってくれないか

ら、うちが大変なんです」という話が出たり、逆に生活習慣病対策をしつかり進めることで高齢担当の負担軽減を期待されたりします。

保健事業は投入するだけで結果が見えにくいところがあるので、自分たちが手がけた仕事の効果や手応えがなかなか感じられないですね。でも、実は健康づくりが国民健康保険の医療費に影響するし、介護給付費にも影響する。ほかの部署とつながることで課題も見えらるし、取り組みの効果も見えてくるので、少なくとも保健師さんが配置されている部署同士で集まって情報交換していただきたいと思っています。

また、お金がないのを逆手にとつて、それぞれの部署が個別に実施していた事業をまとめることで、よりよい効果も期待できます。今、できるだけ多くの自治体にそうした部署横断的なアプローチの検討を始めてほしいとお話しているんですが、財政の問題を取り

上げるとトップの理解が得られやすいので、その辺りも一つのきっかけになるのではないのでしょうか。

辻 これからは地方財政も待ったなしです。介護保険も国民健康保険も厳しい中で考えていくと、事業の結果を財政まできちんと評価できる体制をわれわれがつくつていかなければいけませんね。

津下 効果が見えないと、やる気が出ないし、保健事業に対して先行投資もしにくくなるので、その辺を、見える化、していくことが大切です。データが電子化されているので以前よりも活用しやすくなっていますね。

愛知県では電子化された特定健診のデータを使い、市町村ごとに肥満度や喫煙率のランキングをつけています。それを見て、自分のところの実態に気づくことも大切ですし、近隣市町村と

