損保ジャパン記念財団叢書 No.71

第2回 欧米のヘルスケアビジネスおよびディジーズ・マネジメント研究会シンポジウム

今日求められる健康自立支援サービス

－生活習慣病のセルフコントロール支援とサービス効果の追求を目指して－

平成17年9月29日開催

講演者・パネリスト(講演順)

田中滋氏(座長)(慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授)
中島正治氏(厚生労働省健康局長)
櫻井秀也氏(日本医師会副会長)
松田晋哉氏(産業医科大学公衆衛生学教室教授)
河盛隆造氏(日本糖尿病学会常務理事 順天堂大学医学部内科学教授)
寺本民生氏(日本動脈硬化学会理事 帝京大学医学部内科学教授)
松岡博昭氏(日本高血圧学会理事 獨協医科大学循環器内科教授)
椎名正樹氏(健康保険組合連合会理事)
武田俊彦氏(社会保険庁運営部医療保険課課長)

後援 厚生労働省
社団法人日本医師会
健康保険組合連合会

協賛 株式会社損害保険ジャパン
オムロンヘルスケア株式会社
株式会社損保ジャパン総合研究所
株式会社ヘルスケア・フロンティア・ジャパン

財団法人 損保ジャパン記念財団

目　次

Ⅰ. シンポジウムプログラム　1

Ⅱ. パネリスト、講演者略歴　3

Ⅲ. 講演討議録　9

1. 開会挨拶

財団法人損保ジャパン記念財団　専務理事　田中　皓　9

2. シンポジウムの趣旨説明

慶應義塾大学大学院経営管理研究科　教授　田中　滋　氏(座長)　10

3. 基調講演「生活習慣病対策の総合的な推進」

厚生労働省健康局長　中島　正治　氏　12

4. 特別講演「生活習慣病対策と地域医療の質に向上における
かかりつけ医の重要性」

日本医師会副会長　櫻井　秀也　氏　22

5. 特別講演「ディジーズ・マネジメント手法を活かした
我が国における新たな健康自立支援の仕組み」

産業医科大学公衆衛生学教室教授　松田　晋哉　氏　29

6. パネルディスカッション「今日求められる健康自立支援サービス」　38

7. シンポジウム総括(座長)　64

Ⅳ. シンポジウム講演資料　巻末

Ⅰ．シンポジウムプログラム

1．シンポジウム名

第2回 欧米のヘルスケアビジネスおよびディジーズ・マネジメント研究会シンポジウム

今日求められる健康自立支援サービス

－生活習慣病のセルフコントロール支援とサービス効果の追求を目指して－

2．主催者・後援者

主催：財団法人損保ジャパン記念財団
後援：厚生労働省、社団法人日本医師会、健康保険組合連合会
協賛：株式会社損害保険ジャパン、オムロンヘルスケア株式会社、
株式会社損保ジャパン総合研究所、株式会社ヘルスケア・フロンティア・ジャパン

3．日時・場所

2005年9月29日（木）14:00－17:00
東京商工会議所・東商ホール

4．プログラム

（1） 開会挨拶
財団法人損保ジャパン記念財団 専務理事 田中 皓

（2） シンポジウムの趣旨説明
慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授 田中 滋 氏（座長）

（3） 基調講演 「生活習慣病対策の総合的な推進」
厚生労働省健康局長 中島 正治 氏

（4）　特別講演「生活習慣病対策と地域医療の質に向上におけるかかりつけ医の重要性」

日本医師会副会長　櫻井　秀也　氏

（5）　特別講演「ディジーズ・マネジメント手法を活かした、我が国における新たな健康自立支援の仕組み」

産業医科大学公衆衛生学教室教授　松田　晋哉　氏

（6）　パネルディスカッション「今日求められる健康自立支援サービス」

コーディネーター：

田中滋氏（座長）（慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授）

パネリスト（五十音順）：

河盛隆造氏（日本糖尿病学会常務理事　順天堂大学医学部内科学教授）

櫻井秀也氏（日本医師会副会長）

椎名正樹氏（健康保険組合連合会理事）

武田俊彦氏（社会保険庁運営部医療保険課課長）

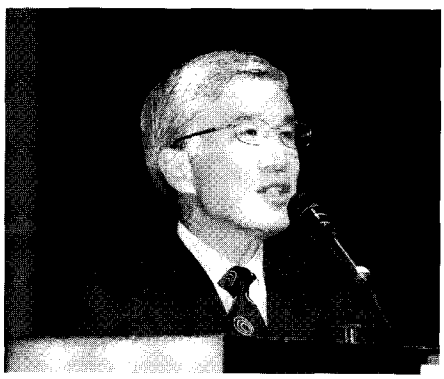
寺本民生氏（日本動脈硬化学会理事　帝京大学医学部内科学教授）

中島正治氏（厚生労働省健康局長）

松岡博昭氏（日本高血圧学会理事　獨協医科大学循環器内科教授）

松田晋哉氏（産業医科大学公衆衛生学教室教授）

（7）　シンポジウム総括（座長）



コーディネーター　田中滋氏



パネルディスカッション

Ⅱ. パネリスト、講演者略歴(敬称略)

■田中　滋(座長)　　慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授

1975 年　慶應義塾大学大学院商学研究科修士課程終了。

1977 年　米国ノースウェスタン大学経営大学院修士課程終了。

1981 年　慶應義塾大学大学院商学研究科助教授。

1993 年　慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授。

(現在に至る)

専攻分野:経営環境、医療経済学、医療政策、高齢者ケア政策、ヘルスケアマネジメント。

ご講演者(ご講演順)

■中島　正治　　厚生労働省健康局長

1973 年　厚生省入省

1989 年　健康政策局保健医療技術調整官

1990 年　山口県環境保健部次長

1992 年　山口県環境保健部部長

1993 年　大臣官房政策課企画官

1995 年　環境庁企画調整局環境保健部保健企画課特殊疾病対策室長

1996 年　環境庁企画調整局環境保健部環境安全課長

1998 年　医薬安全局血液対策課長

2001 年　医政局医事課長

2002 年　大臣官房審議官(医療保険、医政担当)

2005 年　厚生労働省健康局局長

(現在に至る)

■櫻井　秀也　　日本医師会副会長

1962 年　慶應義塾大学医学部卒業　医学博士

1970 年　日本橋茅場町に茅場町ビルクリニック開設

(現在に至る)

1988 年　日本橋医師会会長

1991 年　東京都医師会理事

1997 年　東京都医師会副会長

1998 年　日本医師会常任理事

2004 年　日本医師会副会長

(現在に至る)

1998 年　労働大臣表彰＜功労賞＞(平成 10 年度全国労働衛生週間)

■松田　晋哉　　産業医科大学公衆衛生学教室教授

1985年　産業医科大学医学部卒業。

1992年　フランス国立公衆衛生学校卒業。

1997年　産業医科大学医学部公衆衛生学助教授。

1999年　産業医科大学医学部公衆衛生学教授。

(現在に至る)

パネリスト(五十音順)

■河盛　隆造　　日本糖尿病学会常務理事　順天堂大学医学部内科チェアマン　順天堂大学医学部教授　内科学・代謝内分泌学　兼　カナダトロント大学医学部教授　生理学

1968 年　大阪大学医学部卒業

1971 年　カナダトロント大学留学

1974 年　大阪大学第一内科

1994 年　現職

(現在に至る)

■椎名　正樹　　健康保険組合連合会理事

1970年　慶応大学医学部卒業

1986年　厚生省健康政策局計画課長補佐

同年　　同省保険局医療指導監査管理官付医療指導監査官

1987年　環境庁企画調整局環境保健部保健業務課特殊疾病審査室長

1988年　静岡県衛生部長

1991年　厚生省大臣官房統計情報部衛生統計課長

1993年　宮城県保健環境部長

同年　　同県　保健福祉部長

1996年　国立がんセンター運営部長

1999年　北海道地方医務局長

同年　　関東信越地方医務局長

2000年　厚生省退官

同年　　健康保険組合連合会参与

2003 年　保健医療専門審査員（中医協調査専門組織）

2004 年　健康保険組合連合会理事

2005 年　保健医療専門審査員（再任）

（現在に至る）

■武田　俊彦　　社会保険庁運営部医療保険課課長

1973 年　厚生省入省

1985 年　大蔵省主計局調査課

1987 年　業務局経済課

1990 年　業務局企画課課長補佐

同年　　ジェトロ・ニューヨーク・センター所員

1994 年　大臣官房政策課課長補佐

同年　　年金局運用指導課課長補佐

1996 年　北海道生活福祉部高齢化・地域対策室高齢福祉課長

1998 年　大臣官房国際課課長補佐

同年　　大臣官房政策課課長補佐・主任地域政策調整官併任

1999 年　大臣官房秘書官事務取扱

2000 年　大臣官房政策課企画官

2001 年　大臣官房総務課企画官

2002 年　保険局医療課保険医療企画調査室長

2004 年　社会保険庁運営部医療保険課課長

（現在に至る）

■寺本　民生　　日本動脈硬化学会理事　帝京大学医学部内科学教授

1973 年　東京大学医学部卒業

1990 年　東京大学医学部第一内科医局長

1991 年　帝京大学医学部第一内科助教授

1997 年　帝京大学医学部第一内科教授

2001 年　帝京大学医学部第一内科主任教授

（現在に至る）

■松岡　博昭　　日本高血圧学会理事　獨協医科大学循環器内科教授

1968 年　東京大学医学部医学課卒業

1978 年　米国オハイオ医科大学留学

1992 年　国立循環器病センター内科高血圧腎臓部門部長

1995 年　獨協医科大学循環器内科教授

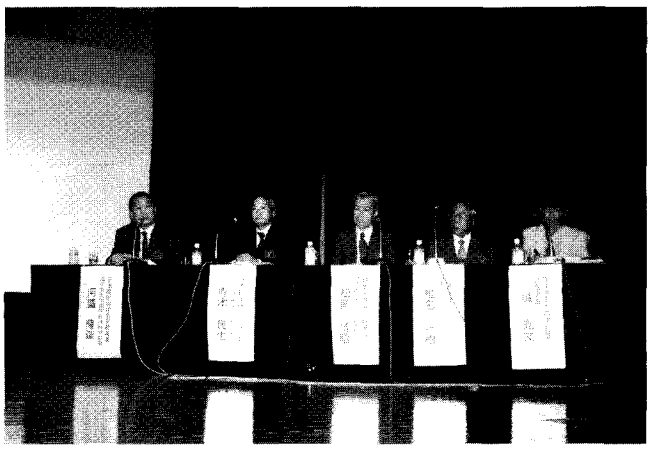
1998 年　獨協医科大学医学双方研究所所長（兼任 2003 迄）

2002 年　獨協医科大学臨床医学科長（兼任）

（現在に至る）

◆パネルディスカッションの様子





Ⅲ. 講演討議録

1. 開会挨拶

財団法人損保ジャパン記念財団　専務理事　田中晧

損保ジャパン記念財団の田中と申します。よろしくお願い申し上げます。

本日はシンポジウムの御案内を差し上げましたところ、このように多数の方々にお集まりいただきまして誠にありがとうございます。シンポジウムの開会にあたりまして一言主催者として御挨拶を申し上げたいと思います。

損保ジャパン記念財団は、1977年に我が国の福祉と文化の向上に資するという目的をもちまして、当時の厚生大臣の許可を得て設立しておりまして、明後日の10月1日をもちましてちょうど丸28年を経過するに至っております。その間、財団の目的を達成するという観点で、事業としては福祉の現場で活躍されておられる市民団体の皆様に対する御支援、それから学術面では社会保険、あるいは社会福祉、あるいは医療といった分野で研究に携わっている方々への研究助成、また本日のようなシンポジウム、あるいは講演会、あるいはその報告書の刊行といったような事業を実施し、あわせてその時々のテーマを先取りする形で研究会を開催させていただいております。

本日コーディネーターをお務めいただく慶応義塾大学の田中先生を座長とする「欧米のヘルスケア及びディジーズ・マネジメント研究会」、これは当財団の第13番目の研究会ということで、現在損保ジャパン総合研究所を事務局に継続的な活動を続けていただいております。

このディジーズ・マネジメント研究会の成果といたしましては、去る2003年に「米国におけるディジーズ・マネジメントの発展」と題する報告書をとりまとめていただき、全国の図書館等々に配布させていただいております。あわせまして「ディジーズ・マネジメント発展の可能性と課題」と題しましたシンポジウムを2003年に開催させていただいております。この一連の活動におきまして、我が国にディジーズ・マネジメントを紹介するパイオニア的な役割を果たすことができたのではないかと考えております。

その後、近年では生活習慣病対策に関する関心が非常に高まっており、その必要性の増大を背景に我が国の最適なディジーズ・マネジメントの応用として「健康自立支援サービス」が求められるようになっております。また、生活習慣病のセルフコントロール支援と

あわせまして確実な支援効果の実現ということが大変重要な課題になってきているところでございます。

本日は2003年11月の第1回シンポジウムに続く2回目のディジーズ・マネジメントシンポジウムとして、「今日求められる健康自立支援サービス」、副題を「生活習慣病のセルフコントロール支援とサービス効果の追求を目指して」と題しまして開催させていただいております。450 名を超える皆様からのお申し込みをいただきまして、健康自立支援に対する皆様の関心の高まりというものを実感しているところでございます。

今回のシンポジウムでは今後の我が国に最適なディジーズ・マネジメントの応用として、健康自立支援サービスの実践的な課題とその方向性ということにつきまして、各方面の先生方に御討議いただけるものと期待しているところでございます。

本日のシンポジウムを開催するにあたりまして、厚生労働省、日本医師会、健康保険組合連合会におかれましては、それぞれのお立場からシンポジウムの意義を御理解を賜りまして、第1回シンポジウムに続き今回も御後援者となっていただいております。主催者として厚く御礼を申し上げます。

また、研究会の座長として本日のコーディネーターをお務めいただく慶応義塾大学の田中先生、また大変御多忙の中、貴重なお時間を割いていただきこのシンポジウムのために御参加いただきました厚生労働省の中島健康局長，日本医師会の櫻井副会長はじめパネリストの先生方にこの場をお借りして厚く御礼を申し上げたいと思います。

最後になりましたが、御多忙の中御参加いただきました皆様にとりまして本日のシンポジウムがいささかなりともお役に立てば主催者としてこれに勝る喜びはございません。本日は長時間にわたりますけれども、最後までおつき合いいただきますようよろしくお願い申し上げまして開会の挨拶とさせていただきます。本日は誠にありがとうございます。

2. シンポジウムの趣旨説明

慶應義塾大学大学院経営管理研究科　教授　田中　滋氏(座長)

皆様こんにちは。慶応大学の田中でございます。今、田中専務理事から御案内がありま

したように、当研究会は２年前にもシンポジウムを開きました。その時に比べて会場にいらっしゃっている方の数が倍以上になっていることを見ると、まさに時代の流れだなと痛感いたします。

当研究会は４年前にスタートし、研究者同士の勉強だけではなくて、実際にディジーズ・マネジメント関係のビジネスに携わってらっしゃる方、もちろん保険会社が中心ですが、製薬企業、あるいは医療機器の会社等々のビジネスにかかわっている方々、また厚生労働省の若手官僚の方などを含めて産官学が協働する形で進めてまいりました。現在も進行中であります。

事務局の損保ジャパン総研のおかげでここまで継続してきたわけですが、今年度からはさらに発展的に、政策面の研究と、ビジネス面の研究と二つの班で作業を進めているところです。シンポジウムだけではなく、ディジーズ・マネジメントのニュースレターの形ですでに４号発行してまいりました。このニュースレターは単に日本国内だけではなく、海外に対しても情報を伝えようと、英語版と日本語版が一つの冊子になっており、米国のディジーズ・マネジメント関係の方々にも伝わる工夫をして発行をしております。

いずれにせよ、当研究会は我が国のこの分野の研究をリードしてきた研究会の一つであると思います。もちろん糖尿病の方をどう治療するか、医薬品によってどのように悪化を予防するかに関する研究は医学の世界の話ですが、私たちの研究会は、患者および予備軍の方々をどのようにスクリーニングして、どのように介入していくかという、どちらかといえば社会科学的な色彩の強い研究を行っております。御興味がおありの方はそのニュースレターをネット上で見ることもできますので、ごらんいただければと存じます。

４年間研究を行ってまいりましたので、２年前のシンポジウムに引き続きそろそろもう一度私たちの取り組んできたことを報告し、また、この間に非常に世の中で進んできたこの分野の取り組みを厚生労働省、日本医師会双方から御発表いただき、また、医学の各分野でリードしていらっしゃる先生方にもそれぞれの分野の発展を御説明いただく会を開こうと意見が一致し、本日のシンポジウムに至りました。

本日のシンポジウムはなかなかおもしろい名前になっています。少し前まで一般的にディジーズ・マネジメントと呼んでおりました。ディジーズ・マネジメントを日本語に直訳すると「疾病管理」となります。疾病管理という用語だと、こういう分野がおわかりの方がイメージされる場合、二次予防のイメージが強くなります。今、厚生労働省がなさっている生活習慣病にかかわるいろいろな対策は二次予防だけではなくて一次予防も含みます。

疾病管理、疾病になった方々の管理の色彩だけだとどうも言葉が違い、また管理は日本語では何となく強い言葉です。コントロールしてしまう、患者さんのビヘイビアを強くコントロールするというイメージがありますし、場合によっては保険者が医療費を下げるためにというイメージもします。

そこで今回は少し違う言葉を使っていまして、健康自立支援サービス、生活習慣病のセルフコントロール、これが主であるとしています。それを回りが支援する、ちょうど日本で介護保険が成功した理由の一つは自立支援、あるいは最近使っている言葉ですと尊厳ある自立の支援ですね。この言葉は介護保険を成功させた要因の一つに他なりません。健康面でも要は自立が中心である、セルフコントロールが中心におかれ、それを様々な形で周囲にいるドクターや保険者や、あるいはそれ以外の職種の方々が支援する、この形が正しいと思っておりますので、今日は健康自立支援サービスと、ちょっと聞き慣れない言葉ですが、このようなタイトルにしてみました。

今後いろいろグループがこのような言葉を出して、どこが勝つかわかりませんが、疾病管理だけだとはやはり少し狭いし、日本語のイメージが少し強すぎる感じがしますので、今後はもう少し生活者中心の言葉遣いと、専門性の高い疾病管理を使い分けていくつもりのタイトルになっております。

以上が本日のシンポジウムの趣旨であります。講演あり、パネルディスカッションありですので、どうぞ皆様方も一緒に勉強していただければと存じます。

3. 基調講演「生活習慣病対策の総合的な推進」

厚生労働省　健康局長　中島　正治氏

（田中）　では早速ですが講演に移らせていただきます。最初の講演者は厚生労働省の中島局長でいらっしゃいます。

健康局は今後の厚生労働省のさまざまな施策の中で独立しているのでなく、まさに保険局や医政局、それから老健局などと提携して我が国のこれからの医療・健康政策の中心になっていく、そういう節目にあると思います。その節目に若い頃から尊敬申し上げている中島局長がそのポジションにつかれたことは大変喜ばしく思います。今日は厚生労働省で現在取り組まれている全体像をお話いただけると期待しております。では局長、よろしく

お願いいたします。

（中島） 皆様こんにちは。ただいま過分な御紹介をいただきました厚生労働省健康局長の中島でございます。実はまだ１カ月前に就任したばかりでございまして、比較的駆け出しでございます。

今日は30分ほどお時間がいただけるそうで、生活習慣病対策の総合的な推進という題名のもとでお話をさせていただきたいと思います。今私ども健康局として、あるいは厚生労働省としてこの問題にどう取り組もうとしているのかというあたりを御理解いただければありがたいと思います。それではスライドをお願いいたします。

◆国民医療費の推移

これは我が国の医療費の推移を棒グラフで示したものです（巻末資料１頁下）。ご覧いただくとわかるように、1974～５年からずっと右肩上がりで、右肩上がりというのは経済の場合は非常にいい印象をもたれるのですが、この医療費については少し違いまして、医療費がふえるのは好ましくないというのが最近の経済界からの御指摘というところであります。

毎年１兆円ぐらいずつ増えてきていますが、特に黄緑のグラフで示した高齢者の老人医療費の伸びが大きい。青い折れ線グラフは、医療費の対国民所得比ですが、これも全般的には右肩上がりになってきています。

これはどういう意味かというと、国民所得に対して医療費の占める割合がどんどん大きくなってきている。左の端の1960年、70年頃は右側の数字を見ていただきますと、３％～４％あたりであったものが、次第に上がってまいりまして、今ではもう９％近くになってきており、国民生活の中で医療費というお金の面での比重がものすごく大きくなってきているという状況を示しております。

このスライドを最初に出しましたのは、私が実は前任、先月前までやっておりましたのが保険局の審議官で、こういう仕事をもっぱら担当しておりました関係もございます。そしてこういう状況で経済が大きく成長していればさほど問題はなく，この青い棒グラフも右肩上がりにならないでバブル期のような経過をとることもできるのですが、なかなか経済状況がそうではないということで大きな問題になってきているということでございます。

◆人口構成の変化

その後どうなるのかということを経時的に見てみますと、これは人口構成というところで見ておりますが（巻末資料2頁上）、左側の棒グラフが1980年、そして真ん中がほぼ現在、そして右側が25年後、今からいきますと20年後ということになるわけであり、ベビーブーマー、そして第二次ベビーブーマー世代が高齢期、特に後期高齢期に突入してくるということで、この世代をどうやって社会として支えていくかということが大変に大きな課題になってきております。言葉はあまりよくないですが、重荷になってきているところもあるというわけです。

ですからこれまで左側のような人口構成の時に考えられていた社会保障の仕組みでは、これから先、右側のような人口ピラミッドになった状態ではなかなか支えきれないのではないか、社会保障、特に医療体制全体の見直しが必要ではないかということで現在医療制度改革の議論が進められているというわけであります。

◆生活習慣病対策の経緯

このような中で制度面での改革も並行して進められておりますが、やはり医療費の問題についていえば、根本的にお年寄りが増えて病気の方が増えるとコストがかかるということは、これはいたし方がないわけでございます。それに対する抜本的な対策というのは、やはり病気をしない、あるいは病気になっても重症化を防ぐ、これに尽きるわけでありまして、これがある意味で究極の対策だということでございます。この究極の対策、これは最近は生活習慣病対策といっておりますが、これについての経緯を簡単に示しております（巻末資料2頁下）。

そもそもこの種類の病気、がん、高血圧、心臓病，脳卒中というような病気は、平成8年までは成人病という言い方をしておりました。成人病というのもある意味言い得ているところもありますが、もっと生活習慣に由来するところが強い病気ということで、生活習慣病と名前を変えたのが平成8年でございます。

そしてそのような考え方のもとで国としてこの対策を打ち立てていこうということでできましたのが平成12年の健康日本21という方針であります。これは2010年を目標として、九つの分野に70の具体的な項目、目標を掲げ、さらに地方でいろいろな計画をたてて取り組んでいただこうという構想でスタートしました。その後、これをさらに強力に国全体も制度として進めていこうということで、平成14年に健康増進法ができ、その中で健康増進計画が法律に基づく計画として位置づけられ、強力に進めていこうということになったわ

けです。

その後２年が経過しまして、さらにこれを別の角度からも推進していこうということで、健康フロンティア戦略が打ち出されました。これは平成17年から10年間の計画であり、概ね健康寿命を２年程度延ばそうというスローガンのもとに、働き盛り健康安心プラン、女性のがん緊急対策、介護予防10カ年戦略、そして科学技術の振興などを具体的な目標として戦略を打ち立てていこうということになったわけでございます。これは政府の方針としても取り決められたところです。そして今年は平成17年ですが、平成12年の健康日本21から５年目になりますので、中間評価をする年ということになっています。

◆「健康日本21」の進捗状況

それではその健康日本 21 の推進はどんな状況かというのを中間評価で見てみたいと思います。まず栄養・食生活について（巻末資料３頁下）、この目標は適正体重を維持している人を、増やしていこうということですが、肥満者の割合について、平成９年、そして平成22年の目標値がありまして、矢印が本来このように推移しなければいけないのに対し、女性の方はやや改善しているところもありますが、残念ながら男性はむしろ適正体重の維持がされていない人が増えてしまっているというような状況が現在の状況ということです。

次は朝食をちゃんと食べるようにしましょうという目標ですが（巻末資料４頁上）、欠食をする人の割合についても30代男性で見ますと、矢印よりも棒グラフの方が上に出ており、目標を達成してないどころか平成９年の値よりも悪くなってしまっています。

次は運動で日常生活での歩数、これを増やしていこうということですので、右肩上がりで増えていってほしいわけですが（巻末資料４頁下）、男性女性ともむしろ平成９年に比べて減ってしまっている、目標にはだいぶ遠くなってしまっているというような状況にあります。

次に運動習慣ですが（巻末資料５頁上）、これについては男性女性ともやや改善は見られますが、まだまだこの年の目標値には達していないということです。

そしてさらに糖尿病についてはどうかといいますと（巻末資料５頁下）、糖尿病の有病者数の推移ということで見ますと、強く疑われる人、それから可能性が否定できない人等々、それぞれ14年の目標値に対しまして、本当はこれが減少していなければいけないわけですが、むしろ増えてきてしまっているというような状況でございます。つまりいろいろとお示ししてきましたが、中間評価をしてみると決していい経過をたどっていない、このまま

ではいけないということでございます。

◆メタボリックシンドロームの疾患概念

最近この生活習慣病の中でメタボリックシンドロームという概念が導入をされてきました。これは後ほど専門の先生方がお見えですので、さらに詳しいお話があるかと思いますが、私の方からごく簡単にお話をさせていただきますと、左の絵（巻末資料6頁下）にありますように、不健康な生活習慣がもとで内臓脂肪というお腹の中の脂肪の蓄積が進みまして、これが実はいろいろな代謝の異常を起こしてきているということが最近わかったということです。

これまでは高血糖、高血圧、高脂血症などはそれぞれ独立した病気ではないかというように考えられていたのですが、それぞれが実は深いところで関連がある、それも特にお腹の脂肪に関係があるという、腹に手をあてればわかるでしょうというような話でしょうか。これを放置しますと脳卒中になったり心疾患になったりするという経過が一連のものとしてとらえられるようになってきたということです。

この概念について、いろいろな内科系の学会が集まって御議論いただいた結果、その診断基準というものがつくられまして、日本あるいは世界で、内科系の方々の今や一つのコンセンサスとなったということでございます。

◆メタボリックシンドローム対策が有効と考えられる3つの根拠

このメタボリックシンドロームというものを中心に、あるいはその標的として対策を行うことがこれからの生活習慣病対策において非常に重要であり有効であるという考え方でございます。その三つの根拠をあげておりますが（巻末資料7頁上）、一つは左側ですが、肥満者の多くが複数の危険因子を合わせて持っているということです。ここにそれぞれ何%というようなことが挙っておりますが、重なって持っている方が多いということ、それから二つ目に危険因子が重なるほど脳卒中、心疾患、重症な合併症を発生する頻度が増大するということで、特に危険因子が三つから四つになりますと、心疾患の発生頻度が40倍近くにふえるという、ある意味恐ろしい結果が得られているわけです。それから三つ目の根拠は、生活習慣を変え内臓脂肪を減らすことで危険因子の全てが改善をしていく、ここが一番基本の部分で、最も効果が期待できるところではないかということです。

◆生活習慣病の現状

一方、生活習慣病の現状はどうかということで、ここに（巻末資料７頁下）いろいろな数字等をお示ししてありますが、要は相当数の生活習慣病の患者さん、あるいは予備群の方がおられるということ、それから総合的な生活習慣病対策の実施が急務であるということでございます。そしてこのことは右側の下のグラフにありますように、いろいろなリスクが重なっていって、発症水準というところを超えますと、医療費も急速にふえてくるようになってくるということで、これを何とか点線のように抑えられれば医療費面でも効果が期待できるということです。

次は生活習慣病の発症、重症化予防ということですが（巻末資料８頁上）、いろいろ書いてはございますが、運動習慣や食生活の改善等々を行い、右側にありますように、高血圧や血糖値を下げるなど、局所的な対処だけではなくて、腹部脂肪も含めた全体の改善をはかっていこうということが基本の考え方だということです。

◆現状の問題点と今後の方向性

そういった前提のもとで、これからの生活習慣病対策ということでございます。これは生活習慣病対策につきまして、現状の問題点と今後の方向性として書いたものでございます（巻末資料９頁上）。簡単に申し上げますと、まず第一は現状では健診等いろいろな試みがされているのですが、その目的がどうもなかなか一般にわかりにくい、インパクトが少ないということで、共通の認識が得られないというところがあるということです。これに対して先程からお話ししておりますようなメタボリックシンドロームという考え方を導入すると、共通の理解が得やすいのではないかということが一つ目です。

それから二つ目の縦のラインですが、これは現状の健診等ではいろいろな仕組み、労働安全あるいは地域保健など、いろいろな仕組みの中で健診保健指導が行われておりますが、それぞれの連続性、連結性、一貫性が必ずしも十分とれておらず、有効に機能していないのではないかということで、これを何とかする必要があるということになります。

それから三つ目ですが、現在行われているいろいろな健診とか保健指導のサービスが本当に必要な人に必要なサービスが提供されるようになっているのかどうか、必ずしもそうはなっていないのではないかという反省でございます。むしろあまり必要がない人にサービスが行われていたり、本当に必要な人がその対象から漏れていたりという不効率があるのではないかという反省でございます。

それから一番右については、何を言っているかといいますと、これまでのこういった試

みというのは健診あるいは保健指導のやりっ放しということで、その結果どうなったか、ちゃんと健康の改善あるいは維持につながったかということが評価されていないのではないかということでございます。

◆生活習慣の改善の目標

そこで生活習慣の改善の目標ということで、これを達成するためにどのように進めていくかということです。右の上にやや小さめですが（巻末資料９頁下）、標語といたしまして「１に運動、２に食事、しっかり禁煙、最後に薬」というのをあげております。これは何を言っているかといいますと、右上のグラフをごらんいただくと、一番上の黒い折れ線が従来通りの経過を行ってみた場合の糖尿病での発症率を示しております。横軸は年ですので、何年か経つとだんだん発症する人が増えてくるということを示しています。

それに対して治療薬のみを使用するとやや発症率が下がるということ、それに対して生活習慣の改善ということを本格的に取り組みますと、赤いグラフのように一番下の折れ線グラフになるということで、実は薬よりも生活習慣の改善の方がこの糖尿病の発症に抑制効果があったということが医学文献の中で示されているわけです。これは集団を見ての話ですので、個々の症例での話ということではありません。そこは十分御留意いただきたいのですが、集団としてはこういう結果も得られているということでございます。つまり生活習慣の改善が糖尿病の発生の抑制に大変に効果的であるということでございます。　そしてこういったことを支援していくために仕組みづくりが必要であろうということで、一つは健康づくりということについての国民運動化、国民全体がそういう認識をもって取り組んでいただくということ、それから組織的、網羅的、体系的なサービスということで、効率的に網羅的に、もれなくそのようなサービスを提供できるような仕組みをつくっていくということが必要であろうということです。

◆健康づくりの国民運動化

まずこの健康づくりの国民運動化ということについてですが（巻末資料 10 頁上）、これは社会全体への啓発という意味で、ポピュレーション・アプローチという言い方もしております。繰り返しになりますが、この中心に赤で大きめに書いてありますように、「１に運動、２に食事、しっかり禁煙、最後に薬」、今日はこれだけでも覚えて帰っていただけると私も来たかいがあるというものですので、ぜひよろしくお願いしたいのですが、積極的に

運動、それから適正な食事ということに取り組んでいただきたいということです。その際には国、都道府県、市町村、医療関係者を含む関係機関等々が協力して国民に働きかけていく必要があるだろうということです。

◆網羅的、体系的な保健サービスの推進

次は網羅的、体系的なサービスということとなりますが（巻末資料 10 頁下）、これは有病者、あるいはその予備群の方々への個別対応ということで、ハイリスク・アプローチという言い方もしています。国民について言えば健康診査、健康診断を受けていただくこと、それから保健指導も受けていただくこと、医療保険の保険者、市町村等の健康増進事業実施者については適切な健診の機会を提供していただくこと、都道府県においては健診のデータ等について、収集分析して評価をしていただくこと、それから国について言えば、このような全体の仕組みづくり、そしてまた効果的に行えるような科学に基づいたプログラムを提供していく必要があるのではないかということで、それぞれの役割を果たしていく必要があるだろうということであります。当然有病者・予備群ということですから、医療機関との連携というものも必要になってくるというわけです。

このような取り組みについて、それぞれの役割ごとに矢印等で書いてありますが、現在都道府県、医療保険者、事業主、市町村等の間で保険者協議会という、各健保組合、国保、政管健保等々の保険者が集まって協議をしていただく場や、あるいは地域職域連携推進協議会という、地域保健と職場での保健というものをどう連携するかというような協議も具体的に進められてきているという状況でございます。

◆健診・保健指導の現状と今後の方向性

それでは具体的に網羅的、そして体系的なサービスというのはどういうことかということを簡単にお示ししますと（巻末資料 11 頁上）、左側がこれまでの仕組みでして、国民全体に呼びかけて、国民の中にはリスクの高い方から中等度、そしてリスクの低い方までおられますが、この中で健康診断があるという情報を得られて、その気になった方が健診を受けられるということで、その中で異常値の方に保健指導が行われるというような経緯をとっていたのですが、そうしますと本格的に健診を受けられる方の中にもリスクの低い方もかなりの数おられるという、ある意味での非効率があったということです。

それに対して今後の方向性、新しい試みとしては、その全体の方々に対して、まず第一

段階として基本的な健診を受けていただく、どのような健診かは今後さらに詰めていく必要があるのですが、簡単に受けられるような基本的な健診で、ややリスクの高い方々を選び出して、その方々に対してより詳細な健診を行って、その方々にどういった指導が必要かというものを見極めて、その対象者に応じた適切な保健指導を行っていこう、そういう考え方でございます。さらに一番下にありますように、その結果、効果については評価もしていこうというのが今後のあり方であろうということです。

◆今後の保健指導のイメージ

次は保健指導の内容についての簡単なイメージを示したものです（巻末資料 11 頁下）。簡単に今後についてのイメージ、概略を申しますと、一つは対象者を階層化、どの程度の指導が必要なのかということを分けて、それに応じた指導を行っていこうということ、そしてまたプログラムの標準化と書いてございますが、指導、支援の質をきちっとレベルを保つということです。

その内容についてはこの①から④まで書いてありますように、一つは基本的な理解を支援するための情報提供、二つ目が、動機づけの支援ということで、生活習慣の改善に取り組もうということを動機づけるような指導をしていこうということ、それから三つ目は積極的な支援ということで、これまでのものがメディアを通すとか、比較的簡単な接触であるのに対して、積極的な支援は医師あるいは保健師、栄養士等が直接的に行動変容を支援していく、直接接触するなりお話をするなりということを通じてやっていこうというような、それぞれの段階に応じた指導支援を行っていこうということです。それから一番下に横にありますように、こういったものの全般にわたって効果をきちっと評価をしていこうということです。その評価をすることによって、それぞれのサービスがきちっと行われたどうかということを評価すると同時に、その質の向上も図っていこうということになるわけです。

◆健診から保健指導を含む全体のイメージ

今お話ししましたようなことを全体のイメージとして表しますと（巻末資料 12 頁上）、まず全体を通じてメタボリックシンドロームという概念を導入しまして、生活習慣病に取り組むということですが、健診については基本的な健診、それとその次の段階としての詳細な健診、そして指導のレベルでは基本的な健診だけで済む人には情報提供、それからそ

の後のグレードに応じまして必要な指導をより濃厚に行っていこう、動機づけの支援あるいはより積極的な対人的な支援ということ、そして最後は効果の評価を行おうと、こういう構造になるのではないかということを示しております。

ただ、そうは言ってもこれは単に絵に書いた餅で、そう簡単にはうまくいかないのではないか、効果が本当にあるのかというふうにも思われると思いまして、次のスライドを用意しております（巻末資料12頁下）。これは某団体、構成員の方が約5,000人ぐらいの団体ですが、そこでの実際の経験ということでございます。今お話ししたことそのままでは必ずしもないのですが、そういった取り組みをする前の４年間は現職死亡者が５人おられたのが、実施後４年間では０になった、あるいは休職者が９名から３名になった、長期療養者の休業補償費が半分になったというような結果が得られており、決して空振りには終わらないだろうという、これは一つのセールスの例でございます。

以上、ただいままでお話ししてまいりましたのはこの右から二つ目の生活習慣病対策というラインでございますが（巻末資料13頁上）、はじめにお話ししましたように厚生労働省としては医療制度全体の改革を予定しておりまして、その中には本日もマスコミでいろいろ報道されておりましたが、医療保険制度の改革の問題、それから次のラインは医療提供体制の問題、そして生活習慣病対策等、一番右は既に介護保険法の改正が行われましたが、介護保険制度の改革、こういったものを同時に平成20年をスタートラインとして行うという方向で今取り組んでいるところでございます。今後とも御理解御協力のほどよろしくお願いいたしまして、私のお話を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

（田中）　中島局長どうもありがとうございました。このスライドは先程申し上げたように厚労省全体の取り組みの真ん中に生活習慣病対策が書いてある、これは画期的なことだと思います。人々を健康にする施策はそれ自体大切なことですが、同時に医療提供体制や高齢者政策と一緒になっている。そこに書いてある横軸が医療費適正対策ではなく、住民のＱＯＬ向上と書いてあるともっといいと思うのですが、それは別として、真ん中に書いてある点に着目してください。そしてかつて学者の間でのみ使われていたメタボリックシンドロームとか、ハイリスクアプローチなどが政策の言葉になった変化は前進であり、私どもも応援してまいりたいと存じます。本日はどうもありがとうございました。

4.特別講演『生活習慣病対策と地域医療の質の向上におけるかかりつけ医の重要性』

日本医師会　副会長　櫻井　秀也氏

（田中）　引き続きまして日本医師会の櫻井先生にお願いいたします。櫻井先生については御紹介するまでもありませんが、日本の医療界を代表する論客であります。中医協の委員としても長い間御活躍でしたが、今度任期６年に達したので、ちょうど退任なさったばかりです。きょうも御自分の発表だけではなく、きっと厚労省の発表に対するご意見があることを期待しておりますので、よろしくお願いいたします。

（櫻井）御紹介いただきました日本医師会の櫻井でございます。「生活習慣病対策と地域医療の質の向上におけるかかりつけ医の重要性」、このテーマは私がつくったのではなくて田中先生がお作りになったのだと思いますが、いただいた題なので、それにそってお話をしたいと思います。

◆望まれる医療制度に必要な医療構造改革

ちょうど今中島局長が医療制度改革の全体像ということで最後のスライドで説明されておりました。日本医師会ももう 10 年ぐらい前から医療制度の構造改革のことは言っていまして、それをまとめたものがこの三つです（巻末資料 14 頁下）。医療保険制度の改革と生涯保健事業の推進と医療提供体制の構築ということを言っています。先程の中島局長のスライドには介護保険が入っていましたが、介護保険も医療制度の中に含めるのならもちろんここに介護保険も入ってくるというのは我々の考えですから、ある意味では項目としては中島局長が言っている内容と同じことを日本医師会も言ってきました。

順番に医療保険制度の改革から話していきますと、今日の会議が終わる頃まで私が喋っていることになりますから、それはやめます。生涯保健事業の推進というのは後でふれますが、まさに生活習慣病の改善というようなことを中心に、もう 10 年ぐらい前から日本医師会は生涯保健事業の推進ということで健康基本法の制定の提案等についてずっと言い続けてまいっております。

それから医療提供体制の構築というところは、これも細かく言えばいっぱいあるのですが、今日いただいた演題に特にリンクして言えば、医療提供体制の構築はかかりつけ医を

中心にした医療提供体制であるべきだというのが日本医師会の主張です。ということなので上から順にやりたいところですが、今日は下からやります。医療提供体制、つまりかかりつけ医の問題から触れます。

◆かかりつけ医の考え方

かかりつけ医とは何かという考え方ですが（巻末資料15頁上）、単純に言えば古くから与えられた名前というか、これは患者さんサイドから呼ぶ名前、ネーミング、名称、呼称であるというふうに考えています。似たような言葉でプライマリ・ケア医とか家庭医とかＧＰとかいろんなことを言われる部分があるのですが、機能面では非常に似ているだろうと思いますが、かかりつけ医は呼び名ですから、一般の国民の方、患者さんが私なら私をかかりつけ医と呼んでくださるということの話ですから、その人が一般医なのか専門医なのかということは関係ないことというふうに考えています。したがってかかりつけ医というものには様々なタイプがあるのであって、かかりつけ医はこうだという定義はむしろできないのではないか、後で概念的なことをお話ししますが、できないということをむしろ考えています。

◆かかりつけ医に対する国民のニーズ

10年以上前から、これは厚生省も手伝ってくださって、かかりつけ医推進事業というようなことを全国で展開してまいりました。いろいろなアンケート調査を全国でやりました。日本医師会もやりましたし、全国各地でも行いましたが、大体国民のニーズを揃えていくとここに書いているようなことになります（巻末資料15頁下）。かかりつけ医を選ぶ基準としては、アクセスがいいこと、十分な説明をしてくれること、いざという場合に適切な専門医の紹介をしてくれるところ、なるべく近くにいること、往診をしてくれること、在宅医療もしてくれること、医療レベルが適正な水準を保っていること、というようなことであります。いろいろなアンケート調査の上位を占めるところで、近くにいて何でも相談にのってくれて、振り分け機能という言葉は私はあまり好きではないのですが、いざという時に必要な医療のできるところへ紹介をしてくれる、それがかかりつけ医を選ぶ条件だということをお答えになる方がものすごく多いです。そういうことで考えています。

これは一般論として国民の皆様がこういう医師をかかりつけ医として選びたいということですから、例えば十分な説明をしてくれる医師をかかりつけ医として選ぶ人が70%以上

いるのです。その通りなのですね。でも逆に私はいつもややへそ曲がりですから、ひっくり返せば70%の人がそう言っているということは、30%の人はそんなものは要らないと言っているように読めるわけですから、３割の人は十分な説明を求めないでかかりつけ医を選んでいる可能性はあるということも言えます。

これは選び方の問題ですから、その人がその先生がいいと思えばいいので、一番わかりやすく言えばウマが合う先生を選んでください。これは親友を選ぶのと同じです。皆さんが一般社会で親友を選ぶ時に、その人の学歴とか収入で親友を選んでいる人がいれば、それはしょうがありません、その人の好きですから。医者のかかりつけ医を選ぶ時はそういうことではありません。何が専門で、どこの大学を出て、何の研究をしたということではなく、自分のかかりつけ医としてウマが合う人を選んでくださいということをいっています。親友というのはそういうことで選ぶというように考えています。親友ですから１人である必要はないと思います。かかりつけ医が２人３人４人いたっていいと思いますが、親友が 100 人いるという人は嘘だろうと思います。そういうことはあり得ないから、そういう意味でかかりつけ医を選んでくださいと考えています。

◆地域医療提供体制の考え方

かかりつけ医の概念と関連してお話します（巻末資料 16 頁上）。地域医療体制の考え方として、医療の日常性、非日常性ということを基本に考えています。日常的な状態、非日常的な状態という視点で、医療の日常的、非日常的というように言葉の対比を書いてあります。これを一番中心に考えて、連続的ということに対しては単発的・突発的、慢性に対して急性、一般的に対しては専門的、わかりやすい言葉でいえば比較的よくかかる怪我とか病気（普通の状態）と滅多にかからない病気や怪我、（普通でない状態）という日常性の違いで上下に分けています。

医療の内容としては、一般医療というようなこと、それからこれは後に触れますが予防的な問題、一次予防から三次予防というような予防や生活習慣の改善、もっと広い意味では生涯保健事業ということで我々は呼んでいるわけですが、それらは上段にきます。それから救急とか突発的なことに関しては応急処置的なものとか、初期救急と呼ばれるものは上段です。手に怪我したとか、お湯をかけて火傷してしまったなどというのは、比較的よく起きることです。

それに対して非常に専門的な医療、高次な医療、大学の先生がやるような高度先進医療

とか、救急で言えば二次救急、三次救急というのは滅多に起きないことであって、下段にきます。医療機関としては、上段は一般の診療所とか中小病院というところが対応し、下段は専門病院とか大きな病院とか大学病院とか、特定機能病院、そういうものが対応します。

これを担当する医者でいえば、比較的起こる日常的なことに対応するのがかかりつけ医で、非日常的なことを担当するのが専門医で、多くのかかりつけ医は開業医であり、専門医の多くは勤務医であるとなります。しかし上下の境は明確に分けられないので点線にしてあります。区別はできませんが、大きな概念としては日常性と非日常性でとらえれば、上を担当するのがかかりつけ医であり、下を担当するのがいわゆる専門の先生というように考えています。それがかかりつけ医と地域医療体制ということに対する我々の考え方です。

◆地域医療提供体制のあるべき姿

その上であるべき姿とは（巻末資料16頁下）、患者さん、あるいは国民を中心にしてかかりつけ医が日常的なことに対応していき、下の方に書きましたのはよく言われている医療機能連携ということで、病々連携、病診連携等の連携で医療が行われる。もちろんそのためには医療保険制度というものがきちっとしていけなければいけないということを考えていますし、さっきも言いましたが広く考えれば介護保険制度も大事だということは考えています。

それで今日話題にしたいのは、ここに生涯保健事業と書いてありますが、これは簡単には予防的な問題、一時予防から三次予防まで含めた予防的な問題です。医療提供環境では、例えばＩＴ化の問題というのは、ＩＴ化することが目的ではなくて、こういう全体像をうまく推進するためにＩＴ化が必要だということで、臨床研修制度や生涯教育の問題などもそのようにとらえています。このように医療提供体制、もちろんここに医師会や行政との連携のことも書いてありますが、全体像の中で中心になっていくのは患者さんとかかりつけ医の関係というように医療提供体制を考えている、それが一番最初に掲げた日本医師会の医療改革の考え方です。

◆生涯保健事業と健康投資

その次が、今回のテーマに一番関係が深そうなことで、生涯保健事業の推進です（巻末

資料17頁上)。さきほど申しましたように10年ぐらい前から提唱してきました。ここに書いているように、一次予防、二次予防、三次予防を全て包括した健康維持推進、およびもう一つは生涯を通じた保健事業、これを大きくとらえています。

それから健康投資の概念というのは、健康というのは一つの資本であり、放っておけば健康資本は減っていきます。たとえば病気をするということは健康資本がものすごく減少するわけですから、それを治療して元に戻すというのが治療の概念となりますが、生涯保健事業とすれば健康に投資をすることによって、健康という資本を維持する、さらには増やすことができるのではないかということを提唱してきました。

◆生涯保健事業の具体的な課題

生涯保健事業の具体的課題を挙げますと（巻末資料17頁下)、一次予防としての生活習慣病対策、次に二次予防としての健康診断の改善とその後の事後指導、これはいわゆるハイリスク・グループへの対応です。これは急に最近になって言われたことではなくて、ハイリスク・グループへの対応とは、先程田中先生から御紹介がありましたが、現在健康局が対応していまして、老人健康診査のあとのハイリスク・グループの個別健康教育という名称で実施しています。予算もついています。ただ普及はしてないことは事実ですが、その対応はしてきましたし､医師会としてもそれを進めようということでやって参りました。それから今日は問題にはしにくいかもしれませんが、三次予防の部分も単にリハビリテーションというだけではなくて、いろいろな普通の、例えば心筋梗塞であろうとがんの手術後であろうとＱＯＬの回復を考えた三次予防も当然生涯保健事業という中に入ってくるだろうと考えています。

◆予防･治療概念の拡大

そういう点から述べると、予防・治療概念が拡大すると申しますか、つまり二次予防である健診をやって早期発見をして、病気を治療しようというこの概念から、一次予防から三次予防までの全体を広めた概念、それが予防治療概念で、これを医師会としても進めていくのだというのが生涯保健事業の考え方です（巻末資料18頁上)。

◆医師の任務

医師法第１章第１条に医師の任務として､「医師は、医療及び保健指導を掌ることによっ

て公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保する」（巻末資料 18 頁下）、つまり医師の役割としてまさに医療と保健事業を掌りなさいというふうに書かれています。たしかに今までいわゆる狭い意味の医療を中心に取り組んできた部分は否めないわけで、この部分をきちっとやっていかないといけないということは、たしか２年前にもこのシンポジウムに参加させていただいた時にも我々の反省としては申し上げておりますし、今後もこれはやっていかなければならないということです。

そのような観点でかかりつけ医を中心に進めていこう、かかりつけ医を中心にした医療提供体制という取り組みから考えて、今日の与えられた命題の生活習慣病対策と地域医療の質の向上におけるかかりつけ医の重要性ということを我々は考えていると申し上げたいと思うわけです（巻末資料 19 頁上）。

◆ハイリスクグループの指導は医療の分野

少し急ぎましたのは，後できっとパネルディスカッションでも発言する機会があるのだろうと思いますが、先程一番初めに田中先生が今回の表題を少し変えましたというような話をされまして、皆さんのお手許にもあるし、パンフレットも配られていますが、「第２回欧米のヘルスケアビジネス及びディジーズ・マネジメント研究」だったのですね。今もそうなのでしょう。だけどそれを少し変えましたということですが、たしかにこの題のカタカナ文字をもし日本語に訳すならば、ヘルスケアビジネスというのは医療産業という日本語に訳すのだと思います。

それからディジーズ・マネジメントは、さっき田中先生がおっしゃいましたように、最初の報告書などを見ますと、日本語では疾病管理というふうに使っているということです。そうすると医療産業と疾病管理の研究会ということになってしまうので、田中先生がこれではまずいなということで、今日求められる健康自立支援サービスという名前にしてくださったのだと思います。私はそう思います。

ところが少し気にくわない部分が、副題のところに生活習慣病のセルフコントロールと書いてあることです。病気のセルフコントロールというと、セルフにしても、病気のコントロールだったら疾病管理だと思うので、ここは病気をとっていただいて、生活習慣のセルフコントロールか、あるいは生活習慣改善のセルフコントロール支援ということだろうと思います。

そうしなければ、アメリカと違って企業が疾病そのものを管理すること、つまり企業が

医療に参加することは日本では禁じられているわけですから、日本の現状に合わなくなると思います。少なくとも先程中島局長が言ったことであれば、ポピュレーション・アプローチとハイリスク・アプローチという書き方を役所がしましたが、ポピュレーション・アプローチは国民自らがやる健康増進運動というか、生活改善の運動なんです。それを支援するためにやるのは、これは企業であろうと誰であろうといいわけですが、少なくともハイリスクグループというのは例えば健診をやって「血圧が高いですよ、薬を使うほどではないけれども，生活習慣の改善をしていきましょう」というのはこれはあくまでも医療の分野です。もしそれが医療の分野でないというのであれば、それでは血圧がいくつからだったら医療で、ハイリスクといってる部分は医療ではないのですかということをきちっと決めてもらわなければなりません。明らかにハイリスクという判断をしたのは医師の判断であって、そこから先は医療ですから、ハイリスクグループへの対応に企業が参加することは日本の現状では不可能だと思っています。

そういう意味であとでディスカッションをしなければならないのですが、中島局長が示した図の中の、ハイリスク・アプローチの一番下の方の役割のところに、民間事業者を入れてあるのはおかしい、あれは厚労省の正式の最終稿には入ってなかったはずです。これは一部の人たちにそういうことを言っている人がいるかもしれませんが、それは現状では無理なわけです。この辺の理解がないとこの研究会は成り立たないと思います。

前回の時も私だけがここへ来て何か文句をつけるという役をしているので非常に損なのですが、でもこれだけは主張しておきたいと思います。言いたい部分を短くしてディスカッションの部分を喋ってしまいまして申しわけありません。でも大体与えられた20分以内では終わっていると思います。どうもありがとうございました。

（田中）　櫻井先生ありがとうございました。このようなご意見を期待しておりましたので、大変ありがたく存じます。また副題について貴重な示唆を頂戴したことに感謝いたします。何より一番お話されたいはずであった医療保険改革については時間を節約していただきましてありがとうございます。かかりつけ医の役割が一次予防から後ろまで全て含む、それがタイトルとしては生涯というように、一生がつく、これはやはり忘れてはならない視点を御提示いただきました。

4. 特別講演『ディジーズ・マネジメント手法を活かした、我が国における新たな健康自立支援の仕組み』

産業医科大学講習衛生学教室　教授　松田晋哉氏

（田中）次は講演の三つ目、そして特別講演の二つ目は松田先生です。松田先生は私どもの研究会でいわば副座長格としてずっと研究内容を指導していただいてきました。また現場での取り組みも日本の第一人者でいらっしゃいます。日本のみならず欧米各国についての知識も私の見るところ日本一ではないかと思います。褒めすぎると大体喋りにくくなるので、もっと褒めようかと思いますが、松田先生よろしくお願いいたします。

（松田）産業医大の松田です。今日は「ディジーズ・マネジメント手法を活かした、我が国における新たな健康自立支援の仕組み」ということでお話をさせていただきます。

◆疾病管理とは

まず疾病管理、ディジーズ・マネジメントとは何かということですが(巻末資料20頁下)、ＤＭＡＡや、その他の定義をひきますと、疾病の予防、悪化防止のために看護師等が医師等の指示に基づき患者の生活管理を行う仕組み、こういうものがまさに櫻井先生がおっしゃられたように、生活習慣の管理を行っていくということがこの疾病管理の基本なんだろうと思います。

必要性から言いますと、人口の高齢化とか社会の成熟化に伴って、疾病構造が生活習慣病をはじめとする慢性疾患中心になっている、そのために病気を治すことよりもコントロールすることに診療の重点が移っている、また、国民のＱＯＬの向上と医療費の適正化、これを同時に達成するために予防がさらに重視されている、こういう状況だろうと思います。

それで米国のディジーズ・マネジメントという考え方があるわけですが、やはり現行制度との適合性というのは考えるべきだろうと思います。出来高払いを基本とする医療制度の中にどのように予防的給付を入れていくのか、あるいは診療所と地域の看護師、保健師を中核として、どうやって後方病院を巻き込んだプログラムをつくっていくのか、そういうものを日本の仕組みの中でこの疾病管理のあり方というものを考えていくことが必要だろうと思います。

私たちのその一番最初の問題意識は、米国のディジーズ・マネジメントというものが日本に紹介されだした頃に、このディジーズ・マネジメントというものは実際もう日本で行われているではないかということでした。日本ぐらい地域あるいは職域でいわゆる生活習慣病を対象とした健康管理をやっている国はありません。そこでディジーズ・マネジメントという概念に基づいてもう一度今まで日本で行われてきた健康づくり活動というものを見直してみようというのがそもそもの始まりでした。

そのような研究をやりたいと言いましたところが、医療経済研究機構が自主研究としてとりあげてくださいました。その成果をふまえて田中先生の研究会にお誘いいただいて、さらに損保ジャパン総研からいろいろと研究費の助成をいただいて、今までいろいろとやってきています。きょうはその概要について少しお話をしたいと思います。

◆疾病管理の3つのコア

疾病管理の三つのコアというのがあるわけですが（巻末資料21頁上）、やはりおよそプログラムである以上、現状分析ができて、目標設定ができて、それに合わせて効果的な介入方法があって、その介入方法の評価ができないといけないわけです。こういう評価ができないようなものがその疾病管理の対象になることはありません。そういうことでこういう枠組みをどういうふうにつくっていくのかということを考えてきたわけです。

◆職域における疾病管理の可能性

まず職域における疾病管理の可能性についてです。私の所属する大学は産業医科大学で、産業医の養成、あるいは中小企業の産業医保健を担当される開業医の先生方の支援をさせていただいています。そこでまずこの職域における疾病管理の可能性ということから考えてみたいということで研究を始めたわけでございます。

これは私自身が産業医をやっておりましたある会社の健康管理システムですが（巻末資料22頁上）、労働安全衛生法に基づいて法定健診を行うわけでございます。あとで見ていただくと思いますが、この法定健診そのものが実は日本の場合かなり生活習慣病対策になっている。そしてなおかつ多くの企業の場合には、ここに健康保険組合が上乗せ健診としてがん検診やいくつかのいろいろな健診を行います。糖尿病に関しても、その職域で糖尿病というものが重要視される以前から多くの企業が、ＯＧＴや、非常に踏みこんだ糖尿病に関する健診を行ってきています。

そういうものが安衛法の枠組みの中で実施されているために、産業医が結果を全て知るという立場にあります。そうしますと知ってしまった以上日本の安衛法の中では産業医にはその働いている人たちに対する安全配慮義務が発生します。要するに生活習慣病対策そのものをやらなければいけなくなるという、そういう枠組みがあるわけです。　その中で事後措置というものが前回の安衛法の改正で強化されまして、結果に基づいてその企業、産業保健職は保健指導と栄養指導と運動指導、いわゆる事後処置をきちんとやらなければいけない、必要に応じてそういう患者さんを外部の医療施設に送っていかなければいけない、そして適切な管理を受けるようにしなければいけない。こう考えますと実はいわゆるマネジドケア的なもの、あるいはいわゆるディジーズ・マネジメント的なものというものが実際に日本の職域ではかなり実施されてきているということです。

◆安衛法に基づく健診の結果

これが2000年の定期健康診断の結果ですが（巻末資料22頁下）、何と従業員の約4割、働いている人たちの半分近くが何らかの所見がある。その中で一番多いものを見てみますと、高脂血症が一番多い、二番目は血圧とか肝機能障害、あるいは尿糖と血糖検査を入れると血糖ということになってくるのですが、こういうものはどちらかというと職業病というよりは、いわゆる生活習慣病です。日本においてはその健診が一般化してきた過程の中で、実は労働安全衛生法という枠組みの中で生活習慣病対策、メタボリックシンドロームの対策をやってきたという現状があります。

しかも後でまた話させていただきますが、職域の場合には健診を受けるということが義務でございます。受けさせるということも義務です。しかも異常があった場合には産業保健職がその事後処置をやらなければいけないし、しかもその評価をしなければいけない。いわゆるディジーズ・マネジメントでいうところの現状の把握、目標設定、介入、そして評価、この三つが実は日本の安衛法の中ではずっと実施されてきているということが言えるだろうと思います。

◆労災保険予防給付

さらに加えて過労死の問題が出てきたために、労災保険の枠組みの中で、いわゆる労災保険予防給付というものが導入されております(巻末資料23頁上)。これは何かというと、一次健康診断で血圧の異常、それから高脂血症、高血糖、そして肥満、これはいわゆる死

の四重奏といいますが、こういうものがあった人に対しては産業医の判断で必ず二次検診を労災保険の枠組みの中で受けさせなければいけない。しかもこの人たちに対して非常に詳しい検査が行われるわけです。頚部エコーでありますとか、あるいは糖尿病に関する少し踏みこんだ検査、そしてその結果に基づいて産業医等が就業措置を行うということになるわけです。これはまさにハイリスクグループに対するディジーズ・マネジメントであるわけです。

◆健診正常者の5年間追跡結果

もう一つ、企業における非常に大きな役割というのは、長期にわたって若い時代から退職時まで個人の健康をずっと追い続けることができるということがあります。これは（巻末資料23頁下）例えば30歳未満の男性を5年間、本当は10年も15年も追いかけられるのですが、5年間追いかけた結果です。例えば30歳未満の男性で、肥満も高血圧も高脂血症も肝機能異常も高血糖もなかった、こういう人たちが例えば5年後に太ったらどうなるかということを調べてみるわけです。そうすると太るだけで高血圧、高脂血症、高血糖というのはかなり出てきてしまいます。

生活習慣病対策は、60歳から始めても効果は薄いわけです。やはりその生活習慣病対策を行うためには、生活習慣が確立される30代40代に介入していかなければいけません。いろいろな問題はあるかもしれませんが、日本の法的な枠組みの中で30代40代50代、全員ではないですが、少なくとも働いている人たちをつかまえることができる枠組みが日本にあるわけです。それがいわゆる労働安全衛生法に基づく健診ということになります。

◆メタボリックシンドローム

その結果をどのように使っていくかということが大きな課題になるわけです。その中でメタボリックシンドロームという概念が出てきて、こういう診断基準が出てきているわけですが（巻末資料24頁上）、先程お見せしたスライドの中に含まれている項目が実はメタボリックシンドロームということになります。これは私が今一緒に共同研究をさせていただている企業のデータですが（巻末資料24頁下）、例えばメタボリックシンドロームとの関係でいいますと、この疾患の数で明らかなように内臓脂肪が増えるにつれていわゆる生活習慣病が増えてくる、こういう構造になっているわけです。

職域にはこういうデータがあるということです。今日本の職域にたまっているいろんな

データを使って、日本において日本のメタボリックシンドローム対策をこれからどういうふうにやっていくのか、そういうことに対する知見が実もう既に存在しているのです。

◆生活習慣病対策実施例

実際この企業との共同研究の中で私たちは今何をやっているのかと申しますと、過去10年間にわたる日本の職域において行われてきた、いわゆるディジーズ・マネジメント的な、生活習慣病対策のレビューをさせていただいています（巻末資料25頁上）。その中で先程申し上げたように、どういう目標設定がされて、どういう介入が行われて，その評価結果がどうだったのかということをまとめていって、いわゆる日本に適したディジーズ・マネジメントの方法論というものをつくってみたいということで研究を行っています。

◆共同研究体制

実際の共同研究体制をご説明しますと（巻末資料25頁下）、私どもの教室が主体となっておりますが、損保ジャパン総研から研究費をいただきまして、この企業の産業保健職の人たちと疾病管理研究会というものをつくっています。そこでこのデータを使いながら、どういうリスクを持った人たちが、どういうふうな形でその生活習慣病になっていくのかということを評価しようとしています。

職域の特徴というのは、特に大きな企業の場合には20年30年というデータがあります。そのデータの中には健診の結果のデータだけではなく生活習慣に関するデータもとられています。喫煙習慣、食習慣、体重、あるいは運動習慣、そのようなデータとメタボリックシンドローム、さらにはそのアウトカムである脳血管障害、虚血性心疾患等に関するリスク評価をやっていって、さらに企業の場合には知ってしまったリスクに対しては介入しなければなりませんので、今まで行われてきた様々な介入の効果というものを改めて評価をしていこう、そのようなデータベースに基づいてこれから疾病管理のための方法論をつくっていこうというのが今私たちがやっていることでございます。

◆地域における疾病管理の可能性

では次に地域においてはどうなのか、実は地域においても今進めております。九州のある自治体でこういうことを進めており（巻末資料 26　頁下）、医療費と介護保険はまだできておりませんが、この地域で糖尿病を対象としたディジーズ・マネジメントのプログラ

ムを実施しております。

これは主治医の先生と連携をとりながら、その対象者を選択していって、その人たちに対して健康管理を行っています。例えばどういうことをやっているのかといいますと、自己血糖記録装置を使って血糖の状況を把握し、あるいは使い捨てカメラ等を使いまして、毎回摂っている食事を撮ってもらい、それを栄養士が判定して、どのような食習慣の問題があるのかということを判定します。さらにどのくらいの運動量であるのか、問診表における質問表のデータ、こういうものをあわせて分析を行い、どのようなリスクの人がどのような結果になるのかということを今分析をやっているところでございます。

◆運動量、総カロリーの変化と血糖、尿糖の変化

実際に介入を行って、このようなモデルを作り、評価を行っているわけですが（巻末資料27頁上)、やはり見てみますとたしかに運動量の変化、総カロリーの変化が、糖尿病の変化に関係してきているのです。私たちが今対象としているのはほとんどが60代以降の方です。このくらいになるとやはり非常に難しいという印象をもっています。特に60歳以降の方たちに運動量をふやして、糖尿病のコントロールをやるということは非常に難しい現状があります。どちらかというと食生活の改善をやっていかなければいけないということがあり、今こちらの方にどのように介入していくか，その方法論の研究をやっているところでございます。

◆医療圏における患者数の推計

職域においては現状の分析や目標の設定というのは可能なんですが、地域においてはどういうふうにそれをやるのか、要するに地域においてどのぐらいその病気が負担になっているのかということを推計する方法というのは今まであまりありませんでした。私たちの研究班の中で東京医科歯科大学の伏見先生がＤＰＣを使って行ってくださっているのですが、ＤＰＣを患者調査のデータにあてはめて、その地域において各傷病がどのぐらいいるのかということを推計することが可能になりました（巻末資料27頁下)。今私たちが対象として介入している自治体においては、耐糖能異常も含めて糖尿病は人口の７％ぐらいいるということが推計できています。

人口の７％の患者がいる、しかもそれが耐糖能異常からいわゆる合併症をもつ糖尿病のレベルまで推計できますので、例えば耐糖能異常の人たちが、足病変を持たない、トリオ

パシーをもたない、そういうふうに介入することによってどのぐらいの医療費が節約できるのか、そういう推計を出すことは可能だろうと考えています。そのデータに基づいて目標設定をして介入をしていくことを、地域ベースのデータで行うようになったことがポイントだろうと思います。

◆介護予防への応用

もう一つ、私たちが今ディジーズ・マネジメントという概念でやっているのが介護予防です。介護保険というのは非常によくできた制度で、実は介護保険で集めているデータを使いますと、ハイリスクのグループというものが把握できます。これは北九州市で介護保険の主治医の意見書をコーディングして分析したものですが（巻末資料 28 頁下）、例えば要支援とか要介護度１の高齢者のほとんどの方がいわゆる筋骨格系の疾患をもっています。しかもそういう人たちを分析してみると、独居の女性が多いということがわかってくるわけです。要するに介護保険の中で筋骨格系の疾患が要支援、要介護１に多い、しかもその人たちが最近非常に増えている、つまり介護予防の最重要ターゲットというのが実は今の介護保険のデータから把握できるわけです（巻末資料 29 頁上）。

◆軽度の移動障害を放っておくとどんどん悪化する

ではそういう人たちを放っておくとどうなるのか、これも同じ地域のデータです（巻末資料 29 頁下）、放っておくとものすごく悪くなります。３年ぐらいで移動能力が９割ぐらい落ちますし、それから排泄とか入浴が半分ぐらい落ちます。メンタルにも少し閉じこもりがちになりますので、ちょっと抑うつ傾向が半分ぐらいの方に出てきます。

そういうことで北九州市でこういう形で引っ張り出して（巻末資料 30 頁上）、筋骨格系の集団エクササイズを行ったりしていますが、筋力だけじゃなくてバランスも持久力も上がってきます（巻末資料 30 頁下）。私たちは北九州市で介護予防の効果をはかるために、小学校区別にどこに独居の高齢者がたくさんいて、どこにどういう医療費がかかっているかということを標準化してマップにする仕組みをつくりました（巻末資料 31 頁上）。このようなデータをつくることによって、どこにどういうハイリスクの人たちがいて、そこに介入することによってどのぐらい医療費や、介護費の節約が可能なのかということを推計できるような仕組みを今作りつつあります。

◆地域保健と職域保健の比較

医療の場合には、糖尿病にしてもそうですが、どういうところにどういう人たちがいるのかというのは非常に捕まえにくい問題なのです。これが地域保健と職域保健を比較したものですが（巻末資料31頁下）、地域保健の場合は老人保健でやっているので、健診の受診が任意です。それから健診で異常を指摘されて、受診をするように勧奨しても、受診するかどうかも本人の任意です。受けないことによる罰則規定がないために対象者のコンプライアンス、言うことを聞く数が非常に低いという問題があります。しかも時系列の評価が非常に困難です。今年受けた人が来年受けるとは限らない、今年受けた人が前の年に受けたとは限らない、そういう意味でなかなかこの時系列の評価が難しいという問題があります。

ところが、介護保険の場合にはこれが比較的容易にできるような形になっています。一方で職域の場合には安衛法では受けることも受けさせることも、それから事後措置も全て義務ですので、いわゆる疾病管理のためのいろいろなデータベースの分析が可能という特徴があります。そういうことで私たちは損保ジャパン総研のいろいろな御支援をいただいてこうした研究をやってきているわけですが、これからの研究の方向性を次のように考えております。

◆我が国に適した健康づくり方法の確立

まず一つ、やはり日本においてこれまで職域・地域で行われてきた健康づくり活動を、ディジーズ・マネジメントの概念で整理しなおすことで我が国に適した健康づくりの方法が確立できるだろうと考えております（巻末資料32頁上）。その中で例えば予防というものを職域で考えた時に、今はここで大企業のものを紹介させていただきましたが、中小企業対策をどうするかという課題があります。日本の労働者のほとんどを占める中小企業の労働者も健診は受けますし、その健診の事後指導、管理を誰がやっているのかというと、地域の開業医の先生方です。そうしますとその地区医師会というものをうまく使った職域をベースとしたディジーズ・マネジメンというのがあり得るのではないか、そういうことも今考えております。

それからディジーズ・マネジメント三つのコアという枠組みで考えると、職域という優位性がありますので、職域をベースとしたいろいろなプログラムを開発できないか、また、地域の場合にはどちらかというと介護予防をベースにディジーズ・マネジメントを考える

ことが可能ではないかなと今考えております。

◆広い範囲をカバーする取り組み

ただ、そのディジーズ・マネジメントという言葉を考えてみますと、冒頭でも田中先生が御指摘になられたように、諸外国のものに比較すると広い範囲をカバーしていますので、ディジーズ・マネジメンという概念は少し合わないのかなと思っております（巻末資料32頁下）。私たちは日本型ディジーズ・マネジメントを強調するために、タイトルとちょっと違って申しわけ訳ないのですが、英語にした時の語呂の良さというものもありますので、どちらかというとこのヘルスマップ（H-MAP）、ヘルス・メインテナンス（Health Maintenance）・アシスティング（Assisting）・プログラム（Program）みたいな、こういう名前が作れないかなということを今提案しているところです。

いずれにしても日本においてこれまで職域や地域で行われてきたいろいろな健康づくりをベースとして、日本型のディジーズ・マネジメントをつくれると思っていますし、それがまた日本にとって諸外国にいろいろと情報発信できるようなものになるのではないかと考えております。また別の機会にさらにこのあとの研究の成果を御報告させていただきたいと思います。以上です。

（田中）　松田先生ありがとうございました。名称も提案がありました。皆様方もあとでアンケートの時に名称を提案していただいて、一番多かったら使いましょうか。松田先生の講演は大変心強い点を指摘いただきました。日本では安全衛生法の仕組み、それから介護保険どちらもデータをとっているし、仕組みとして存在している。ただ、それがどのぐらい機能しているかは別な話です。しかし根っこからつくるのに比べれば、データベースにはなってないにしても、データはあるし、それから仕組みとして使えるものがある、これを活用していくことによって我が国の仕組みは世界にリードできるものになるのではないかと言っていただきました。ずっと講演が続きましたので、ここで休憩を入れます。

6. パネルディスカッション『今日求められる健康自立支援サービス』

（田中）　それでは後半の部に入ります。後半は舞台にお座りの５人の方にお１人５分程

度ずつそれぞれの御専門の立場から、健康自立支援に対する知見を述べていただきます。ではまず河盛先生からお願いいたします。

日本糖尿病学会常務理事　順天堂大学医学部内科学教授　河盛　隆造　氏

（河盛）　順天堂大学の河盛でございます。糖尿病を専門にしておりますので、糖尿病の立場から今のこのメタボリックシンドローム、あるいは生活習慣病、その予備軍についてお話をさせていただきます。

◆40%の人は一生涯のうちに必ず糖尿病になる（WHO）

私はＷＨＯの委員をしておりますが、ＷＨＯは2000年に生れた人たちがこのままの状況が続くと40%の人は一生涯のうちに必ず糖尿病になると予測しています。今５歳の方、このままいけば40%の方が糖尿病になってしまう。皆様方の糖尿病に対するイメージは「中年になって太るとなる病気」ですが、非常に心配していますのは子どものことです。

◆子どもたちが子どものうちに糖尿病にならないようにすることが重要

御存知のように糖尿病は遺伝因子が濃厚な病気です。また家族は同じ生活習慣をとります。したがって次の世代、次の次の世代「あなたのお孫さんはどういう生活をしておられますか」とお聞きして、教育して、子どもたちが子どものうちに糖尿病にならないようにするということが重要です。

東京都では小・中学生で大した肥満もないのに糖尿病になっている子どもが激増しています。すなわち運動不足と過食によって、インスリンの働きが悪くなる、一方「インスリンの分泌が少ない」という遺伝的体質があれば、若くして糖尿病になってくるのです。今政府が力を入れているのは食育、学校で子どもたちに食事について教育をする、私どもはすばらしいことだと思っています。なぜかと言えば、子どもが家に帰って若いお母さんに「ちょっとうちの食事バランスが悪いんじゃないか」と言ってくれるかもしれないからです。それから今の子どもたちは一体どこで運動しているんですか。食育と体育、この二つが全く子どもの時から守られていないというのが大問題ではないか。そういうところから始めないと永久に糖尿病の発症は減らないだろうと考えております。

◆メタボリックシンドロームが強調される意味

それからもう一つ、先程来メタボリックシンドロームが話題になっておりますが、もし高血圧になっていたら、糖尿病になっていたら、あるいは高脂血症になっていたら、高血圧として、糖尿病として治療を受けることができます。でも本当にメタボリックシンドロームを強調している意味は、一つ一つはまだ病気ではない、予備軍だ、だから医療を受けることができない、そういう方々に積極的に自ら肥満を是正してくださいということをお願いするために、メタボリックシンドロームが決められたんだと私は理解しております。

そういう意味では日本の国民の知性の高さを利用して、国民に正しいことを伝えることが何より重要ではないか。日本ほどすばらしく自由な国はありません。医者でなくても、研究者でなくても、栄養士でなくても、ナースでなくても、誰でも健康に対する本を書くことができます。その本がいくらでも売れます。多くの方は、「だって本に書いてあるじゃないか」「だってテレビでやっているじゃないか」と言います。間違った健康情報があふれている、これを何とかしないと国民が正しい方向に自らの生活習慣を修正しようとしない、と思っております。

◆減量作戦の効果

最後に自立のための健康、私どもに何ができるかということですが、私は順天堂大学におりますが、順天堂大学では箱根駅伝に力を入れています。スポーツ健康科学部の駅伝の選手たちの栄養管理をしています。彼らは私たちの言う通りに食事をとってくれます。そして筋肉や肝臓にどれだけ今脂肪がたまっているかをＭＲＩを使ってきちんと測定しています。筋肉にどれだけ脂肪をためておくと箱根の山登りには好都合か、など検討しています。

そういうテクニックを使って肥満の方の肝臓や筋肉にどれだけ脂肪がたまっているか、それを取り除くにはどうしたらいいかということをいろいろ発表してまいりました。すると昨年東京のある大会社の健保組合から依頼を受けました。30 代 40 代でセールスマンなのに体重が 100 キロを超えている、とても見苦しい、見苦しいだけじゃなくて、その方が脳梗塞や心筋梗塞を起こすと健保組合は大変なことになる、だから彼らの減量作戦に力を貸してくれと依頼を受けまして、50 名まとめて面倒を見ましょうということで、３カ月、さらに最近１年の成績を出しました。

彼らを集めてなぜ肥満がよくないのか、それを私どもはどういう作戦で減らしていくの

か、体重が減ったらどうなるのか、そういうことを１日講義いたしました。そして毎週土曜日に来ていただいて、あるいは来られない時にはメールで栄養士の先生やトレーナーや医者とたえず連絡をとる、そして最初の６カ月で平均 100 キロの方が 94 キロまで６％体重が減りました。100 キロが 94 キロまで減りましたが、私どもも御本人もみんながっかりしました。たった６キロか。

◆体重 6%減、全身脂肪量 10%減、肝臓脂肪は 40%減

体重は６％でしたが、全身の脂肪、お腹のＣＴの内臓脂肪面積ではなくて、ＭＲＩ写真から体積を求めましたが、全身の脂肪量は 10%減りました。ところが肝臓の脂肪は 40%減りました。その結果ブドウ糖負荷試験の血糖値もインスリンも脂質代謝も血圧も全てよくなりました。そしてその効果は１年以上ずっと継続されています。だから私は一人一人にきちんとした治療の目的、肥満を是正するためにどれだけ動けばいいのか、どのような食事を召し上がればいいのか、そして別に内臓脂肪は燃えなくても、肝臓の脂肪がとれてきたら、これだけあらゆることが良くなるんだ、そういうことをきちんと提示して、勇気をもってやっていただくことが必要ではないかと思います。

◆肥満がなくても的確に指導していくことが重要

そのような成績をアメリカで発表しました。アメリカの先生方からは、「お前が言いたいことは、メタボリックシンドロームの見かけはお腹に脂肪がたまっていることだけれども、本当は肝臓や筋肉にたまった脂肪の方が悪いということを君たちの成績は示しているんだな」と言ってくれました。何も内臓に脂肪がたくさんたまるまで待つのではなくて、間食が多い、酒が多い、脂肪肝になっているような人に対して、肥満がなくても的確に指導していくことが重要で、そのような人々が健康になりたいと思っている、でも一人だけでは誤った情報も多くてなかなかやっていけない、そういう方々に正しい指導をし、そして健康を維持すること、僅かな病気が出てきた時にタイミングよく指導することが今後最も重要ではないかと思っております。

（田中）　ありがとうございました。医療政策を研究する田中研究室でも合宿の際は全員に脂肪を測らせようかと思います。子どもたちの食育が大切だというところで櫻井先生は拍手してらっしゃいましたが、非常に重要な点を御指摘いただきました。ありがとうござ

います。また後で参加してください。次は寺本先生お願いいたします。

日本動脈硬化学会理事　帝京大学医学部内科学教授　寺本　民生　氏

（寺本）　帝京大学の寺本でございます。私もちょっと似たようなお話になるのですが、パワーポイントでお話をさせていただきたいと思います。私はいつかこういう日本の長寿は大丈夫かというような講演をしたことがございますが、やはり健康指導、それから食育ということは非常に重要だということを訴えてまいりました。

◆世界的に循環器疾患による死亡が多い

これは2001年のWHOからのワールドヘルスレポートのデータでありますが(巻末資料33 頁下)、世界におけるカーディオバスキュラー・ディジーズ（循環器疾患）による死亡というのが最も多いということからWHOがこの心血管病をいかに予防するかということを今までの栄養政策から切り換える一つのポイントになったデータでございます。

◆原因は、血圧、たばこ、コレステロール、・・・

このような死亡率をあげていく原因として何があるかと調べたところ(巻末資34頁上)、血圧の問題、たばこの問題、コレステロールの問題、それからベジタブルとか太っているであるとか運動とか、そういったものがあがってくる。すなわちほとんど全てがいわゆる生活習慣に関係しているということで、生活習慣の改善ということは非常に重要だということをWHOも言ったわけです。

◆日本では心血管病の死亡率は上がっていないが、罹病率は上がっている

我が国では一体どういうことが起っているのか。なかなか日本で心血管病による死亡率が上がっているというデータは実はないんですね。ところが実際に疾病率、要するに罹病率を見るとこのように1960年代以来ずっとふえています（巻末資料34頁下)。これは年齢調整しておりますから、高齢化社会を迎えた我が国ではこの冠動脈疾患の患者数は非常にふえているということを認識する必要があるんだろうと思います。

◆背景はコレステロールの増加

このようなことのバックグラウンドにやはりコレステロールが上がっているということがありまして、逆にアメリカは1960年代当時からかなり冠動脈疾患が多いということで、コレステロールを下げる施策を行ってきました。それは見事に成功し(巻末資料35頁上)、コレステロールは下がり冠動脈疾患の死亡率も下がっています。これを我が国がどう考えていくのかというのはこれからの問題であります。

◆肥満が増えている

こんなことで先程来ずっとお話になっている我が国でメタボリックシンドロームの診断基準(巻末資料35頁下)が出たわけで、これがグローバルな形でも認められているということで、今後世界的な意味でメタボリックシンドロームに対する対応というのが必要になってくるのでありますが、ここに肥満の問題が絡んでいるということであります。

我が国では一体どういうことが起っているのかということを見ますと(巻末資料36頁上)、もう男性ではウエスト周囲径85センチ以上というのは25%、ただ下の方を見ていただきたいのですが、30代40代の方はもう30%の方たちがなっている。先程来30代40代これは大変だぞという話が出ているのですが、まさしく私はその通りだろうと思います。

◆30歳代、40歳代は血清脂質が高く、HDLコレステロールは低い

これは2000年に我が国の血清脂質を測ろうということで、全国レベルで調査したデータです(巻末資料36頁下)。その時にトリグリセリドも測ったわけですが、そうしますと30代40代が最も高い、他の年代に比べると最も高くて大体150ぐらい、これはメタボリックシンドロームの基準値でありますから、半数ぐらいはこれを超えているということになるわけです。　ＨＤＬコレステロール、これも30代40代がボトムであります(巻末資料37頁上)。要するにＨＤＬが低くて中性脂肪が高い、こういった方が30代40代に起っています。これは実はその後に起ってくる心血管病、脳血管病、これは大体60代から70代の疾患でありますから、30年後40年後というのが問題になるのだということを認識する必要があります。

◆日本食離れが肥満に関係している

この肥満の問題というのは非常に重要でありまして、実際にどういうことが起っている

かというと、昭和38年からずっと見ていくと、これは40代の男性ですが、右肩上がりで上がっております（巻末資料37頁下）。通常は脂肪の摂取量が上がっているからと説明されますが、お米の摂取量はごらんのとおりで、ちょうど逆相関という形で下がっている。すなわち日本食離れが起っているということがこの肥満に非常に関係しているということを私は認識しておく必要があるんだろうと思います。

◆肥満がおこると、血圧も血糖もコレステロールも上がる

このような肥満がおこってまいりますと、実はこのメタボリックシンドロームの要因である血圧が上がり、血糖が上がり、コレステロールが上がる、これは国民栄養調査が見事に証明している厳然たる事実であります（巻末資料38頁上）。

◆米国でも肥満児が増加

実は米国では非常に今問題が起っていまして、ブッシュさんもこの肥満対策というのをこれからの施策の一つにあげると言っていますが、これは一般紙のサイエンスに発表された写真です(巻末資料38頁下)。これはちょっと肖像権に問題があるのかもしれませんが、向うの子どもたちの肥満であります。このように肥満度はどんどん上がっている。そしてこの事実をもってしておそらくこれから20年後30年後というのは米国の寿命は短くなってくるのではないかという危惧を抱いたということが記事として出たわけであります。

◆日本の子どもは米国の子どもよりコレステロールレベルが高い

ところがその米国で、日本の子どもと米国の子どもを比較してみようと研究した方がいらっしゃいます。これは読売新聞に発表されたものですが（巻末資料39頁上)、そうしますと肥満度に関しては日本の子どもと米国の子どもとではほとんど差がない、しかしながらコレステロールのレベルは我が国の方が高かったという非常にショッキングなデータがあります。この研究員というのが実はもっといい結果が出てくるものだと思っていたのですが、実は我が国も大変なことになっているということを言っているわけです。

◆肥満児の割合も増えている

この肥満児の頻度というのを見てみますと、昭和43年度と平成7年度とを較しますと、もうこんなに上昇しています（巻末資料39頁下)。ですからこれは11歳12歳という小学

校高学年の子どもたち、よく考えてください、先程30代40代の人たちの問題があった、その子どもたちがこういうことになっているんだということが非常に問題であります。その方たちの糖尿病の発症率でありますが、この通りでどんどん上がっているということも私たちは認識するべきでありますし（巻末資料40頁上）、これは非常に深刻に受け止める必要があるだろうというふうに思っております。

◆肥満対策が第一

この肥満の問題、これは最後のお話ですが、これは私がポルトガルに行った時にある修道院に行きまして、こういうドアを見つけました（巻末資料40頁下）。これは実は向う側が食堂になっています。このドアを通らないと食堂に辿りつけません。私が立ってみたんですが（巻末資料41頁上）、何とか入るということで許されているわけです。すなわち修道士、非常に敬虔にやっていると思うのですが、なかなかやはり肥満をコントロールすることは難しいということで、こういったドアをつくったのだろうと思います。

基本的には日本の長寿というものを考えた時に、肥満対策が第一であります(巻末資料41頁下)。30代40代の男性は非常に危ない、食生活の改善が必要だ、その子どもたち、小学生高学年、この肥満対策が大切であって、親の世代の管理が重要です。このことは国民レベルで認識していくことが必要であります。その中でやはりマスメディア、これは非常に重要なところを握っているだろうと思いますので、その辺の認識も十分していただければと思っています。以上でございます。

（田中）　ありがとうございました。今のお話を伺うと本当に危機意識でいっぱいになりますね。日本人の総コレステロール値が米国人と一緒というご指摘は大変ショッキングなデータだと思います。テレビを見ていると難病奇病で珍しい病気ばかり取り上げられると感じるかもしれませんが、本当はもっとベーシックな、こうした事柄こそ大切であると非常によくわかりました。私たち心しなければならないよい警告を発していただきました。続きまして松岡先生お願いいたします。

日本高血圧学会理事　独協医科大学循環器内科教授　松岡　博昭　氏

（松岡）　獨協医大の松岡でございます。私は高血圧の立場からお話をさせていただきた

いと思います。

◆若い時からの血圧の管理はきわめて重要

米国の有名なフラミンガム研究というので最近報告されておりますのは、50歳の時に高血圧であった男性（140・90以上の人）の循環器疾患からみた健康寿命というのは17年であると言われております。そのあと病気をしたりして生き長らえるということはあるわけですが、ところが狭義の正常血圧 120・80 未満の方の健康寿命というのは24年です。したがいまして若い時からの血圧の管理というのは極めて重要だということを米国のフラミンガム研究も示しているわけです。

◆生活習慣病の要因

私もＰＣで簡単に御説明をさせていただきたいと思います。糖尿病にしても高脂血症、高血圧にしても、生活習慣病というのはたしかに生活習慣、環境要因がもちろん大事であります（巻末資料42頁下）。さらには遺伝がある、遺伝素因というのはこれは人によってたくさん持っているものから、少ないものもあると思いますが、昔は成人病といわれておりました年代になってくると生活習慣病が発芽をしてきます。そして糖尿病になり、高脂血症になり、高血圧を示すということでございます。

◆高血圧の環境要因

高血圧の環境要因というのは、肥満それから塩分です（巻末資料43頁上）。これは塩分のない社会というのは高血圧がないと言われておりまして、文明社会で塩を用いるようになって高血圧が出てきたと言われております。日本食というのは非常にヘルシーと言われておりますが、この塩分だけが残念ながら欧米よりも摂取量が多い。

それからアルコール、あるいは運動不足、あるいは寒さ（寒冷刺激）、それからたばこ、ストレスです。たばこについてはたばこを吸っている人というのは高血圧にはならないんじゃないか、ということが言われておりましたが、最近のいろんな血圧の検討からはたばこを吸っている人というのは吸っている時には立派に高血圧になっているということを後でお示ししたいと思います。

◆高血圧はサイレントキラー

生活習慣病、高血圧に限らずですが、症状がないというのが一つのポイントでありまして、よく高血圧はサイレントキラーと言われており、心筋梗塞、我が国においてはストローク、これらは急激に前ぶれなくやってくるということであります（巻末資料43頁下)。

実際に外来では血圧が140以上、あるいは90以上の場合に高血圧とします。しかしながら最近は家庭で血圧を測定する、あるいは自動血圧計で血圧を測定するというようなことが行われるようになってまいりました。そして家庭血圧で135・85以上、あるいは24時間の平均の血圧が135・80以上の場合には一応高血圧とみなします(巻末資料44頁上)。これは昨年出しました高血圧学会のガイドラインでも謳っております。

◆家庭血圧からみた高血圧の種類

実際に家庭血圧計等を用いて、あるいは自動血圧計等を用いて検討しますと（巻末資料44頁下)、外来の血圧は高い、しかしながら家庭血圧は正常というのが白衣高血圧と言われておるものでございます。そして両方とも低いのはもちろん正常血圧で、両方高いのは高血圧ですが、最近はよく仮面高血圧、あるいは逆白衣高血圧というものが注目されるようになってまいりました。

◆白衣高血圧

高血圧はもちろん心疾患のリスクでありますが、白衣高血圧については本当にリスクかどうか、リスクじゃないという報告から、高血圧と正常血圧の中間ぐらいのリスクだとの報告もあります。ですから白衣高血圧というのは過剰な治療に結びつく可能性がある、本当の高血圧じゃない、リスクが低くても治療してしまうことがあります。

◆仮面高血圧

一方、逆に仮面高血圧というのは、高血圧と同程度にリスクだといわれていますが、これは外来の血圧だけでは見逃してしまいます。例えば仮面高血圧というのは、外来は140・90未満ですが、ちょっとした仕事のストレスで血圧が高くなる、あるいは早朝に血圧が高くなる場合も起ってきます（巻末資料45頁上)。これは家庭内でトラブルがあったり、あるいは仕事上のストレスなど、いろんな要因が含まれております。あるいは薬を飲んでいても次の日の朝までこの薬の効果が持続しなくなって血圧が上がってくる場合なども仮面高血圧の原因となります。ですから仮面高血圧というのはいろいろな原因が加わって、血

圧が高くなっている病態であります。

◆喫煙の影響

これは私どものところでたばこを吸っているヘルシーボランティア 42 名の男性健常人にお願いして行った研究のデータです（巻末資料 45 頁下）。普段はたばこを 30 本ぐらい吸っている人です。たばこを１週間我慢していただきました。そうしますとこのように収縮期も拡張期も日中たばこを吸う時間帯に血圧がきれいに下がっています。脈拍も日中、夜間を通じてこのように下がります。３名だけは１週間の禁煙ができなくてドロップアウトしましたが、その 39 名で最終的にはこのようになりました。

つまり高血圧患者さんもかなり喫煙が血圧の上昇に関与していることが推測されるわけです。朝起きてたばこを一服吸った後血圧を測ると高い、これも仮面高血圧に関係していると考えられます。米国の教科書なんかにも我々のデータを引用して、禁煙をすればこれだけ正常人でも血圧は下がるんだと記載されています。

◆家庭血圧の重要性

外来血圧だけで本当に診療していいのかどうかということが論議されています。今月の初め旭川医大で菊池教授が高血圧学会を行いましたが、その時に外来血圧で診療すべきか、あるいは外来血圧は不要ではないかということでディベートも行われました。

患者さんに家庭血圧を測定していただいて、高血圧の治療を先生方と一緒にコラボレートして行っていくという意識を持ってもらうことが大切です。家庭血圧は外来血圧よりも何回も測れるという利点から、予後にも優れているということが報告されています（巻末資料 46 頁上）。以上です。

（田中）　松岡先生ありがとうございました。今日のタイトルにふさわしい健康自立のための一つの手段として、自分で測る、そしてそれを意識として高めるために使うという、大変よい提案でした。またたばこの恐ろしさも言っていただき、どうもありがとうございました。では次に椎名理事から発表をお願いいたします。

健康保険組合連合会理事　椎名　正樹　氏

（椎名）　健保組合の連合会でございます健保連の椎名でございます。私の方から健保組合の立場でいくつかお話をさせていただきたいと思います。

◆健保組合の現状

まず健保組合の現状です(巻末資料 47 頁下)。その前に健保組合の性格でございますが、事業主と被保険者の代表によって運営される公法人であります。健保組合はいろいろな事業を行っておりますが、とりわけ疾病や負傷などに対する保険給付、これが最も重要な仕事となっております。

健保組合の最近の財政状況ですが、一言で申し上げますと極めて厳しい状況にあります。その原因は二つありまして、一つは保険料収入の減少、もう一つは拠出金の増加、この二つであります。特に拠出金は様々な問題を抱えておりまして、医療制度の抜本改革ということが求められる所以であります。

◆健保組合の保健事業

健保組合の保健事業ですが、そもそも保健事業の根拠は健康保険法にあります（巻末資料 48 頁上)。つまり保険者は健康教育、健康相談、健診、その他必要な事業を行うよう努める、そういう規定があります。保健事業費、これの保険料収入に占める割合を見てみますと、先程申し上げました財政状況を反映して 10 年前に７％を超えておりましたが、最近では５％を切っております。保健事業の内容ですが、人間ドック、健診をはじめとして健康教育、健康相談、あるいは最近ですと健康づくり、心の健康づくりとか、健康日本 21 関係の事業も加わりまして、非常に広範に及んでおります。

◆保健事業の課題

保健事業の課題についてですが（巻末資料 48 頁下)、まず組合によってその取り組みとか内容は極めて様々です。つまり企業と労組をまきこんで非常にアクティブに、あるいは先駆的にいろいろな事業を行っている組合があります。その一方で、お金もない、人もいない、あるいはノウハウもないということで、なかなか保健事業がうまくできない組合もあります。それからいわゆる人間ドックや健診、この辺は組合の中心的な事業になっているわけでありますが、これもいろいろと課題があります。

例えば健診後の保健指導、こういったものがきちんとなされているかどうかということ

ですが、残念ながら健診後の保健指導、こういったものを受診者全員に対して行っているところが約１割程度、また指導を全くやっていないところは約半数です。その他、健診につきましては健診項目の問題とか、あるいは健診の質の問題、エビデンスも含めましていろいろな問題があります。

それから私ども保険者としてはずせないものとしまして医療費の適正化があります。つまり効率的、効果的な保健事業になっているかという課題です。

◆疾病管理への期待

最後に疾病管理あるいは先程来のお話ですと、健康自立支援、そういった手法に対する私どもの期待についていくつかお話をさせていただきたいと思います(巻末資料 49 頁上)。まず、一つ目は今申し上げましたように、実情は非常に異なる、したがって健保組合の実情に応じたいくつかのモデルを具体的に示していただければということです。

二つ目は、エビデンスのあるプログラムであってほしいこと、特にＱＯＬと医療費の適正化、そういう面でぜひエビデンスのあるものであってほしい、というお願いです。

三つ目は産業保健との関係でございます。例えば産業保健との役割分担とか、あるいは相互乗り入れ、そういった形で新たな関係がつくれないかということです。

四つ目は切れ目のないシステム、つまり被保険者が他の医療保険制度に移った場合を考えまして、切れ目のないシステムがつくれないかということです。私からは以上です。ありがとうございました。

（田中）　どうもありがとうございました。健保組合の現状について非常に正直に話していただいたと思いますが、こうすればいいとわかっていても、能力あるいはお金がない健保組合が現実にはたくさんあるので、それにふさわしいモデルをつくってほしいとの御提言でありました。

最後になりましたが、ピンチヒッターで駆けつけていただきました城企画官よろしくお願いいたします。

厚生労働省　政策企画官　城　克文　氏

（城）　厚生労働省の城でございます。武田が公務でございまして急遽代理ということで

ございます。よろしくお願いいたします。私もパワーポイントで説明をさせていただきます。武田の資料ですが、政管健保の保険事業の現状等々についてお話をさせていただきます。

まず政管健保は被傭者の半分を抱えている大保険者、全国一本の保険者です。したがって小回りがきかないとか、いろいろ問題はありますが、そういった中でこれまで行ってきた保険事業の状況を説明します。

◆政管健保の生活習慣病予防健診

まず検査費を見ていただきますと、毎年毎年減少していま（巻末資料50頁下）。ただ、健診の受診者数については平成16年度でいけば10.9%増という形でかなり伸びています。したがいまして今度18年度の概算要求では70億円ぐらい増やさなければならないだろうということで要求はしていますが、まだまだ実施率が27.7%という状況でありまして，かなり低いかなという認識です。

◆健康づくり事業

一方で健康づくり事業です(巻末資料51頁上)。これは一次予防中心にやっていますが、大体社会保険センターとか、そういった施設で従来やっていましたが、社会保険庁の施設は売却するとか閉鎖するとか、いろいろありまして、今年度から民間の施設も活用して実施しています。

件数を見ていただきますと、左側の健診結果に基づく実践をやったもの、プログラムをつくったのは16年度でいけば167,951 人、フォローアップの件数が77万件、一方医療機関で療養計画書をいただいて、それで健康づくり運動等を行ったものが 16 年度でいけば115名というふうにかなり少ない状況になっています。

◆保健者による保健事業の概要

保険者毎に保健事業の比較をしています（巻末資料51頁下)。政管健保のところの事業規模を見ていただきますと、他の事業も多少入っていますのでさっきと数字は違いますが0.74%、これは全体の総支出額に占める割合です。やはり健保組合と比べるとまだ低いのかなという状況です。

◆政管健保のニーズ調査－生活習慣病予防健診事業

どうするかということですが、政管健保では今年度初めてアンケート、ニーズの調査、把握を行いました。例えばこれは「生活習慣病健診を実施しているのですが、御存知ですか」という、問いでございます（巻末資料52頁上）。これは被保険者であれば50%、半分ぐらいは御存知で、半分の方は知らない、事業主の方は大体9割知っている（巻末資料52頁下）。10人以上の事業所には社会保険委員がいるのですが、この人たちは知っている、ということからすると、この人たちに届いて、そこから先に届いてないという状況かなと思います。下の方は事業所規模別に見ますが、やはり小さいところの方が届きやすいという状況のように思います。

事業の必要性についてたずねると（巻末資料53頁上）、下の紫のところが必要という人、そして下から二段目の赤いところがどちらかというと必要という人、全体で見ていただくと53.3%の人が健診を実際に受診したいと言っているので、それを考えると今の受診率27.7%というのはまだまだ低い。これを何とするかという、そういう状況が見えてまいりました。

健診を希望しない方が結構いましたので、これを見ますと（巻末資料53頁下）上から三つ目ぐらいの紫のところ、これが他の健診を受けているからということで、これは労働安全衛生法関係の健診を受けているのかなと思われます。それからその下のオレンジのところ、これはもう実際既にお医者さんにかかっている、高齢者になるほど増えますが、ということで政管の健診は受けないということです。事業所別にはさほどの差はありません。ですからこういったところの方については、ある程度他でフォローされているだろうと考えております。

◆生活習慣改善指導事業

では「その健診の次の事後指導はどうか」という問いです（巻末資料54頁上）。認知度、事業そのものが知られていない、事業主さんでも9割切って、被保険者の方は35%、そして年齢別にも若年の方に特に知られていないという状況でした（巻末資料54頁下）。

事業の必要性については、それでも全体でいきますとやはりかなりの方が必要だということでしたし、ちょっとびっくりするのは、下の実際に受診したいという方の数字が7割を超えている、これは健診の受診希望よりも多いという状況でした（巻末資料55頁上）。

◆健康づくりプログラムに基づく指導事業

あとは健康づくりプログラムに基づく指導ということで、実際に保健師さんの運動指導とか、保健師さんによる生活指導とか、そういったものをプログラムをつくって実施するということもやっています（巻末資料55頁下）。これについてのアンケート結果もあります。これについてはほとんど知られておりません（巻末資料56頁上）。一次予防については本当に全然知られていないということで、特に若年の方が知らないという状況でした。

この必要性についても、まあ必要だろうということで、かなり高いところにあります（巻末資料56頁下）。受診希望もやはり全体でいくと半分ぐらいの方は受けたい、一次予防については受けたいという、そういう状況でした。

◆項目を絞り込んでスクリーニング

こういったところから私ども考えておりますのは、健診についてはできるだけ広くカバーしていくために、項目を絞り込んでスクリーニングをできるだけきちんとやって、その後の事後指導の方を重点的にやっていくというようなことがこれからの保健事業として大事ではないかなと思っております。それが保険者機能としてこれから位置づけが重くなってくるのではないかと考えております。私からは以上です。

（田中）　企画官ありがとうございました。健保組合には熱心な指導を行う組合とそうでもないのがあるし、国保、地域単位も熱心な地域とそうでもないところがあることに比べると、政管は全国一本であるがゆえに、いわば出遅れていたわけです。それがようやく取り組み始めた。今後政管も多分県単位の運営になっていくと、熱心な県、そうでない県の差が出てきて、逆に競い合いが起きるかもしれません。貴重なデータをありがとうございました。

ひとあたり終わったところで、用意してきた発言だけでは足りない、お互いの発言を聞いていたらこれを言いたくなった、櫻井先生から始めますが、質問でも結構ですし、いやこれは私の立場からするとつけ加えないといけないと思った、何でも結構です。どうぞ櫻井先生からお願いいたします。

◆子どもに対するアプローチが欠けている

（櫻井）　前のところで言えなくて、今の５人の方々のお話を聞いて、特に最初の３人の

御専門の先生の発言の中で子どもの問題が強調されたことに非常に感銘を受けました。これは先程日本医師会の生涯保健事業という言い方で申し上げましたが、生涯保健事業というのは名前の通り生涯の保健、つまり生れてから育ち年取って亡くなるまで含めてという言い方はちょっと言い過ぎですが、生涯を通じての保健事業が必要だということを日本医師会は強調した意味で、生涯保健事業と言っています。今の全体像の中でもいろいろな面でそうなのですが、特に子どもに対するアプローチというのが欠けていると思うので、そこを特に専門の先生方が大事だとおっしゃっていただいたことを非常に力強く思います。

厚労省にすぐに文句を言って申しわけないのだけれど、隣にいる厚生労働省は健康日本21というのをつくりました。ところがその時やっぱり厚労省健康局の範囲ですから子どもの部分が抜けていました。私が文句を言ったせいかどうかは知りませんが、後で健やか親子21というのを継ぎ足したのです。継ぎ足したのですけど、健やか親子21は本当を言うと学校保健の問題に絡んでくるものですから、文科省の範囲なんですね。

手が出せないものですから、結局継ぎ足したと言いながら健康局はどうしても大人の方の対策しか言わないというか、できないわけです。先程局長が示したいろいろな対策の中にも、実は日本医師会といろいろな調整というか、ディスカッションをしてあの報告書ができています。最初は全く学校保健とかは書き込まれていなかったのですが、我々の意見を少し入れてもらって3行ぐらい実は報告書に入っています。先程の御専門の先生が強調されたような強調の仕方は全くされていませんので、できたら田中先生のところで、生活習慣改善のセルフコントロールの支援事業に子どもに対する支援事業の研究をぜひしていただきたいというのが追加です。

（田中）　ありがとうございます。では局長、お答えでも結構ですし、全然違うことでも結構です。

◆国民全体で取り組めるような仕組みを工夫

（中島）　私の方は、今の櫻井先生の御指摘にお答えをしておかないと立場上いけないかなと思います。子どもの件に関しては、たしかにこれまであまり関心が向けられていなかったというところがありまして、昨年そういうところも反省して、実は来年度の予算要求の中では子どもの肥満対策というのも入れています。ですから全然いまだに関心がないわけではなくて、しっかり問題意識をもって取り組みつつあるという状況を一つ御報告した

いと思います。

それから先程のお話をいろいろお伺いしておりまして、特に事業者側においてもこの問題について大変に関心が深まってきて、実際に取り組まれているところが増えてきたということは大変にありがたいことだと思いますし、私どもとしては心強く思った次第です。そういう中でではこれからどうやってその事業を、本当に充実させていくのかということが一つと、それから結局最終的には事業の対象となる方々が自分自身でやる気にならないと、これはなかなか進まない。事業を提供するサイドがいくら頑張っても、本人がその気にならないと、特に食事の問題とか運動の問題はどうにもなりませんので、そこをどうすればいいのかというあたりについて我々もいろいろな周知を集めて提供をしていかなければいけないなと思っております。

最終的にはそういう取り組みを、本当にこれまでの一律教育すれば何とかということだけではなくて、教育よりも支援という言葉を使うようになっていたように、いろいろなアプローチでその気になってもらう、あるいは持続してもらうということだろうと思います。そのためにはいろいろな方々のお力を借りなければいけないという意味で、いわゆる医師、看護師、保健師というだけではなくて、それ以外のいろいろな職種、いろいろな立場からの協力も得なければいけないだろうと思っております。国民全体で取り組めるような仕組みをこれから工夫していかなければいけないだろうと思いました。以上です。

（田中）　ありがとうございました。では松田先生いかがですか。他の方々の発表から何かとか、あるいは言い足りないことでも結構ですが。

◆医学教育の場にも健康をサポートするためのカリキュラムを

（松田）　個人のモチベーションをどのように高めるかということがやはり非常に大事だろうと思っています。それで私自身産業医をやっていて思うことが一つあるのですが、やはり病気の患者を診るのと、それから自分はまだ健康だと思っている半健康人を診るということはかなり違うなと思っています。

自分は病気じゃないと思っている半健康人というのは我々の言うことはなかなか聞いてくれません。医療機関につなごうと思ってもなかなかつないでいただけない。ただ、そういう方たちが何か問題があって、私たちが紹介する先生のところに行くとやはり非常に言うことを聞いてかえってきてくれる。そういう意味で多分先程櫻井先生がおっしゃられた

みたいに、かかりつけ医というのは健康教育者としても非常に重要と思っています。そういうものをどのようにシステム化していくかということは非常に重要だと思うのですが、そのためには健康に対する国民の意識というか、正しい知識を高めていく必要があると思います。

先程河盛先生からお話がありましたように、非常に間違った知識というのが日本中に流布されてしまっている。こういうものをやはり正していく、健康に関する国民の意識・知識について医療界として全体の底上げをしていくということをやっていかないと、なかなかこういうプログラムはうまく走らないのかなと少し思っています。

あともう一つは医学の教育の現場にいて思うのですが、医学教育の中で健康を支援するとか、健康教育をするとか、いわゆる行動科学的な教育がほとんどされていない。そこはもしかすると今世の中に我々が要求されていることと我々がやれることの間の非常にギャップになってきているのかなと思います。そういう意味で医学教育の場にも健康教育、健康をサポートしていくための何かカリキュラムみたいものを組んでいくことが今必要ではないかなと思いました。

（田中）　ありがとうございました。健康人と病人というモデルではなく、実は半健康人がたくさんいて、先生方が言ってくださったようにどんどん増えている。それも本人たちも気がつかないし、医師たちもそういう教育を受けていない、ここへのアプローチを今日は考える会なのですが、その点を最後にまとめて言っていただきました。ではもう一回りお好きなことを言っていただきます。河盛先生からどうぞ。

◆正しい認識を持ってもらえる報道を

（河盛）　今松田先生がおっしゃいましたが、最近はインターネットで患者さんに直接アンケートをとるというのが流行っております。そのうちに何々病院の待ち時間は何分だなんていうことがインターネットに流れるのではないか僕たちは心配しておりますが、糖尿病の方にアンケートをとった成績が発表されています。

「医療費が高いと御不満ですか」という意見を聞くと、糖尿病に対して毎月払っている治療費が高過ぎますとお考えになる方がいて、その額はいくらですかと聞きますと、１カ月自らが払う料金が 4,500 円以上だと高いと答えています。ところがその方々は健康食品あるいはサプリメントに 5,000 円以上かけていることもわかりました。

この事実は日本では多くの方は間違った方向に誘導されているなと思います。実際にきちんと受ける治療として受ける「お薬代」はあまり払いたくない、でも世間でいう健康食品とかサプリメントにはいくらでもお金を使うということで、先程寺本先生がおっしゃいましたように、マスメディアがもっときちんとしたことを書くということが重要ではないかと思います。

「だってテレビに出てるじゃないか」「新聞がこれだけ宣伝してるじゃないですか」と言う患者さんがたくさんいますが、「マスメディアにもスポンサーがついているんですよ」と私ども答えています。これからは本当に正しい報道をきちんとしていただきたいと常々日常診療をしていて思います。

◆改善目標値を持つことが必要

（寺本）　私は基本的に先程松岡先生がおっしゃったように生活習慣病というのがサイレント・ディジーズである、サイレントキラーというお話が出ましたが、サイレント・ディジーズであるということが非常に重要なポイントであろうと思います。そのことを皆さんが認識していただくために必要なことというのはやはりエビデンスでありまして、体重を減らすとか、そういったことが本当にどれだけの効果があるのかということを事実として示していくということは必要です。

私がいつも残念に思うのは、これだけ我が国で健診ということが行われていながら、その健診から得られているアウトカムがあまりにも少ない、これはおそらくやりっ放しというと変ですが、やってその後その人たちが一体どうなったのかということをフォローアップしていないということがかなり大きな原因だろうと思っています。これだけ大規模にやられている健診でありますから、ここから得られていくエビデンスを国民に還元していくことを想定した事業をこれからしていく必要があるのではないかと一つは思っております。

もう一つは患者さんたち、まあ患者さんでないにしても、全てのことに関して自分が一体どこまでこの数値をよくしたらいいのかという目標値が本当は必要ですね。先程中島先生から、例えば肥満者の数がどうなった、それから糖尿病の数がどうなったという数字が出たわけですが、ただそこには自分の数値がどうなったらどれくらいいいのかというような目標値というのが、健康日本21を見てもあまり出てこないのです。

実は私もある事業主から健診の結果をどう評価したらいいかということで、健康日本21をずっと読んでいって、その健康組合の中の人たちがどこまで到達しているかということ

を出してみたらと言ったのですが、あれでは出ないんですね。ですからやはりある目標値を持つ必要があります。

その目標値は設定していただかないとなかなかそこにもっていこうという意欲がわかないので、そのためにはエビデンスが必要ということになるわけで、これは空回りした話になっていきますが、そういったことをこれからは考えていかないと、いわゆる健康のための支援というのは非常に困難である。これも先程も言いましたが、肥満を改善するということは極めて困難なことである。ですがエビデンスがあればおそらくそれはできるだろうと思っていますので、その辺のところを検討いただければと思っております。

（松岡）　高血圧につきまして、今寺本先生が言われたのですが、獨協医大は栃木県にありまして、県の委員会で健康診断の成績などを拝見すると、やはり生活習慣病でチェックされた人の再診率が非常に悪い。ところががんの疑いがあるというともうそれは90%以上になってしまうのですから、その辺はもう少し工夫できないかなといつも思っています。

例えば高血圧にしましても、よく２分の１の法則と言われていまして、日本は３千数百万人の高血圧患者さんがいるけれども、自分が高血圧であるということを全然知らない人が２人に１人いる。それからわかっていても病院に行かない、治療を受けない人がその半分いる。そして病院に行ってもきちんと管理されている人はその半分であるということからすると、高血圧に対する認識とか対応が極めて不十分だと思います。

◆ナトリウムではなく、食塩で表示を

糖尿病学会では、糖尿病協会というのをつくって患者さんと一緒に協議する場をもうけています。高血圧学会もやっと高血圧協会というのを立ち上げたところです。もう一つは先程お話ししましたように食塩の摂取量が我が国は非常に多い。高血圧学会では減塩のワーキンググループをつくりまして、例えば食品の表示にもナトリウム量で書かれているわけですが、一般的にわかりやすいようにNaCl、食塩として何グラムであるという表示にするように申し入れを厚労省にしています。

食塩の量としてはナトリウムに2.4 を掛ければいいわけですが、そうすることで食塩を自分がいくら摂っているかを一般の方々も理解していただけるのではということです。

◆安衛法による取組みと健保組合の保健事業のスムーズな連携を期待

（椎名）　一つだけ申し上げたいことは、先程保健事業の課題とか、あるいは疾病管理的な手法に対する期待という中で申し上げましたが、職域、特に労働安全衛生法との連携、それについて少し補足的にお話をさせていただきたいと思います。

先程松田先生のスライドにありましたように、職域で一つのモデルを提示された、そういう中で職域という切り口で見ますと、事業主が行う法定の安衛法関係と、あとは私どもの健保法に基づく健保組合の事業と二つあるわけですが、それぞれ強み弱みをもっています。

先程は健保組合の弱みもお話ししましたが、さらに専門職の配置とか、任意であるか義務化されているか、事後措置とか、まあ職域という切り口で見たら何とかその辺がもっとスムーズな形で連携あるいは役割分担、あるいは乗り入れとか、そういったことができないか。たしかにいろいろな法体系も含めて歴史的な経緯で現状になってきているのでしょうけれども、やはり厚生労働省と一本化されたわけですので、何とかその辺は違う視点で今申し上げたようなスムーズな連携がとれればと，期待しています。以上です。

◆健診結果と医療費の分析も保険者としての役割

（城）　私の方からは少し補足させていただきますと、今エビデンスとかお話をしましたが、私は12年から14年まで三重県で健康対策課長をしていまして、その時の経験がありますが、エビデンスについては当時も相当悩んだことがありました。例えば健診結果と医療費であるとか、こういったものが出ればということはずっと思っていました。政管健保でまだ公表されてはいないのですが、新聞で先日出たものがありまして、たまたま三重県ですが、93年の健診結果から肥満と血圧、コレステロール、血糖値、この４項目の異常の有無という方をピックアップして、それを2003年、10年後のレセと突き合わせをしたというようなことをやっています。まだはっきりと出ているかどうかというのはありますが、全項目異常がなかった方に比べて４項目異常があった方の医療費は大体３倍強に、異常のない方は14万円だったのが、異常があった方は45万円というぐらいの結果が出ている。２万件のレセですし、途中で死んだ方とかやめた方がいますので、正確かどうかというのはありますが、そういったデータがあります。

それから糖尿病の患者さんの健診結果等から見てみると、やはり代謝系の異常のあった方の 40%以上が糖尿病の患者さんになっているという結果が出ています。保険者として我々の方も相当データをもっていますが、あまりにも規模が大きくて政管健保も使ってこ

なかったので、これからそういったことも都道府県単位で公法人にして、小回りがきくようにして進めていくということ、こういったものを保険者としての役割として進めていくことになるのかなと思っております。

（田中）　ありがとうございます。ひとあたり終わりました。今ここには行政の責任者、医師会のトップの方、研究者の方々、そして健康保険組合、政管健保とそれぞれの代表の方がおられて、御自分の努力をそれぞれ語っていただいて大変よくわかりました。それでは最後にどの相手でもいいですから、他人に注文、研究者に対してこういう研究をしろ、社会科学の側はこういう研究をせよとか、医学側はこういう研究をすべきとか、行政はもっとこれをして欲しいとか、先程椎名理事は厚生労働がしっかり連携をせよと言ってくださいましたが、あるいはかかりつけ医たるものこういうふうにしてほしいとか、全部に言うと時間はなくなってしまいますが、どれか一個に注文をつけてください。そして我々は宿題にしたいと思います。逆順でいきましょうか。企画官、何かございますか。

◆エビデンスの作成に協力を

（城）　保険者の立場でいうのか、役所の立場でいうのか、ちょっと微妙なところがありますが、いずれにしても私どもとしては研究、特に公衆衛生、疫学系かもしれませんが、健康日本21計画等々を進めるにあたってエビデンスが、データもあるのでしょうが、伝え方が県レベルではかなり戸惑っている。

できるだけ現場レベル、県レベルかもしれませんが、そのぐらいのところで推進する時にエビデンスと言っていいのか、データが出せるかどうかという問題もありますが、そのあたりできるだけ協力を、お力をいただきたい。そういうことで実際に人を説得するに足るエビデンス、一般人の方が普通の人がわかるレベルに落ちるエビデンスというものを我々もつくっていかなければいけないし、そういったものの成果というのが出ればなと思います。よろしくお願いいたします。

（椎名）　先程申し上げた点をよろしくお願いします。

◆心血管イベントの抑制に利尿薬の利用を

（松岡）　また塩分になるのですが、降圧薬として利尿薬は非常にいい薬ですが、残念な

がらメタボリックシンドロームなどへの懸念から使用量が我が国では非常に少ない。うまく使えば非常にいい薬ですが、日本の場合には１錠の容量が非常に多いんですね。利尿薬をもう少し使いやすいように、これは高血圧学会や製薬業界にも責任があると思いますが、国の方も何かうまく考えていただけないかなと思っています。

◆実際のアウトカムを示して動機付けを

（寺本）　先程の椎名先生の話、ちょっとよろしいですか。そのエビデンスがあるということで先程お話がございましたが、医療費が云々という話というのが、どちらかというと自分がそういう状態におかれた人には漠然としていてあまりよくわからないわけですね。

もう少しわかりやすい、例えば本当にこういう状態を放っておくと脳卒中になるんだ、心筋梗塞になるんだという実際のアウトカム、こういったものを実際に示していかないとなかなか国民がモチベーションをもって動かしていくということはない。要するに医療費というのはかなり全体像ですから、もう少しエビデンスとしても実際の疾病で言っていかないとなかなか難しいと思うんですね。

私どももそういう相談を受けたところでやってみますと、意外にアウトカムとしてあるのですが、それが集積されてないという事実があるわけです。ですからそれを横断的に集積すれば、かなり私は要因が出てくるのではないかなという気がしているので、ぜひともその辺のところをお願いしたいと思っています。

◆医者の増加を

（河盛）　例えば健康自立支援の一番いい対象になるのは病気になったばかりの方、診断されたばかりの方、あるいは未病、正常でもない、異常でもない、そういう方々だと思います。そういう方々が健診でたくさん見つかります。ところが診療所に行かれると、診療所ではもっと重症の方々が多く、私ども病院でも重症の方ばかり見ていて手がいっぱいです。非常に軽い時期にきちんとした指導を行えば芽を吹いた糖尿病が、芽を吹いた生活習慣病が全て消えてしまいます。発病する２年前に戻せばいいんだ、また２年後に発症した、またそれを元に戻せばいい、そのような最初の行動が最も重要であるということはわかっているのですが、医者が足らないと思います。

医療事故も多いとか、あるいは研修医は週 40 時間しか働いてはいけないだとかよく報道されますが、本当に医療関係者は土日もなく、夜中もなく働き回っている、でも追いつか

ないという状況ですから、ぜひ厚生労働省では医者数、ナース数を増やすこともお考えいただきたい思います。

◆評価を前提としたシステム作りが重要

（松田）　エビデンスをつくるということがやっぱり非常に大事だと思うんですが、そのエビデンスをつくるためのデータがないかというと実はある。そのデータがなぜ使われてないかというと、そのシステム自体がやっぱり評価を前提としたシステムになってないんだろうと思います。その評価を前提としたシステムづくりというのがこれからとても重要になる。そういう意味では、まずいろいろなところでいろいろな主体が勝手にいろいろな項目をつくってやっているわけですが、やはりその健診項目の標準化、職域でも地域でもベースは同じ健診項目というものが必要と思います。

◆電子レセプト化の実現を

もう一つは効果を評価するという点ではどうしても医療費の分析とか介護療養費の給付の分析をやらなくてはいけないとなります。そのためにはどうしてもレセプトを分析できる体系が必要だろうと思います。従いまして私はぜひレセプトの記載内容といいますか、フォーマットを標準化していただいて、電子レセプト化というものをぜひ実現していただきたいと思います。それがあることによっていろいろな評価が可能になると思いますし、それがあって初めていろいろな健康づくりに対する政策にも反映できると思いますので、ぜひそれは当局にお願いしたいと思います。

◆各法律に基づく保健事業のとりまとめを

（櫻井）　たくさんありますが、田中先生が一つと言われたから、最後ですからやっぱり隣の中島局長に文句じゃなくてエールを送りたいと思っています。田中先生が一番最初の御挨拶でお話になったように、この中島局長の健康局というところが非常に今前面に出てきてこの問題に取り組んでいる、これはすばらしいというお話を田中先生がおっしゃったと思うのですが、それは一つには裏があって、やっぱりお役所の仕事というか、お役人の仕事というのは法律の裏づけがないと動きにくいのです。

日本の保健事業というのは御存知のように乳幼時には母子保健法というのがあってやっています。それで学校へ入ると子どもの問題、これは学校保健法といって、これは文科省

の仕事になってしまいます。それで学校を出て就職すると旧労働省、今は厚生労働省になっていますが、名前だけ一緒になって同じ所にいるようですが、全く別の役所で勝手にやってますから、わかりやすく言えば労働省が労働安全衛生法でやっています。それでお年寄りになると老人保健法という、これは厚生省の管轄の仕事です。でも老人保健法は老健局の担当でやっています。そしてこの頃は介護保険法でも予防を何とかといって、そっちも加わって老人保健のことをやっています。

ところが何で中島局長のところが一躍一番上に出てきたかというと、健康増進法という法律ができたからなのです。一応健康増進法に基づいて今健康局の中島局長が大活躍をしようとしているのですが、ところが残念なことに健康増進法というのはよく読んでもらうとわかりますが、そこに健康保健事業実施者というのが書いてあり、その実施は各々の法律に基づくものとしか書いてないのです。

つまりさっき言いましたように、労働者については労働安全衛生法でやっている事業主、健康保険法で保険者が保健事業をやっているから、その場合は保険者、老人は老人保健法でやっている市町村の行政の責任だというようなことで、それしか書いてないのです。

日本医師会が主張した生涯保健事業というのは、それを一つのものにまとめるべきだ、本当は健康増進法はそうあるべきだったのです。中島局長のもとで中島局長の指示する健康保健事業実施者はと書いてあれば、全部できるのですが、実際にはできないのです。みんなバラバラです。ですから頑張れと言っておきます。

◆健康の価値とは何かを考えるのがスタートライン

（中島）　大変なエールを送られまして身の引き締まる思いでございますが、御指摘を厳しく受け止めなければいけない点も多いと思いますので頑張っていきたいと思います。最後に私の方から一言言わせていただきますと、最初に私の話の後で田中教授の方からスライドの中で医療費適正化云々と書いてあったところを、クオリティ・オブ・ライフに変えた方がいいのではないかと意見をいただいたのですが、これは保険の関係でできたスライドだったので、そこがそのようになっていたのですが、私の気持ちは当然、もともと私も医者ですから、生活の質の向上というのを当然の目標として置いている。

今の櫻井先生のお話にもありましたが、いろいろな事業者の方が本気で取り組んでいただく、それからまた各個人も本気で取り組んでいただくというためには、健康というものについてやはりもう一度といいますか、常にといいますか、個々人の国民の皆様方がそれ

ぞれ考えていただく、健康の価値とは何かというところがやはり一番この事業といいますか、この問題の解決にあたっての糸口といいますか、スタートラインじゃないかというように思いまして、一つお願い、注文ということであれば健康についてもう一度考えてみましょうということでございます。

（田中）　ありがとうございました。５時になりましたが、あと私が５分ほどまとめを申し上げます。

7.　シンポジウム総括（座長）

◆だんだん議論が深まって、専門性の高いものになっていく

（田中）　そして２年前のシンポジウムと比べ、あの時は一部の少数の人たちが研究内容を発表するというイメージが強かったのですが、今日は介護保険をつくってくるプロセスを思い出しました。介護保険設立まで10年ほど前から様々な勉強会があり、シンポジウムがあり、市民活動があり、それらをまとめて行政が努力し、最後にできあがったわけです。その2000年に介護保険ができあがる５年ぐらい前のイメージかなと思います。

人々が問題意識を、このままでは高齢社会はもたない、何も支援の制度がないと日本社会はもたないという危機意識が広まっていったのが95年ぐらいでしょうか。もちろんもっと早くから各地で介護に取り組んでこられた方はたくさんおられましたが、シンポジウムなどをしてたくさん人が集まるようになった、ちょうどその時の雰囲気に似ているなと思います。

先生方の発表はおわかりの通り、日本は実は本当に危機意識をもつといいデータがあちこちから上がっています。これを共有して、これは介護保険と違って制度をつくる話ではないけれども、それぞれが共通して取り組んでいこう、この意味でも似ています。

それからシンポジウムの雰囲気が友好的である点も共通です。医療保険改革とか、混合診療問題がテーマですと、段上で講者同士が敵対することもしばしばですが、本日の課題はみなが協働して取り組まなければいけない、介護保険の時もそうでした、保険者も医師も、自治体の方もおられたけれども、みなで何とかしなければという感じでした。そういう雰囲気に近いところに今日は来ています。きっとこれから何年かするとだんだん議論が

深まり、研究成果が増えて、より専門性の高いものになっていくと思います。

◆ターゲット層へのアプローチが課題

ところで、予防を訴えれば成功するでしょうか。予防への取り組み自体に反対する人はめったにいません。健康自立活動を支援することに反対したい人は多分おられない。だけどなぜうまくいかないか。ターゲットはわかっているけれども、ターゲットへのアプローチがうまくいかないからです。

例えば介護予防の世界で申し上げると、転倒予防のため市民センターに自転車マシンを置いて、転倒予防教室で自転車マシンをこぐ教室を開くと本当の自転車に乗ったお年寄りが大勢来るそうです。つまりそんな活動をわざわざしなくともよい人が来て、自転車マシンで予防すべき人は来ないと聞きました。栄養でいえば、老人の低栄養を防ぐために男性料理教室をすると、料理のうまいおじいさんばかり来るのです。料理がつくれないおじいさんは来ない。

つまり、ターゲット層がわかっていても、ターゲット層への働きかけのアプローチが難しい。医学の方法でターゲット層を見つけることはできるけれども、定位することはできるけれども、社会科学的にいうとその層を引っ張り出すテクニックがないし、その人たちにどういう行動変容をさせるかについての操作目標も確立されていない。

「痩せなさい」では行動変容を言ってないですよね「タバコをやめなさい」も行動変容介入とは言えません。結果を指示しているだけであって、どのようにしたらを指示していない。この部分の研究こそがこれまでも私たちが行い、これからも進めていくことだと思います。

◆共通の基準でそれぞれの人が行動していくための基盤の整備が課題

その時これを非科学的なものにしてはいけないので、松田先生も強調されていたように共通の基準をつくる、経済学者に言わせれば市場基盤をつくる、市場の共通ルールをつくることに相当します。その上でそれぞれの人が行動していく姿が必要です。ベストプラクティスの示し方であり、データの標準化であり、データの示し方の標準化です。そして何よりもアウトカムの測り方の標準化が欠かせません。これは研究者の責任ですが、それを世間に広めていくことがこの研究会の課題だとも感じました。

１に運動、２に食事、しっかり禁煙、最後にクスリと厚労省はおっしゃいます。私と松

田先生がスローガンをつくる委員だったらきっとこう言います。１に運動、２に食事、しっかり禁煙、時々ワイン。これはダメですか。我々だときっとそうなるでしょう、がオチであります。どうも長時間ありがとうございました。

【株式会社ヘルスケア・フロンティア・ジャパンの誕生について】

株式会社ヘルスケア・フロンティア・ジャパン　代表取締役社長　百瀬　剛

お時間を最後にいただきましてヘルスケア・フロンティア・ジャパンから簡単な御紹介をさせていただきたいと思います。10月に発足いたしますヘルスケア・フロンティア・ジャパンの社長を務めさせていただきます百瀬と申します。よろしくお願いいたします。

ヘルスケア・フロンティア・ジャパン、ＨＦＪが誕生いたします。損害保険ジャパンのもつ健康リスクにかかわる予測技術、保険開発技術、それとオムロンヘルスケアがもっております生体のセンシング・コントロールの技術、これを融合いたしまして健康リスクコントロールビジネスを展開しようというのがＨＦＪでございます。

会社の概要でございます。保険者、事業主の皆様へ健康増進、健康自立への支援サービスを御提供していきたいと思っております。設立時に10.5億円の資本でスタートさせていただきます。なお年内にはＮＴＴデータ社が参画の予定でございます。

具体的には明確な費用対効果をお示ししていきたいと思っております。保険者、事業主の皆様の期待に応え、まず目標設定における指標を明確に開発すること、またその目標値と投入した費用との対比で費用対効果を明確にしていくこと、さらにはその費用対効果を最も適切に得るターゲットを選定して、効果的な保健事業を推進することを御支援していきたいと思っております。

また、生活者の皆様におかれましては、生活習慣の改善維持の御支援をサービスさせていただき、食事、運動、休憩等の生活習慣の最適な選択に向けたアドバイス、また、その最適な選択に向けた様々な働きかけを継続していきたいと思っております。生活習慣の改善維持により最終的には自律的な健康自立を御支援していきたいと思うところでございます。

サービスでございますが、現在損保ジャパンにおいて展開しております健康関連データの分析サービス、また、オムロンヘルスケアのもっております生活習慣改善プログラムの健康達人の展開、これを両者一括して提供していきます。さらには06年度より画期的な新サービスをご提案する予定でございます。

簡単ではございますが10月よりスタートいたしますヘルスケア・フロンティア・ジャパンを皆様によろしくお願いいたします。どうもありがとうございました。

Ⅳ. シンポジウム講演資料

・厚生労働省健康局長　中島　正治　氏
「生活習慣病対策の総合的な推進」　1

・日本医師会副会長　櫻井　秀也　氏
「生活習慣病対策と地域医療の質に向上における
かかりつけ医の重要性」　14

・産業医科大学公衆衛生学教室教授　松田　晋哉　氏
「ディジーズ・マネジメント手法を活かした、我が国における
新たな健康自立支援の仕組み」　20

・　帝京大学医学部内科学教授　寺本　民生　氏（日本動脈硬化学会理事　）
「日本の長寿は大丈夫か？
～健康指導・食育の重要性～」　33

・　獨協医科大学循環器内科教授　松岡　博昭　氏
「高血圧の立場より」　42

・　健康保険組合連合会　理事　椎名　正樹　氏
「健保組合の保健事業と疾病管理への期待」　47

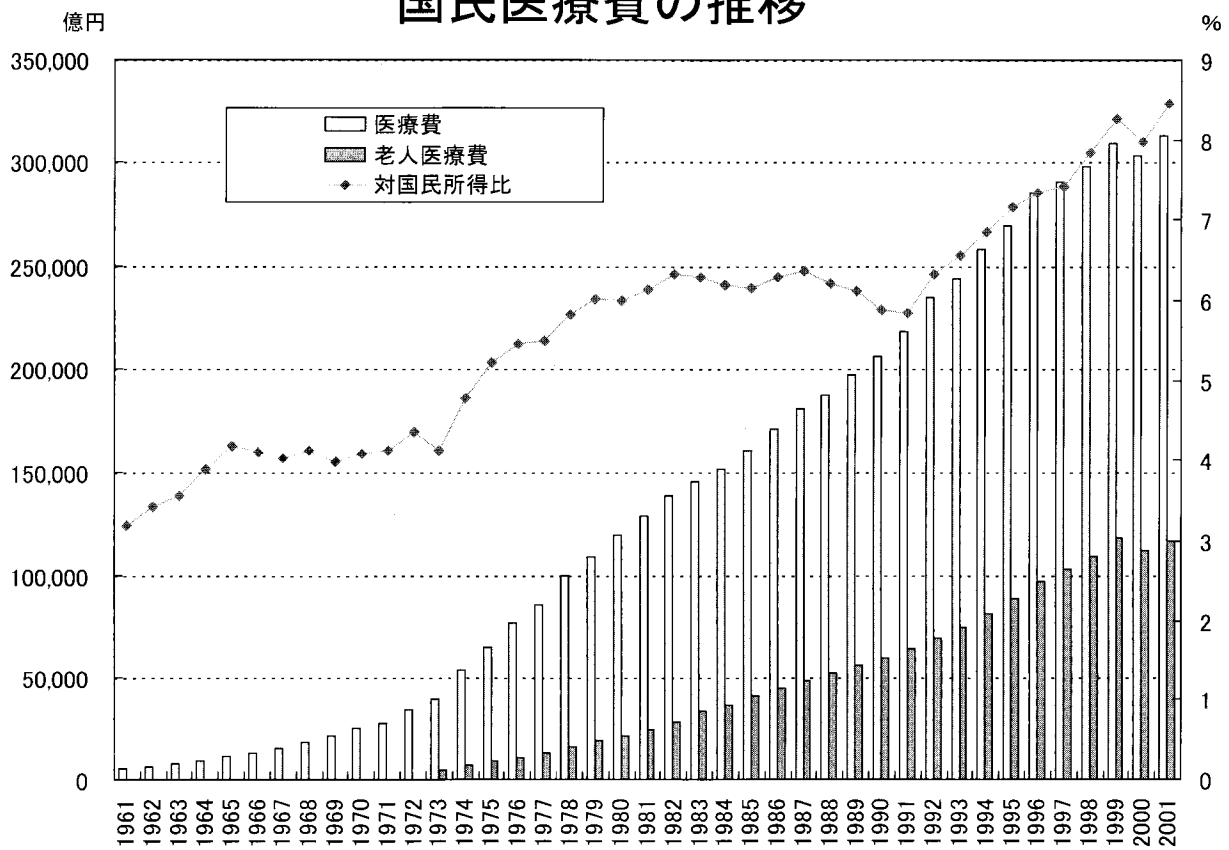
・　社会保険庁運営部医療保険課課長　武田　俊彦　氏
「政管健保の保健事業について」　50

生活習慣病対策の

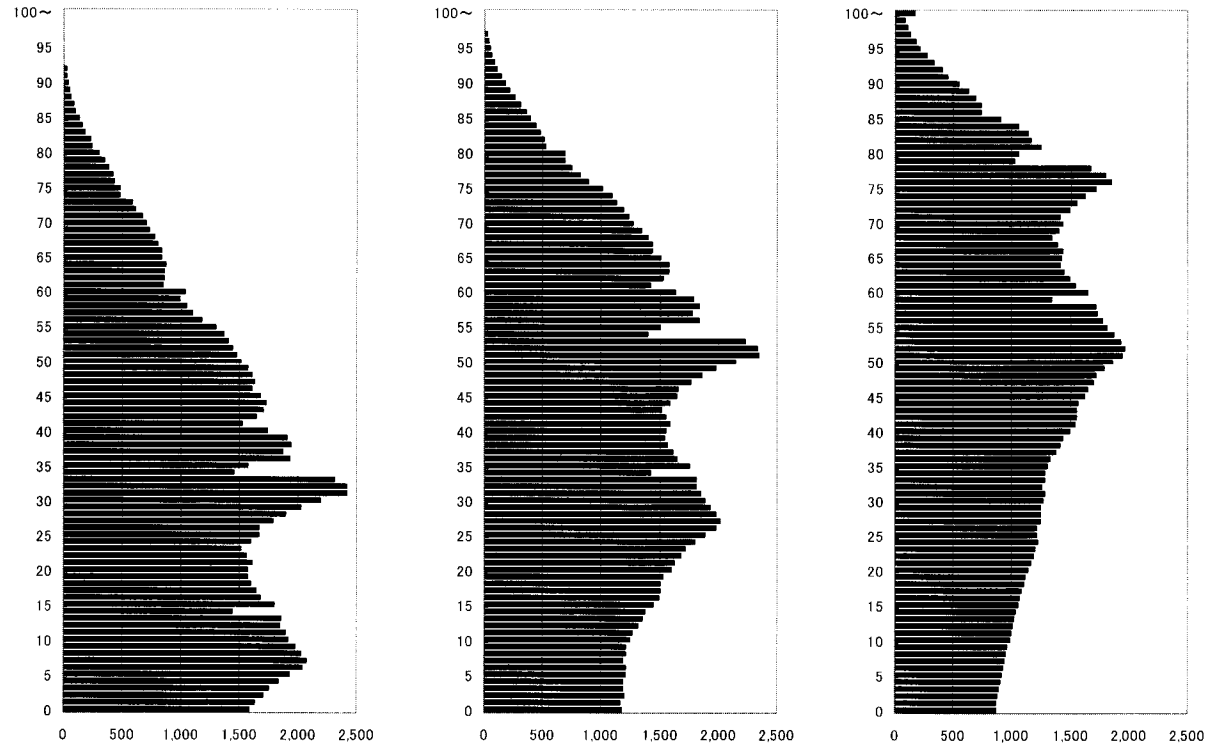
総合的な推進

厚生労働省健康局長
中島正治

国民医療費の推移



人口構成の変化



１９８０年（昭和５５年）　２０００年（平成１２年）　２０２５年（平成３７年）

出典：１９８０年（昭和５５年）、２０００年（平成１２年）国勢調査（総務省）、
２０２５年（平成３７年）日本の将来推計人口　平成１４年１月推計（国立社会保障・人口問題研究所）

生活習慣病対策の経緯

平成8年　成人病→生活習慣病
平成12年　健康日本21（2010年を目標）
　9分野70項目の具体的目標、地方計画
平成14年　健康増進法　：　健康増進計画
平成16年　健康フロンティア戦略（平成17年度から10年間）
　健康寿命を2年程度伸ばす
　①働き盛りの健康安心プラン
　②女性のがん緊急対策
　③介護予防10ヵ年戦略
　④健康寿命を延ばす科学技術の振興
平成17年　健康日本21の中間評価

Ⅰ　「健康日本21」の進捗状況について

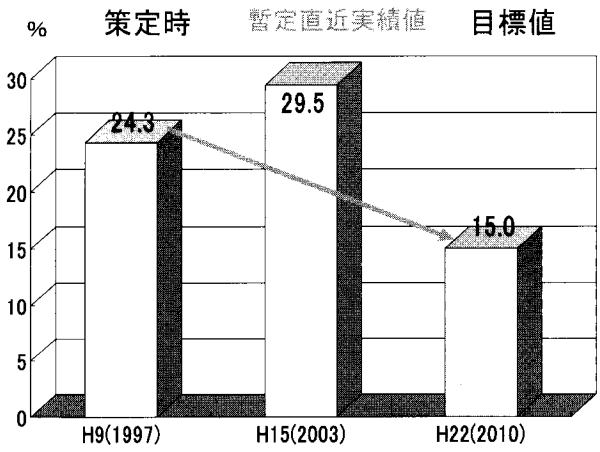
（「健康日本21」中間評価における暫定直近実績値より）

栄養・食生活

目標：適正体重を維持している人の増加

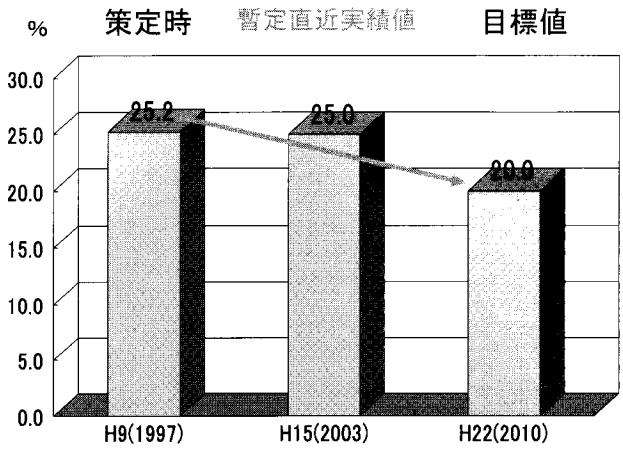
肥満者の割合

男性20～60歳代



H9国民栄養調査　H15国民健康・栄養調査

女性40～60歳代

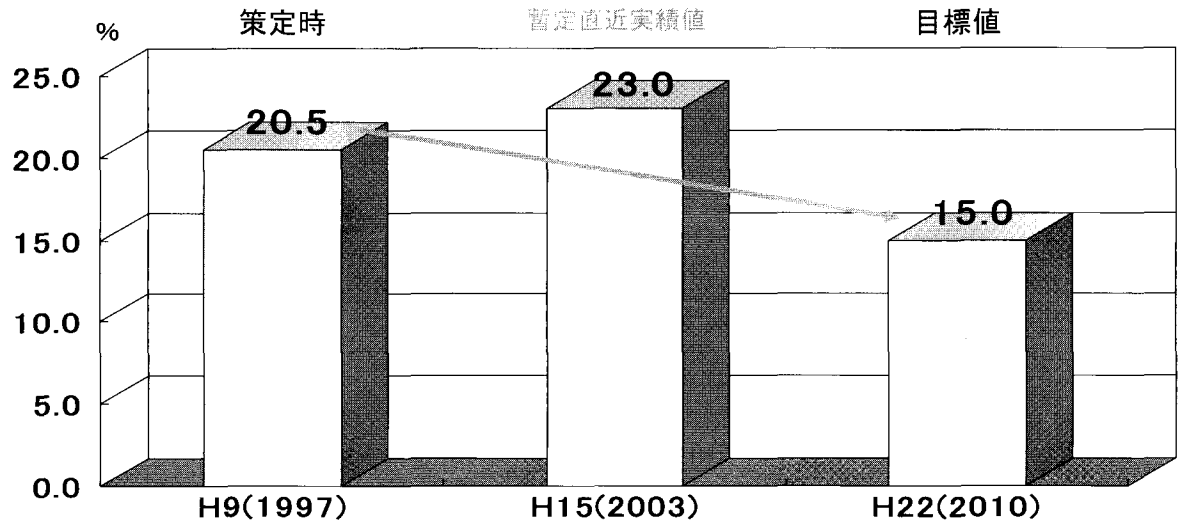


H9国民栄養調査H15国民健康・栄養調査

目標：朝食を欠食する人の減少

欠食する人の割合

30歳代男性



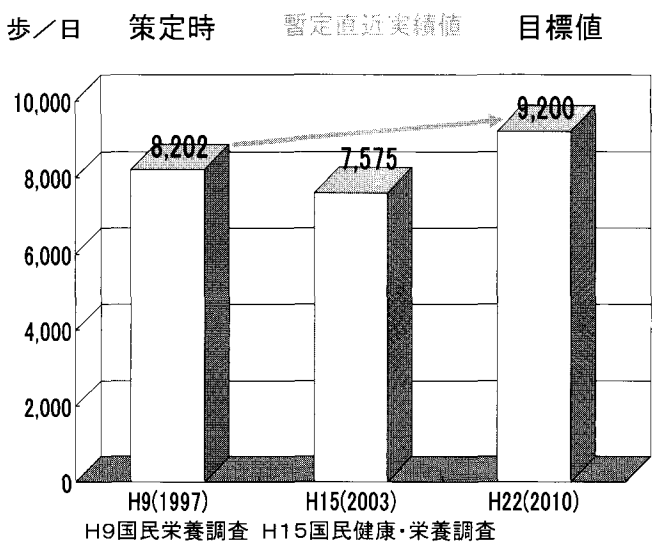
H9国民栄養調査　　H15国民健康・栄養調査

身体活動・運動

目標：日常生活における歩数の増加（成人）

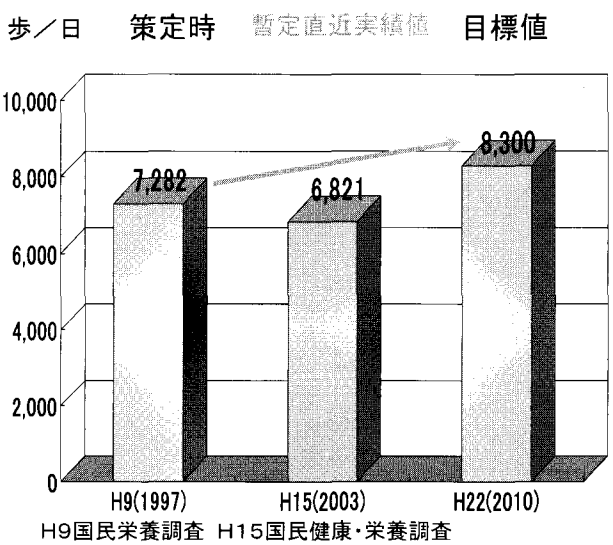
日常生活における歩数

男性



H9国民栄養調査　H15国民健康・栄養調査

女性

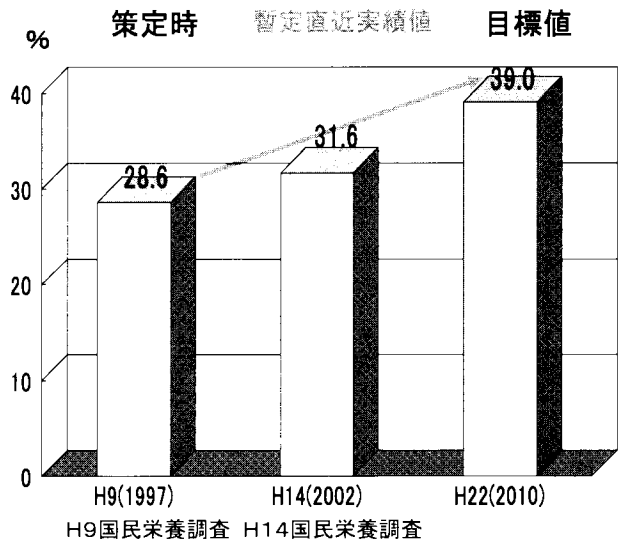


H9国民栄養調査　H15国民健康・栄養調査

目標：運動習慣者の増加（成人）

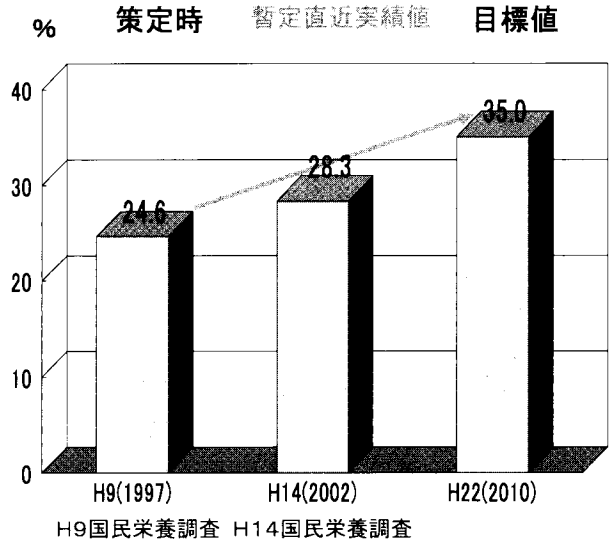
運動習慣者の割合

男性



H9国民栄養調査 H14国民栄養調査

女性

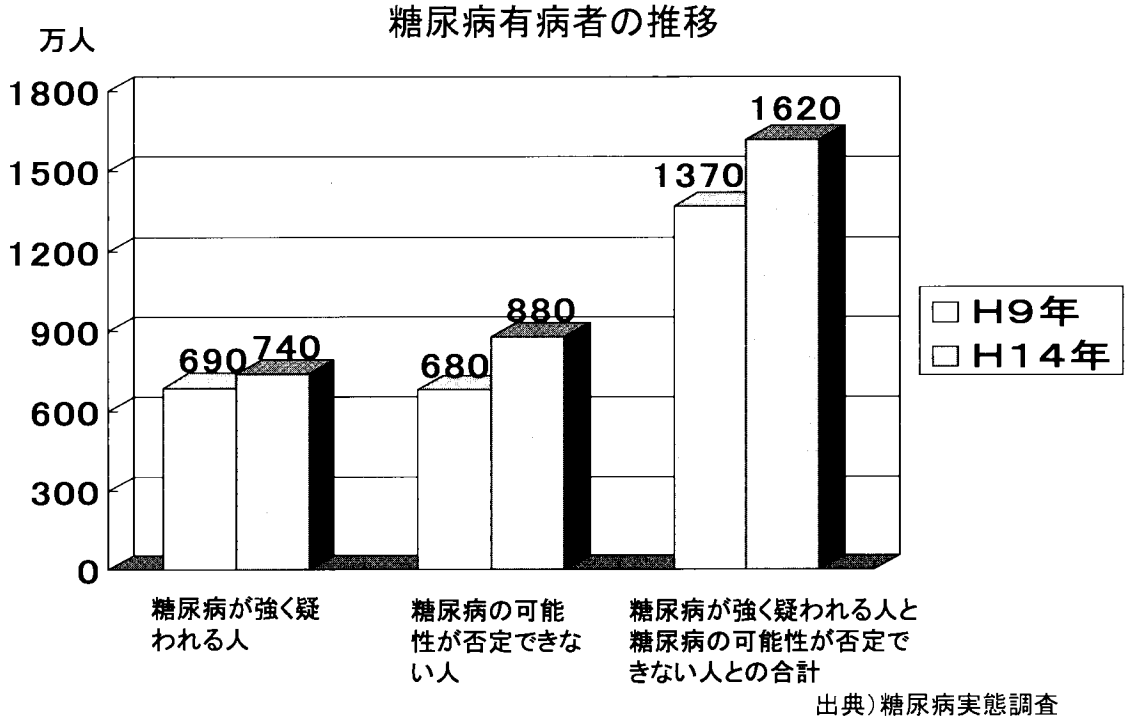


H9国民栄養調査 H14国民栄養調査

糖尿病

目標：糖尿病有病者の減少

糖尿病有病者の推移

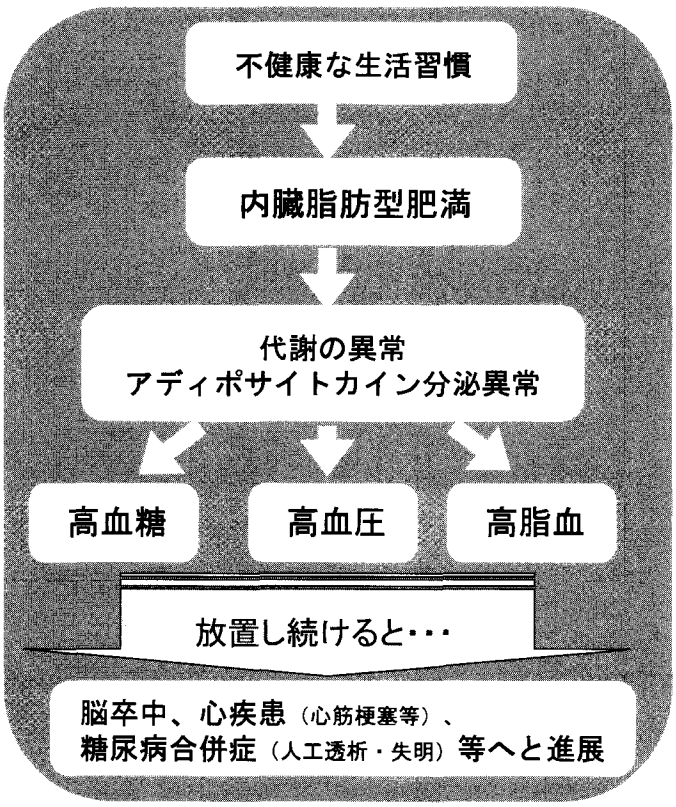


出典）糖尿病実態調査

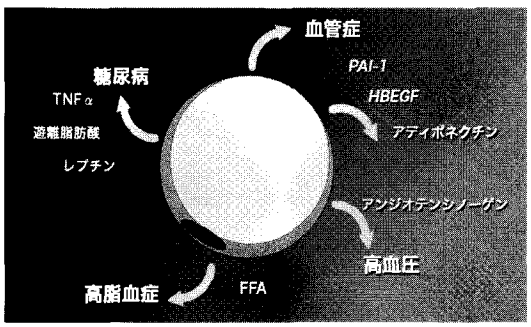
Ⅱ　生活習慣病とメタボリックシンドロームについて

メタボリックシンドロームの疾患概念の確立

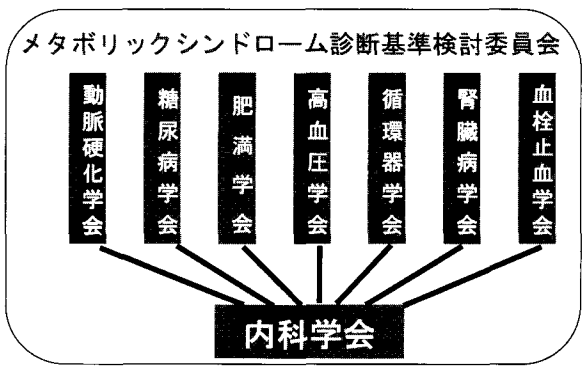
～ 脳卒中や心疾患の発症を予防するカギとなる考え方が提唱されている ～



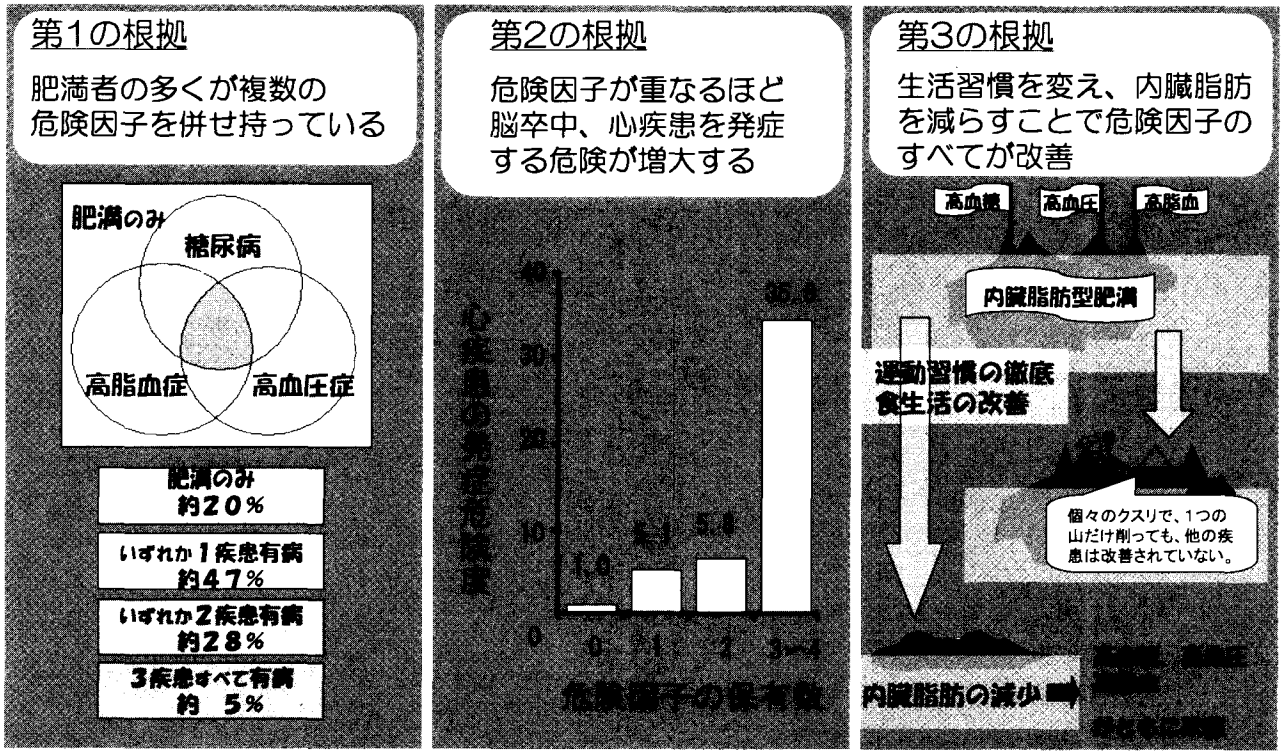
○脂肪細胞から多彩な生理活性物質が分泌される



○８学会が合同で疾患概念と診断基準を策定した
（平成17年４月　日本内科学会総会で公表）



メタボリックシンドロームを標的とした対策が有効と考えられる３つの根拠



生活習慣病の現状

生活習慣の変化や高齢者の増加等によって・・・

→ **生活習慣病の有病者・予備群が増加**

例えば糖尿病は、5年間で有病者・予備群を合わせて1.2倍の増加

生活習慣病の現状 （粗い推計）

- 糖尿病　：有病者　７４０万人／予備群　８８０万人
- 高血圧症：有病者３１００万人／予備群２０００万人
- 高脂血症：有病者３０００万人

- 脳卒中　：死亡者数　１３万人／年
- 心筋梗塞：死亡者数　５万人／年

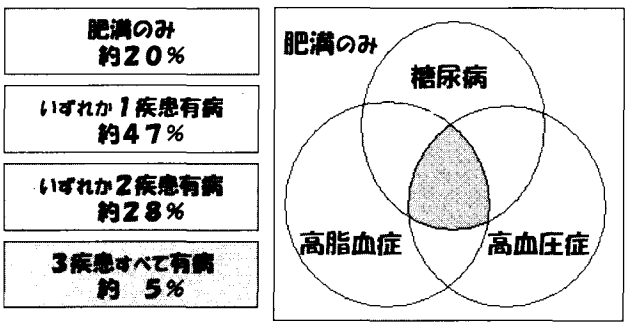
- がん　　：がん死亡者数　３１万人／年
（例：胃５万人、大腸４万人、肺６万人）

総合的な生活習慣病対策の実施が急務

→ 短期的な効果は必ずしも大きくないが、中長期的には、健康寿命の延伸、医療費の適正化等への重要なカギとなる。

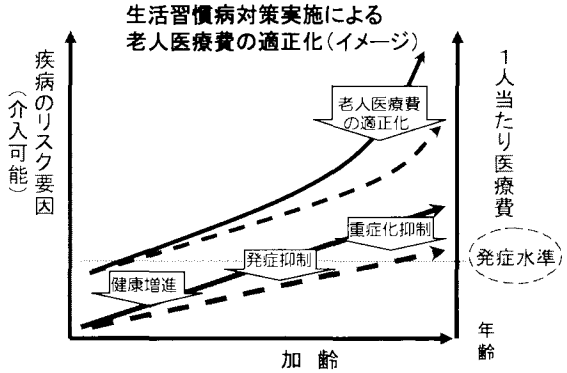
肥満者の生活習慣病の重複の状況（粗い推計）

肥満に加え、糖尿病、高血圧症、高脂血症が・・・



（H14糖尿病実態調査を再集計）

生活習慣病対策実施による老人医療費の適正化（イメージ）

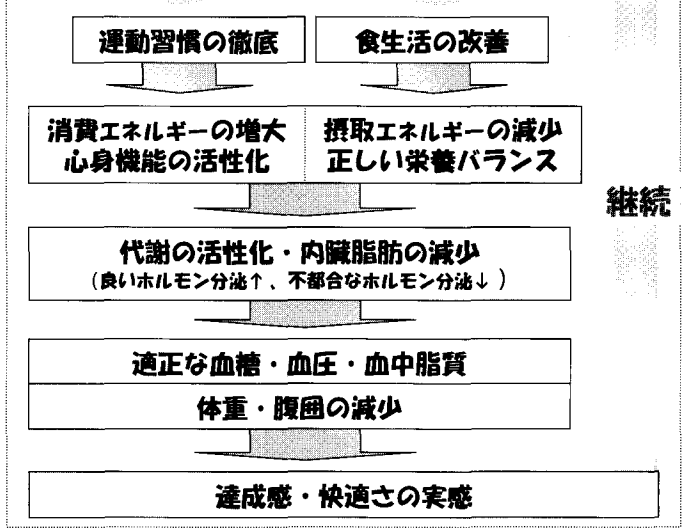


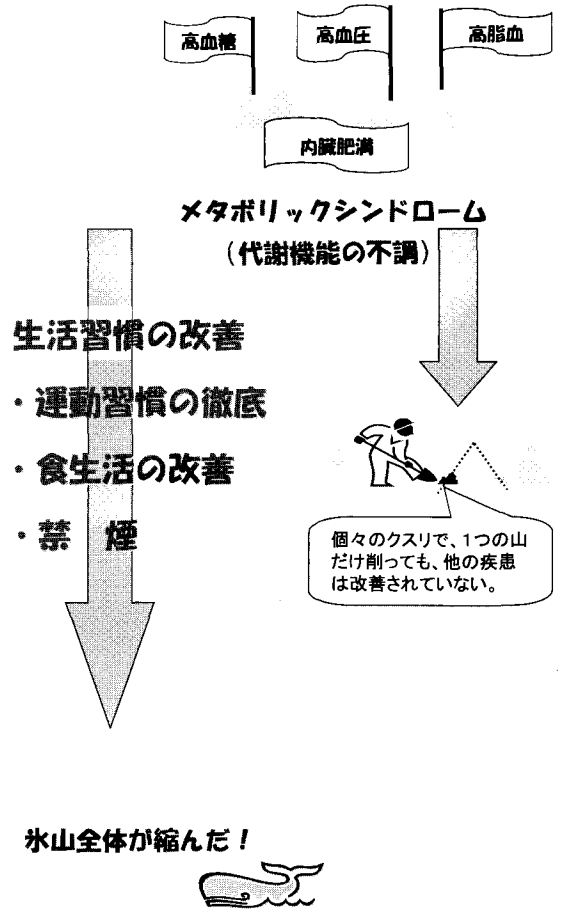
生活習慣病の発症・重症化予防

○高血糖、高血圧、高脂血、内臓肥満などは別々に進行するのではなく、「**ひとつの氷山（メタボリックシンドローム）から水面上に出たいくつかの山**」のような状態

○投薬（例えば血糖を下げるクスリ）だけでは水面に出た「**氷山のひとつの山を削る**」だけ

○根本的には運動習慣の徹底と食生活の改善などの生活習慣の改善により「**氷山全体を縮小する**」ことが必要





Ⅲ　これからの生活習慣病対策

今後の生活習慣病改善支援のイメージ

＜基本的な考え方＞

○ 糖尿病、心疾患、脳卒中等の予防を重点的な目標とし、**メタボリックシンドロームの概念を導入**する。	○ **保健指導の徹底**を目指して生活習慣の改善を支援するサービス**全体を体系化**する。	○ **サービスを必要とする者を効率的に抽出**し、これらの者へ**確実にサービスを提供**する。	○ サービスの**効果を評価する仕組み**を組み込み、サービスの内容、提供者の**質の向上**を図る。

【現状・問題点】	これまでの健診は、健診・保健指導等の目的（疾病の早期発見・治療及び生活習慣の改善・保健指導）について関係者間の共通の認識が不明確。	健診と保健指導の連続性が確保されていないため、健診の結果を受診者自らの健康増進に対する努力に活用するという、制度の目的が十分に達成されていない。	健診、保健指導とも、主として呼びかけに応じた者のみに提供されており真にサービスを必要とする者の中に、サービスを受けていない者が存在する可能性がある。	健診、保健指導とも、サービスを提供した者としなかった者との効果の差、提供方法の工夫等による効果の差の比較等を行うためのデータの収集が行われておらず、サービス全体の効果の評価、改善の努力等が行われていない。
【今後の方向性】	糖尿病、心疾患、脳卒中等の予防を重点的な目標として、内臓脂肪型肥満、糖尿病、高血圧症、高脂血症の予備群を中心に**メタボリックシンドロームの概念を導入**した健診・保健指導等のサービスを提供。	保健指導の徹底を目指して生活習慣の改善を支援するサービスの内容を見直し、健康増進事業実施者及び国民の共通認識とする。	健診受診率の低い被用者保険の被扶養者、自営業者等を含めた全員を対象に、**生活習慣改善の必要性が高い者を効率的に抽出**し、重点的にサービスを提供する。	サービス提供に「評価」の観点を内包して内部及び外部の**評価を促進**し、**サービスの内容等の質の向上**を図る。

健診指針の見直し等

生活習慣の改善の目標

発症・重症化予防の基本は、生活習慣を改善すること
：1に運動 2に食事 しっかり禁煙 最後にクスリ

○「運動習慣の徹底」と「食生活の改善」は、どれくらいやればいいのか？

＜健康日本２１の目標（例）＞

体重

・適正体重の維持

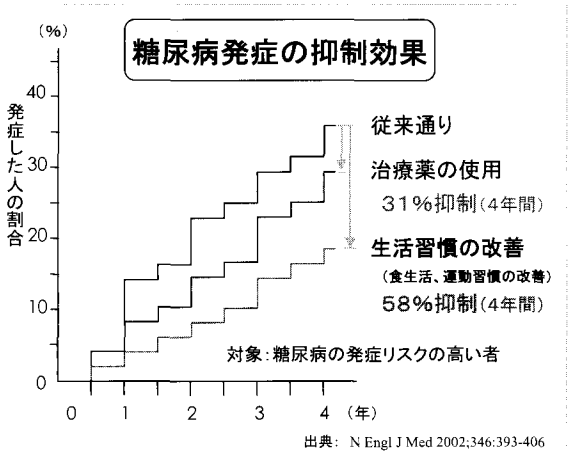
BMI＜２５（ＢＭＩ＝体重(kg)／［身長(m)］^{2}）

運動習慣の徹底

・日常生活における歩数
　男性　９，２００歩以上／日
　女性　８，３００歩以上／日
　（約１，０００歩の増加）
・運動の習慣化
　１回３０分以上の運動を、週２回以上

食生活の改善・食育の推進

・脂肪によるエネルギー摂取
　２５%以下（２０－４０歳代）
・食塩摂取量の減少
　１０ｇ未満／日
・野菜の摂取量の増加
　３５０ｇ以上／日



出典：N Engl J Med 2002;346:393-406

その支援のために・・・

○ 国民全体の意識の向上、雰囲気づくり

継続的な生活習慣の改善が必要。
→① 正しい知識の普及啓発
　② 健康づくりの環境整備
　を徹底して行うことが重要。

⇨ **健康づくりの国民運動化**

○ 有病者・予備群への直接的・積極的な支援

生活習慣病は自覚症状が乏しいことが多い。
→① 健康度をチェックする健康診査
　② 有病者・予備群に対する個別保健指導
　を徹底することが重要。

⇨ **網羅的、体系的な保健サービスの推進**

健康づくりの国民運動化

ポピュレーション・アプローチ（社会全体への啓発）

「良い生活習慣は、気持ちがいい！」

○ 生活習慣病の特性，予防・治療等に関する正しい知識を共有する

○ 生活習慣を改善したいと思った者が容易に取り組むことができるよう、環境を整備する

生活習慣の改善 → ・達成感 ・快適さの実感 → 継続

国民全体のコンセンサス：**1に運動 2に食事 しっかり禁煙 最後にクスリ！**

健康に関心のある人もない人も

「なぜ？」「どうやって？」を平易な言葉で

シンポジウムやメディアなどあらゆる媒体で

全ての国民に、わかりやすく、正しい情報が、繰り返し提供される

国　民（関心の低い人を含む）

身近で、無理なく、継続して取り組めるような支援

家庭でも、職場でも日本全国どこでも

朝でも、昼間でも、夜でも平日でも、休日でも

楽しく、簡単で、手頃な

民間の活力も活用した『人材』『場所』『サービス』などの環境の整備

国：
普及啓発手法、戦略等の提示

都道府県：
健康増進計画の策定

市町村：
住民に対する普及啓発の中心

関係機関：
（医療保険者、医療機関、教育機関、マスメディア、企業等）
市町村等と連携した取組みの展開

網羅的、体系的な保健サービスの推進

ハイリスク・アプローチ（有病者・予備群への個別対応）

【国民は・・・】
- 健康度のチェックのために健康診査を受診
- 有病者・予備群は、保健指導（生活習慣の改善を促す支援）を必ず受ける

【健康増進事業実施者（医療保険者、市町村、事業主）は・・・】
- 適切な健診機会の提供
- 健診をきっかけとした適切な保健指導を提供

【都道府県は・・・】
- 住民の健康度把握のためのデータの収集・分析・評価
- 健康増進計画の策定を通じた医療保険者や市町村等の役割分担と連携促進のための体制整備

【国は・・・】
- 関係者が最大限活躍できる仕組みづくり
- 科学的根拠に基づいたプログラムの提供

医療機関

連　携

有病者への保健指導の充実強化

国
・基本的事項の指針策定
・節目健診の徹底
・健診指針の充実
・民間を含むサービス提供体制の構築　等
・科学的根拠に基づく知見の提供
・健診項目
・保健指導プログラム　等

評価

支援

都道府県
・健康増進計画の策定

地域特性を踏まえた関係者の役割分担・連携・協力体制の構築

評価調整

評価指導

医療保険者
事業主
・健診／レセプトデータを活用した保健事業の展開

保険者協議会

地域・職域連携推進協議会

市町村
・地域保健の推進

積極的活用

民間事業者

国民

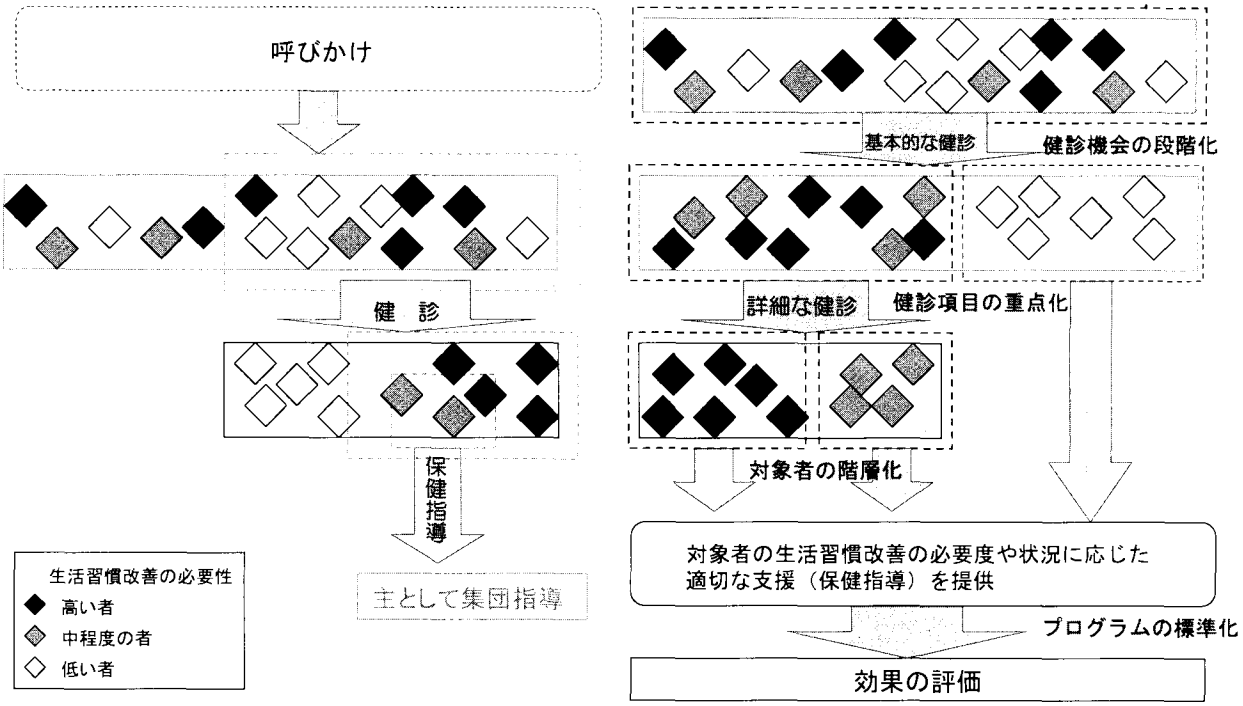
サービスを必要とする者へのアプローチ（イメージ）

【健診・保健指導の現状】

・一部の者に対して希望に応じたｻｰﾋﾞｽの提供
・健診を受けても、生活習慣の改善の必要性が高い者にｻｰﾋﾞｽが届いていない

【今後の方向性】

・生活習慣の改善を必要とする者を抽出する手段としての健診
　→「健診機会の段階化」「健診項目の重点化」
・必要な者に効果的な保健指導を提供
　→「対象者の階層化」「プログラムの標準化」



保健指導のイメージ

○対象者の階層化　病態の重複状況、行動変容の困難さ等により生活習慣の改善の支援の必要度を判断し、対象者を階層化する。

○プログラムの標準化　階層毎に内容や密度等を類型化し、それぞれを標準的プログラムとして整理する。

→ 特に積極的支援が必要な者には、その必要度に応じて手厚いサービスを提供する。

階層化した対象者毎に、提供する保健指導の内容を標準化する。

① 情報提供
生活習慣病の特性や生活習慣の改善に関する基本的な理解を支援する。

（例）
・健診結果の提供にあわせて、全員に個別のニーズ・実情に即した情報を提供する。
・紙（リーフレット等）、IT（インターネット、E-mail等）等、対象者にとって効果的な手法を選択する。
・対象者が、自らの生活習慣と健康状態との関係を理解し、主体的に生活習慣の改善ができるようにする。

② 動機付けの支援
生活習慣の改善に対する動機付けを支援し、自助努力による行動変容を支援する。

（例）
・対象者の偏った生活習慣への気づき、健康的な生活習慣への行動改善の必要性の理解を促す。
・定期的に電話・メール・郵便等により、生活習慣改善に対する取組等を促す。

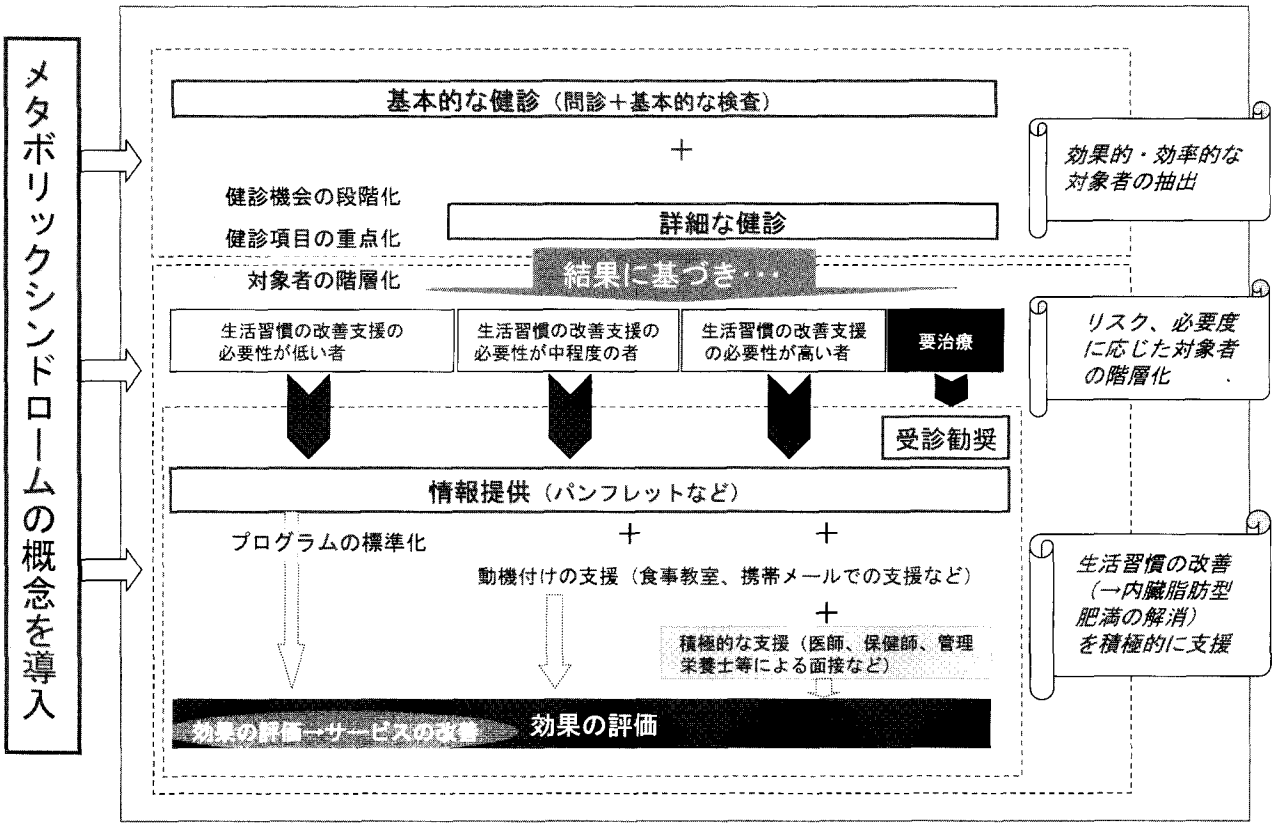
③ 積極的な支援
医師、保健師、管理栄養士等の関与により、直接的に行動変容を支援する。

（例）
・具体的な行動目標の設定を促し、目標達成に向けた支援を行う。
・面接や電話等により、対象者のライフスタイルにあわせた具体的で実現可能な行動の選択を支援する。
・生活習慣改善行動が持続するよう、定期的な状況確認を行い、適切な生活習慣の定着を図る。

④ 効果の評価（保健指導の目標設定、進捗管理に用いるとともに、サービス終了後の評価を行う）
（例）・指標として、「行動変容の達成度」、「健康度の向上」、「医療費の適正化」等が考えられる。

※具体的な手法（ＩＴ活用、訪問、電話等）は、個別のサービス提供主体が創意工夫を行う。

健診から保健指導を含む全体のイメージ



「生活習慣改善支援」を実施した結果
心疾患の場合：

- 現職死亡数の減少（解消）

  5名（実施前4年間） ⇨ 0名（実施後4年間）

- 休職者数の減少（1／3）

  9名（実施前1年間） ⇨ 3名（実施後1年間）

長期療養者の休業補償費の減少（半減）

16,565千円（実施前1年間） ⇨ 8,807千円（実施後1年間）

医療制度改革の全体像

医療保険制度

【主要検討事項】
①保険者の再編・統合
②高齢者医療制度
③診療報酬体系の在り方の見直し

以上のような改革及び関連する諸施策を通じ、高齢化等の進展に伴い増大する医療費について、過大・不必要な伸びを抑制し、適正化を図る。

・中長期の効果を目指す方策
（医療費適正化計画（仮称））

・早期に効果を目指す方策
（公的保険給付の内容の見直し等）

現在、社会保障審議会医療保険部会において議論

８月にこれまでの議論の整理

医療提供体制

医療費適正化に向けての関連施策

【主要検討事項】
医療機能の分化・連携の推進（医療計画制度の見直し）・・・ 急性期から回復期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるような体制の構築

現在、社会保障審議会医療部会において議論

７月に中間まとめ

生活習慣病対策

【主要検討事項】
・科学的根拠に基づいた効果的な保健事業の手法の開発・普及
・都道府県の役割強化
（健康増進計画の見直し）

老健ヘルス事業の在り方の見直し

・医療保険者を含めた保健事業

現在、厚生科学審議会の部会等において議論

８月にこれまでの議論の整理

介護保険制度

【主要検討事項】
医療と介護の機能分担と連携強化
・地域における主治医とケアマネージャー等の連携強化
・介護保険施設や居住系サービスにおける日常的な健康管理や緊急時の対応、ターミナルケアの在り方

・介護予防

社会保障審議会介護給付費分科会等において来年４月の介護報酬改定に向けて議論

秋口　医療制度改革に関する厚生労働省試案を提示

年末　政府・与党の成案を得る

－1－

生活習慣病対策と
地域医療の質の向上における
かかりつけ医の重要性

日本医師会 副会長
櫻 井 秀 也

望まれる医療制度に
必要な医療構造改革

☆医療保険制度の改革

☆生涯保健事業の推進

☆医療提供体制の構築

かかりつけ医の考え方

1. 日本の開業医に古くから与えられた名称で
   患者サイドからネーミングしたもの
2. 何よりも患者サイドにたった医療（患者優先）
3. 医療のみならず社会的ニーズにも対応
4. プライマリ・ケア医、家庭医、GP. と機能面では殆ど同じ
5. General（一般科）のみならず、
   一部はSpecial（専門科）にも対応する
6. 様々なタイプのかかりつけ医が考えられる
   （開業環境、専門科、etc. ）

かかりつけ医に対する国民のニーズ

1. Access のよいこと（休日、時間外） Accessibility
2. 十分な説明（治療法、病気） Informed Consent
3. 適切な紹介機能（医療での診診病診）⇒ ふりわけ機能
4. 近接性（なるべく近くにあること）
5. 往診応需態勢にあること（医療の出前）
6. 在宅医療の実践
7. 医療レベルが適正な水準を保っていること 高医療水準

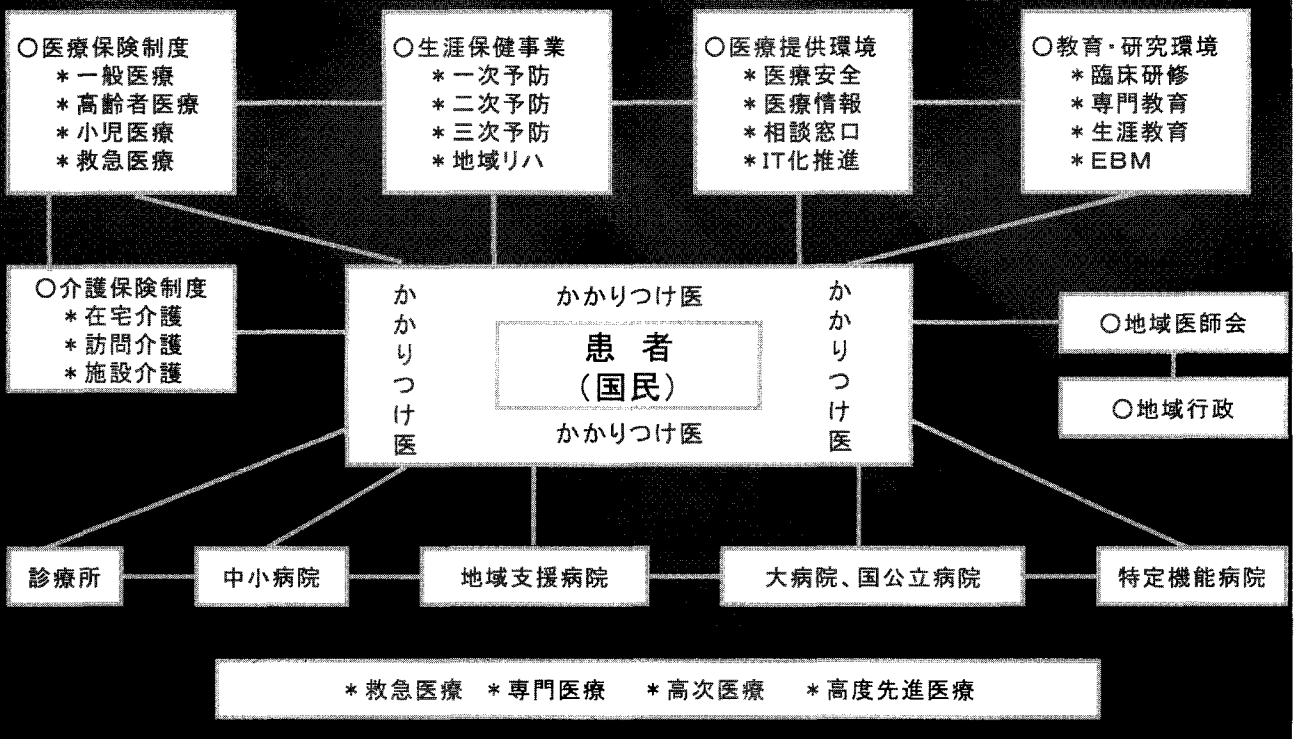
地域医療提供体制の考え方

～医療の日常性・非日常性の視点から～

医療の日常性	医療の内容	医療機関	担当する医師
○日常的 ○連続的 ○慢性的 ○恒常的 ○一般的 比較的よく罹る 病気や外傷 （普通の状態）	○一般医療 ○予防的な医療 一次予防 二次予防 三次予防 ○応急医療 ○初期救急	○無床診療所 ○有床診療所 ○中小病院 （地域支援病院）	○かかりつけ医 （開業医）
○非日常的 ○単発的・突発的 ○急性的 ○一時的 ○専門的 めったに罹らない 病気や外傷 （普通でない状態）	○専門医療 ○高次医療 ○高度先進医療 ○救急医療 二次救急 三次救急	○専門病院 ○大病院 ○公的病院 ○国・公立病院 ○大学病院分院 ○特定機能病院	○専門医 （勤務医）

地域医療提供体制のあるべき姿

～かかりつけ医を中心にした包括的医療提供システム～



生涯保健事業と健康投資

（１）一次予防・二次予防・三次予防を包括した健康維持増進

（２）生涯を通じた保健事業の必要性

（３）健康投資の概念

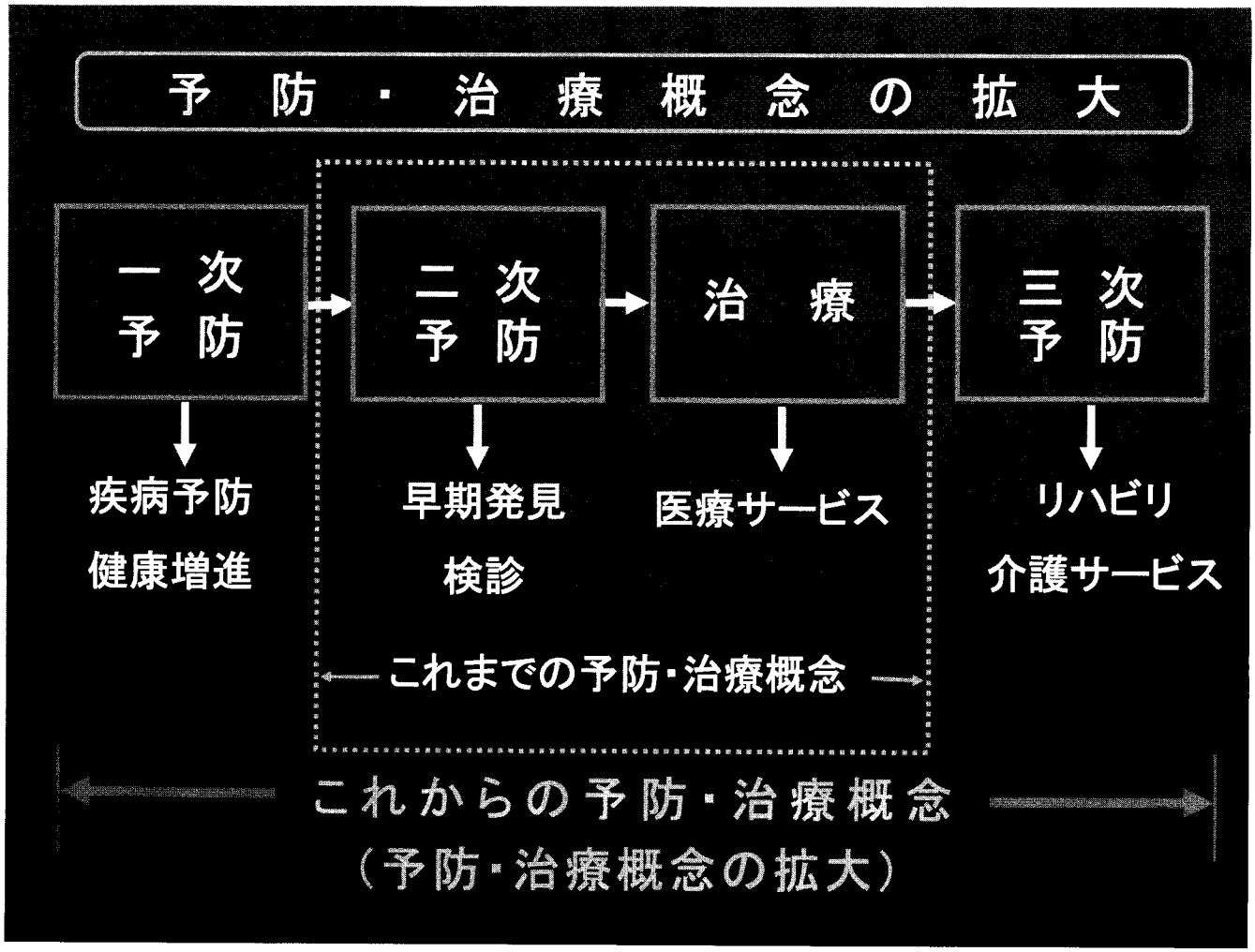
生涯保健事業の具体的課題

（１）一次予防としての生活習慣病対策

（２）二次予防としての健康診断の改善

（３）二次予防としての健康診断結果からの事後指導の充実

（４）三次予防としての疾病の悪化、再発の予防および障害された機能回復

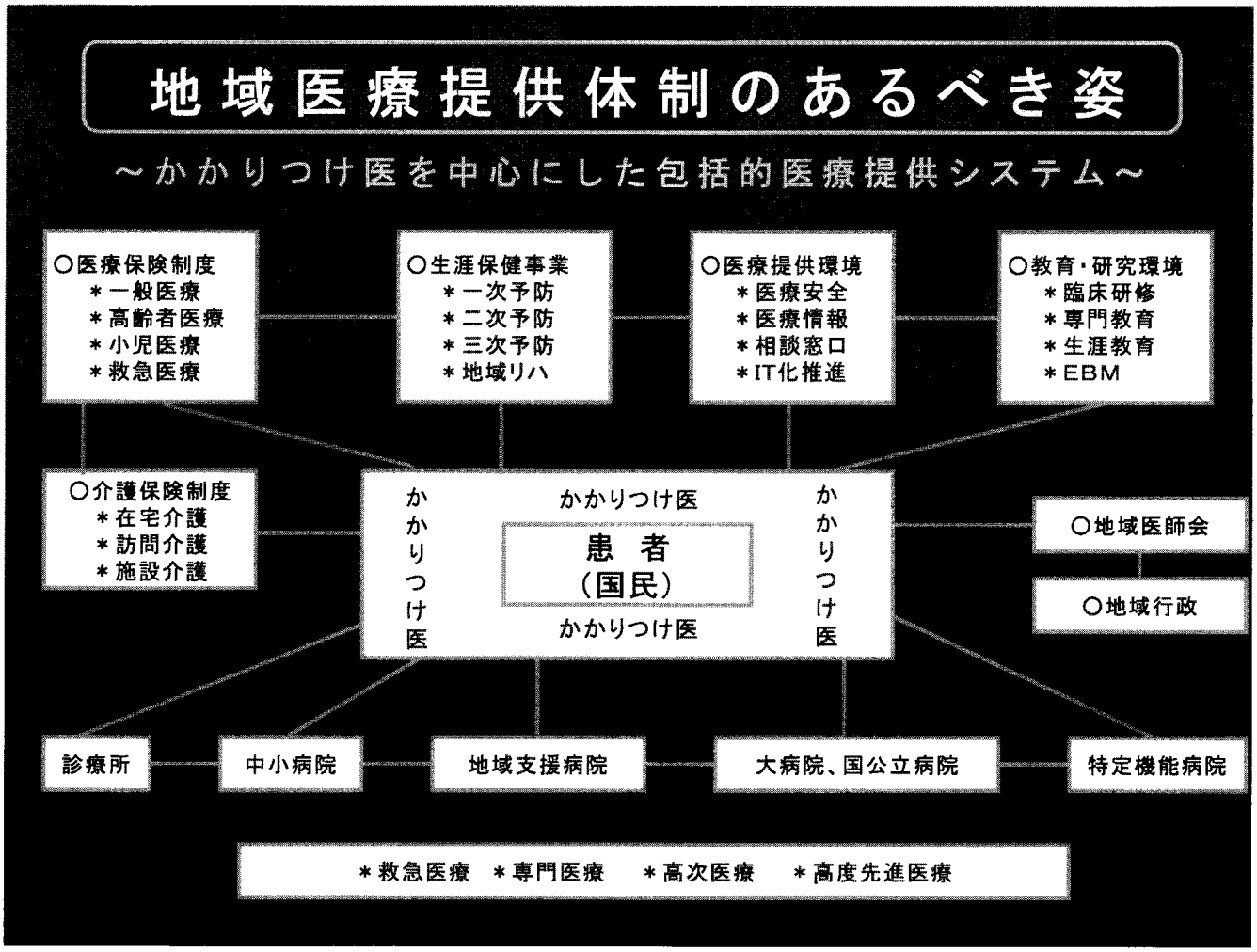


医　師　法

第一章　総則

〔医師の任務〕

第一条　医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする。


地域医療提供体制のあるべき姿
～かかりつけ医を中心にした包括的医療提供システム～
○医療保険制度
＊一般医療
＊高齢者医療
＊小児医療
＊救急医療
○生涯保健事業
＊一次予防
＊二次予防
＊三次予防
＊地域リハ
○医療提供環境
＊医療安全
＊医療情報
＊相談窓口
＊IT化推進
○教育・研究環境
＊臨床研修
＊専門教育
＊生涯教育
＊EBM
○介護保険制度
＊在宅介護
＊訪問介護
＊施設介護
かかりつけ医
かかりつけ医
患者
（国民）
かかりつけ医
かかりつけ医
○地域医師会
○地域行政
診療所
中小病院
地域支援病院
大病院、国公立病院
特定機能病院
＊救急医療 ＊専門医療 ＊高次医療 ＊高度先進医療

ディジーズ・マネジメント手法を活かした、我が国における新たな健康自立支援の仕組み

産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

疾病管理Disease Managementとは

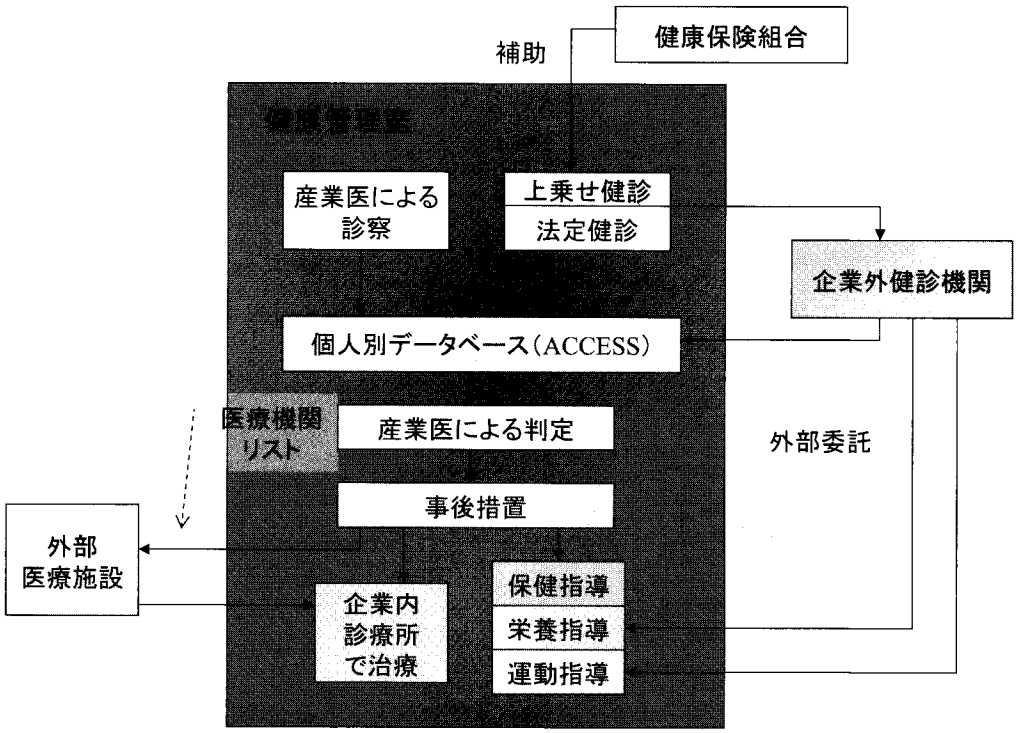
- 疾病の予防・悪化防止のために、看護師等が医師等の指示に基づき患者の生活管理を行うシステム
- 必要性
  - 人口の高齢化・社会の成熟化に伴い疾病構造が生活習慣病をはじめとする慢性疾患中心になっている
  - そのために病気を「治す」ことよりも「コントロール」することに診療の重点が移っている
  - また、国民のQOLの向上と医療費の適正化とを同時に達成するために「予防」がさらに重視されている
- 現行制度との適合性
  - 出来高払いを基本とする医療制度の中に、どのように予防的給付を入れるかが課題となっている。診療所と地域の看護師・保健師を中核とし、かつ後方病院を巻き込んだ疾病管理プログラムは現行制度を大きく変更することなく導入できる。

疾病管理の3つのコア

- 現状分析・目標設定
- 介入
- 評価

職域における
疾病管理の可能性

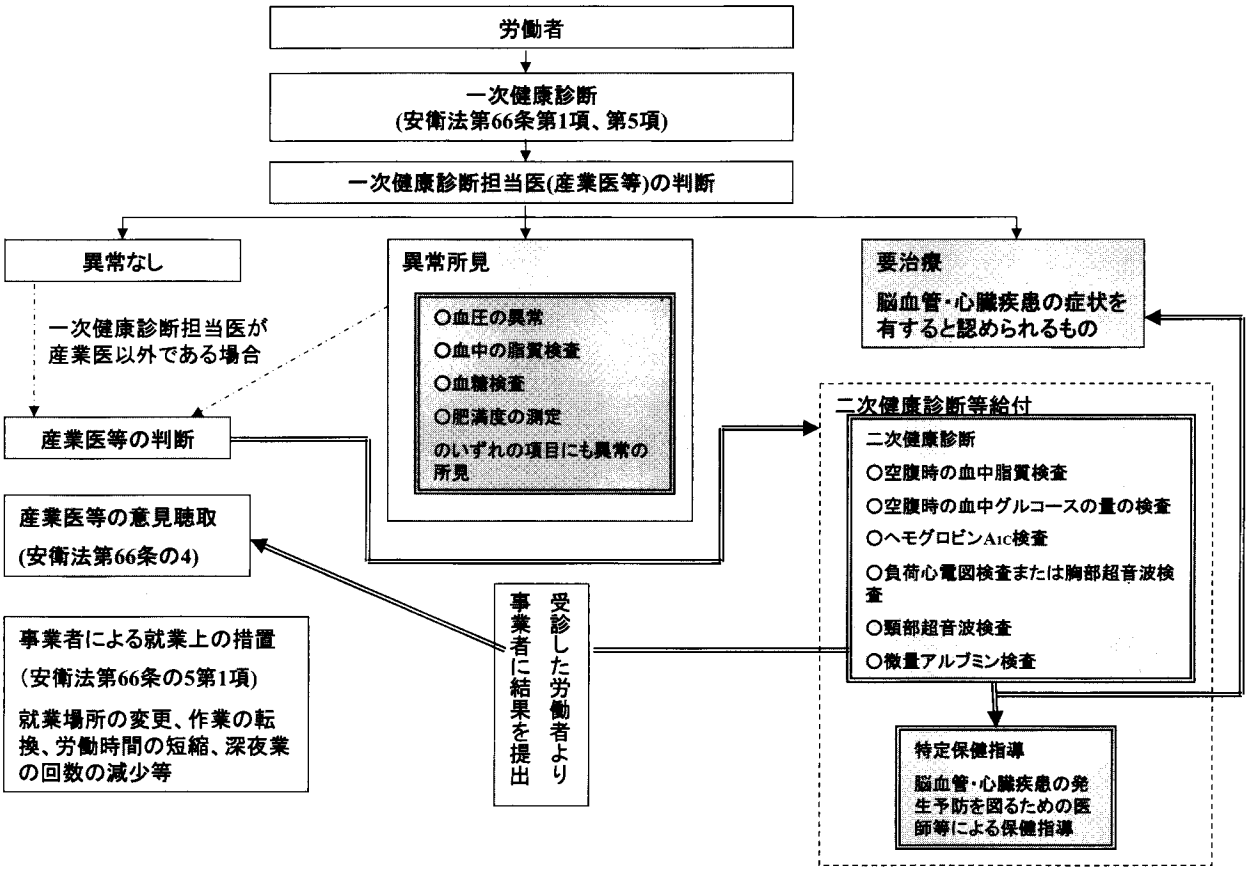
T社K工場における健康管理システム



労働安全衛生法に基づく定期健康診断の結果（2000年）

項　目	有所見率 (%)
項目別の有所見率	
聴力(1000Hz)	4.1
聴力(4000Hz)	9.1
聴力(その他)	0.8
胸部X線検査	3.2
喀 痰 検 査	1.5
血　　圧	10.4
貧 血 検 査	6.3
肝 機 能 検 査	14.4
血中脂質検査	26.5
尿 検 査 (糖)	8.1
尿検査 (蛋白)	3.4
心　電　図	8.8
所見の有った者の割合	44.5

労災保険予防給付のシェーマ



健診正常者を5年間追跡した結果
(30歳未満:男)

	肥満(—)	肥満(＋)	相対危険度
高血圧(DBP)	160/10928	75/1785	2.19(1.86-2.58)
高Chol血症	285/2691	111/453	2.74(2.14-3.51)
肝機能異常(GOT)	76/2776	22/470	1.75(1.07-2.83)
高尿酸血症	75/1160	18/202	1.42(0.83-2.47)
高血糖	234/2671	49/452	1.23(0.92-1.75)

ここでいう正常者とは初年度において、肥満度、血圧、血中脂質、肝機能尿酸、血糖のいずれにおいても異常を認めなかった者を指す

メタボリックシンドローム診断基準

ウエスト周囲径	男性85cm以上 女性90cm以上
（内臓脂肪面積が男女とも100cm^{2}以上に相当）	

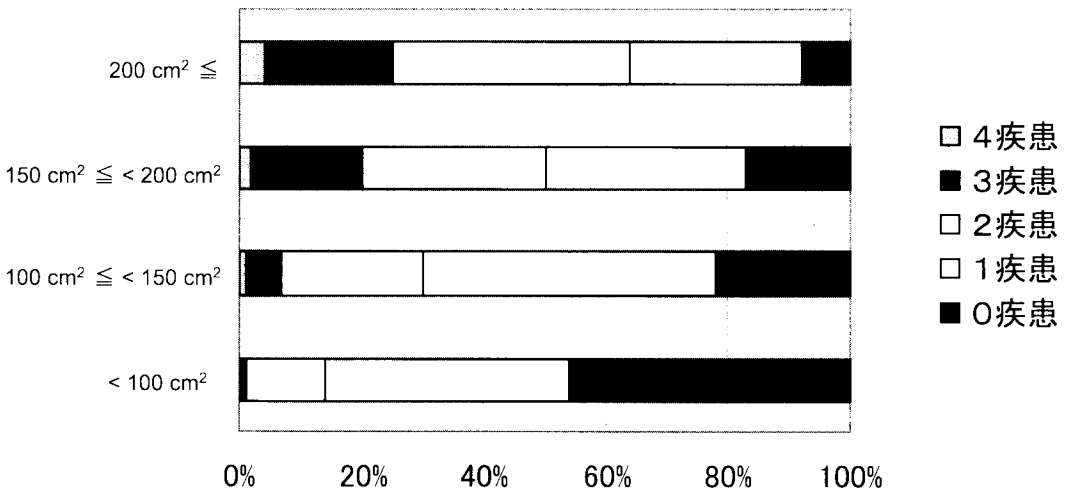
上記に加え、以下の3つのリスクのうち2つ以上のリスクを有する場合に、メタボリックシンドロームと診断する。

高トリグリセリド血症	150mg / dL 以上
かつ／または	
低HDLコレステロール血症	40mg / dL 未満

収縮期血圧	130mmHg 以上
かつ／または	
拡張期血圧	80mmHg 以上

空腹時高血糖	110mg / dL 以上

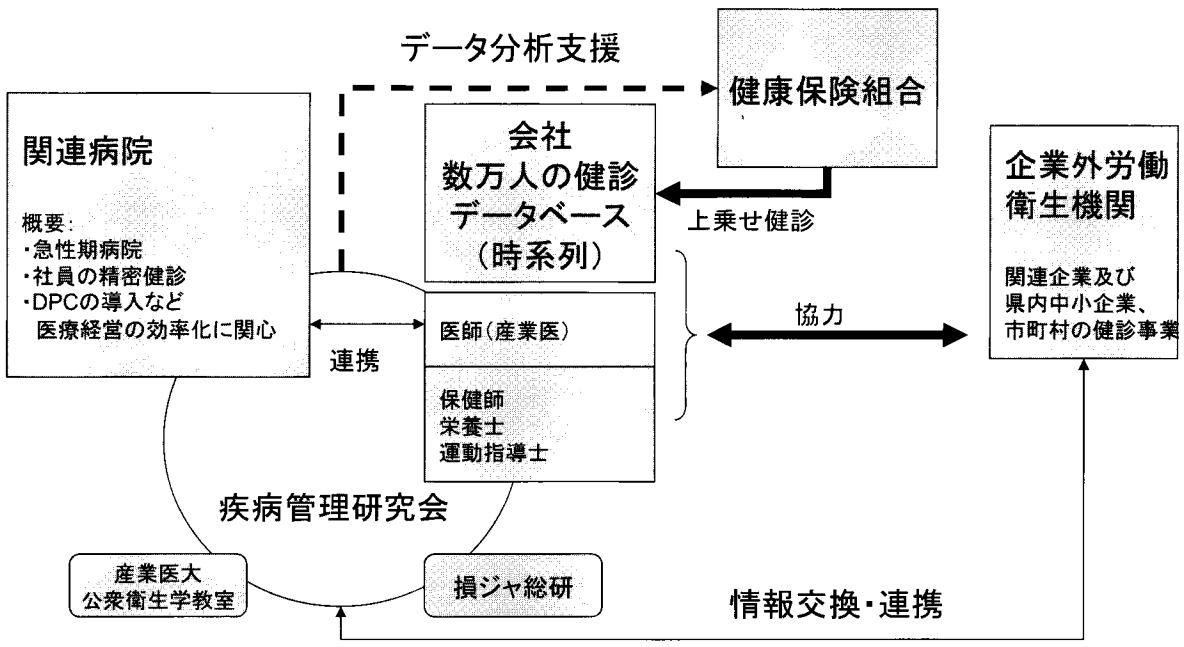
内臓脂肪と生活習慣病



内臓脂肪が多い者ほど高血圧症・高脂血症・高尿酸血症・糖尿病の4疾患を複数持つ割合が高くなる。

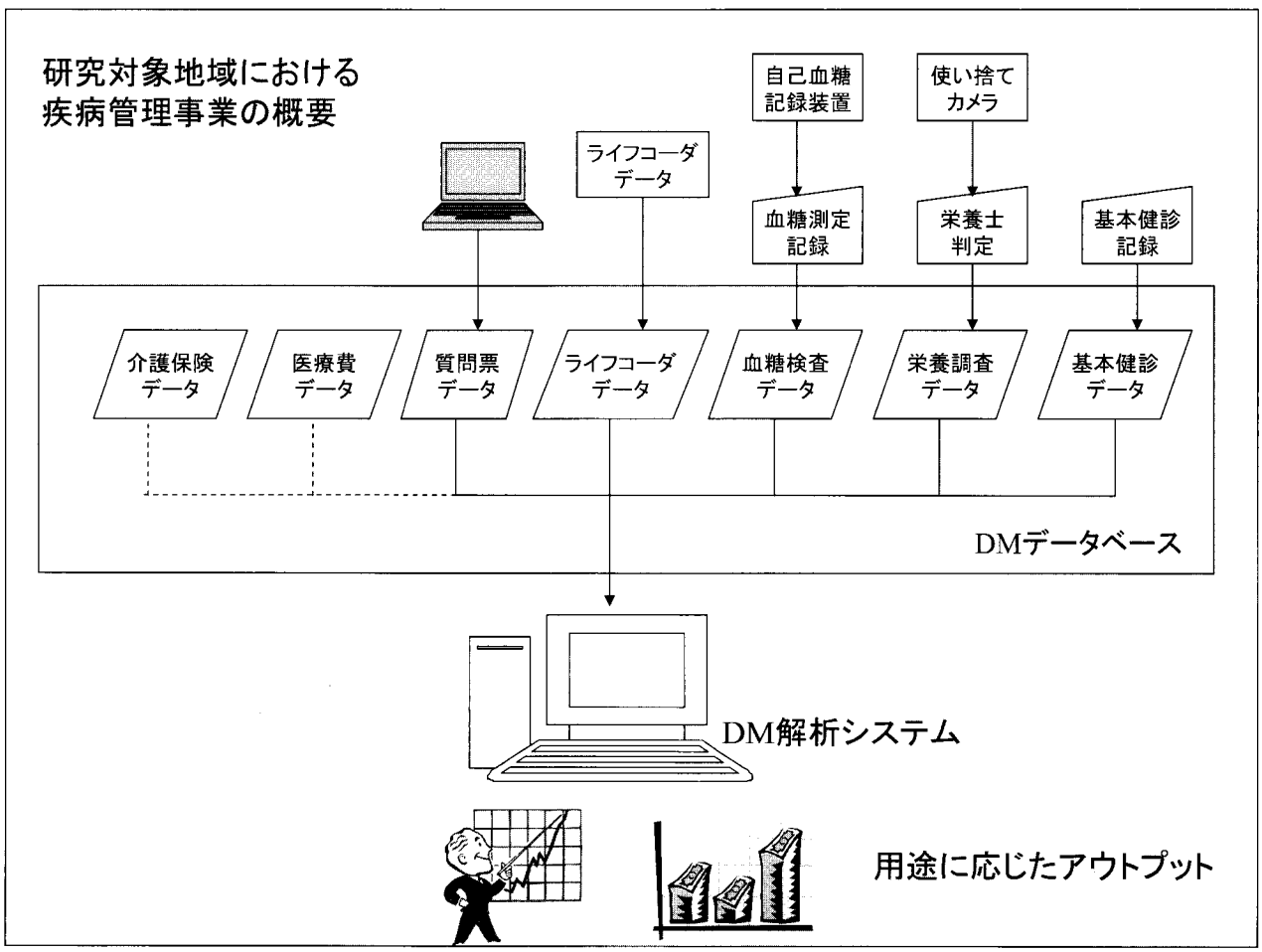
	対象疾患	N	対象			介入方法	評価		評価
			把握方法	ランダム化の有無	コントロールの有無		指標	有効性	
事例1	肥満	?	?	?	—	・内臓脂肪CT ・オリジナルテキスト ・*ダイエットダイアリー* ・食生活チェックシート ・*ライフスタイルFAXシート*	*CT*	○	B
事例2	境界型DM	30	健診	—	—	*耐糖能異常の個別健康教室* ・血液検査 ・歩数計 ・面談 ・自己血糖測定器 ・体重測定 ・食生活調査 ・血圧測定 ・記録用紙 ・運動用具 ・運動検査 ・リーフレット	FBS HbA1c T-Cho Wt BMI W/H比 最大1歩幅 椅子立ち上がり BP	○?	B
事例3	DM	8473	健診	—	—	・HbA1c 7.0%以上:保健指導 ・HbA1c 8.0%以上:就業制限	HbA1c BMI BP T-Cho HDL	○	B
事例4	高血圧	285(有効回答149)	健診	—	—	・保健指導	*健康信念モデル*	○	B
事例5	DM	13	?(健診?)	—	—	・記録表(*2hPG*、食事・行動) ・自己評価 ・保健指導 ・媒体として電子メールを利用	*2hPG* BMI Wt BP 生活習慣	○	A
事例6	肥満	97 (うち提出達成者37)	定健問診	—	提出達成者と未提出者	・参加記録の提出 ・看護職によるコメント返却 *(通信指導型)*	Wt BMI 生活習慣	○	B
事例7	高血圧	236	?	—	修了者と1回参加者	・1ヶ月間に2回の個別助言からなる非対面プログラム	BP 生活習慣	○	C
事例8	血糖値	46	健診	—	介入群・不変群・悪化群	・DM集団講義(産業医・栄養士) ・栄養士による個別面談	OGTT	?	C
事例9	高血圧	200	健診	—	有:事後措置の有無	・血圧の事後措置	血圧指導群 BP 生活習慣	?	C
事例10	肥満	29	健診?	—	*有:年齢・BMIでマッチング*	*・イントラネット* ・レクチャー ・生活習慣質問表 ・体重公開 ・グループワーク ・Wt ・腹囲 ・体脂肪率 ・食のライフスキル訓練 ・3回/dayの体重計測	Wt 体脂肪率 腹囲 血液検査	○	A

企業との共同研究

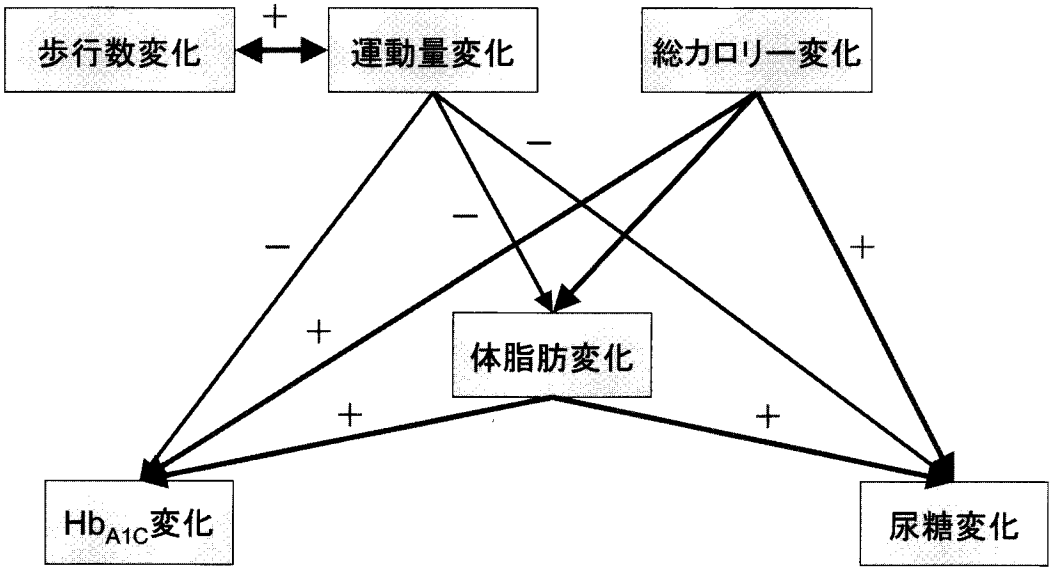


1. 行動変容ターゲット集団スクリーニングプログラム
2. 介入プログラムとその効果検証
3. 都市型市町村モデル(医療機関ベース)開発

地域における
疾病管理の可能性



各指標の間の関係



1. 運動すれば体脂肪が減り、そしてHbA1Cも尿糖も減少する。
2. カロリー摂取量が増えると体脂肪が増え、そしてHbA1Cも尿糖も増加する。
3. 影響としてはカロリー摂取量の方が大きい。

ある医療圏における患者調査からの患者数推計結果

		合計	1日以下	2-29日	30-119日	120日超
010010 脳腫瘍	有	51	0	24	22	5
010010 脳腫瘍	無	57	1	35	14	7
010020 くも膜下出血、破裂脳動脈瘤	有	41	0	19	14	8
010020 くも膜下出血、破裂脳動脈瘤	無	38	10	13	11	3
010030 未破裂脳動脈瘤	有	18	0	14	4	0
010030 未破裂脳動脈瘤	無	16	8	8	0	0
010040 非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)	有	49	2	16	24	8
010040 非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)	無	156	11	75	53	17
010050 非外傷性硬膜下血腫	有	3	0	3	0	0
010060 脳梗塞	有	55	0	30	19	4
010060 脳梗塞	無	1,220	32	638	340	203

DPCを用いて集団の傷病構造が推計できる→予防の効果の推計が可能

資料: 伏見(2005)

ベンチマーキングとは何か？

- ベンチマーキングとは、「ベストに学ぶ」ということ
- ベスト・プラクティス（経営や業務において、もっとも優れた実践方法）を探し出して、自施設のやり方とのギャップを分析してそのギャップを埋めていくためにプロセス変革を進める、という経営管理手法
- 現行の業務を測定し、それをベスト施設の業務と比較する継続的プロセスであり、数値評価を行うことで、判断に客観性をもたせ、組織構成員に具体的な目標を与えることが可能になる

主治医意見書からみた要介護状態の原因

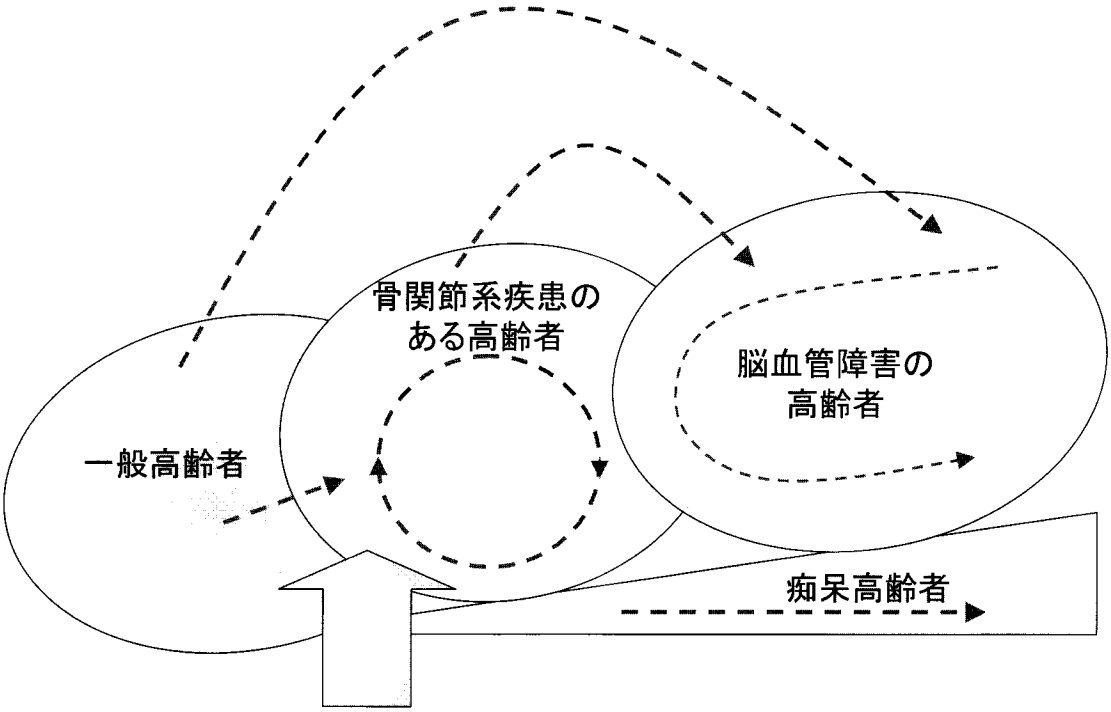
在宅	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1位	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	**脳梗塞**	**脳梗塞**	**脳梗塞**
2位	関節症	関節症	**脳梗塞**	高血圧性疾患	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆
3位	骨の密度及び構造の障害	**脳梗塞**	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆	高血圧性疾患	高血圧性疾患

施設	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1位	高血圧性疾患	**脳梗塞**	**脳梗塞**	血管性及び詳細不明の痴呆	**脳梗塞**	**脳梗塞**
2位	**脳梗塞**	高血圧性疾患	血管性及び詳細不明の痴呆	**脳梗塞**	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆
3位	骨の密度及び構造の障害	血管性及び詳細不明の痴呆	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患

出典：北九州市（2002）

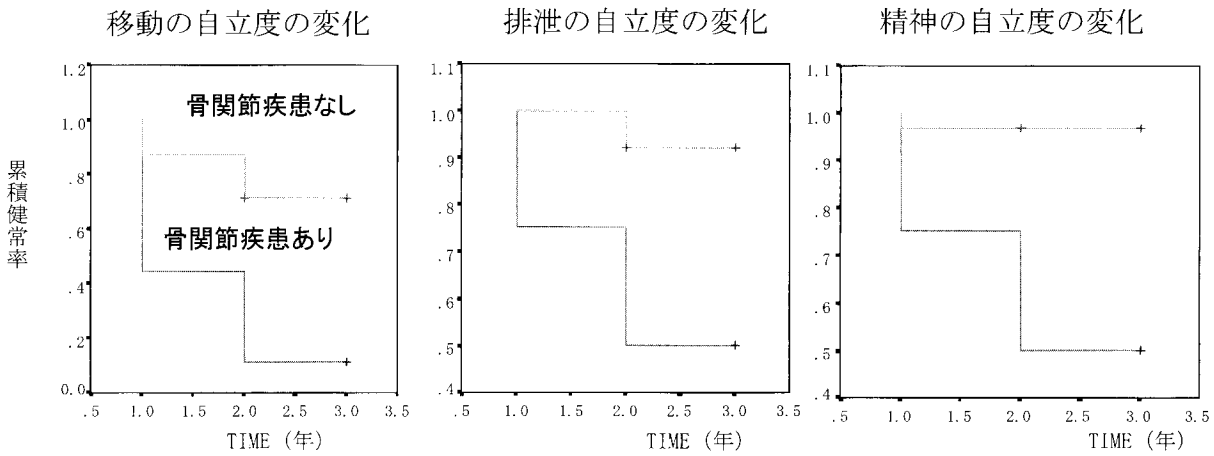
独居の女性が多い

要介護高齢者を構成する三大グループ



介護予防の最重要ターゲット

軽度の移動障害を放っておくとどんどん悪化する



虚弱老人の自立度の経時的分析結果

虚弱高齢者の自立度を3年間追跡調査した。
骨関節疾患があって歩行障害がある人は、無い人に比べて移動、
移動、排泄、精神の自立度が低下しやすい。いずれも統計学的にも
有意の低下を認めた（Log rank 検定；$p<0.01$）

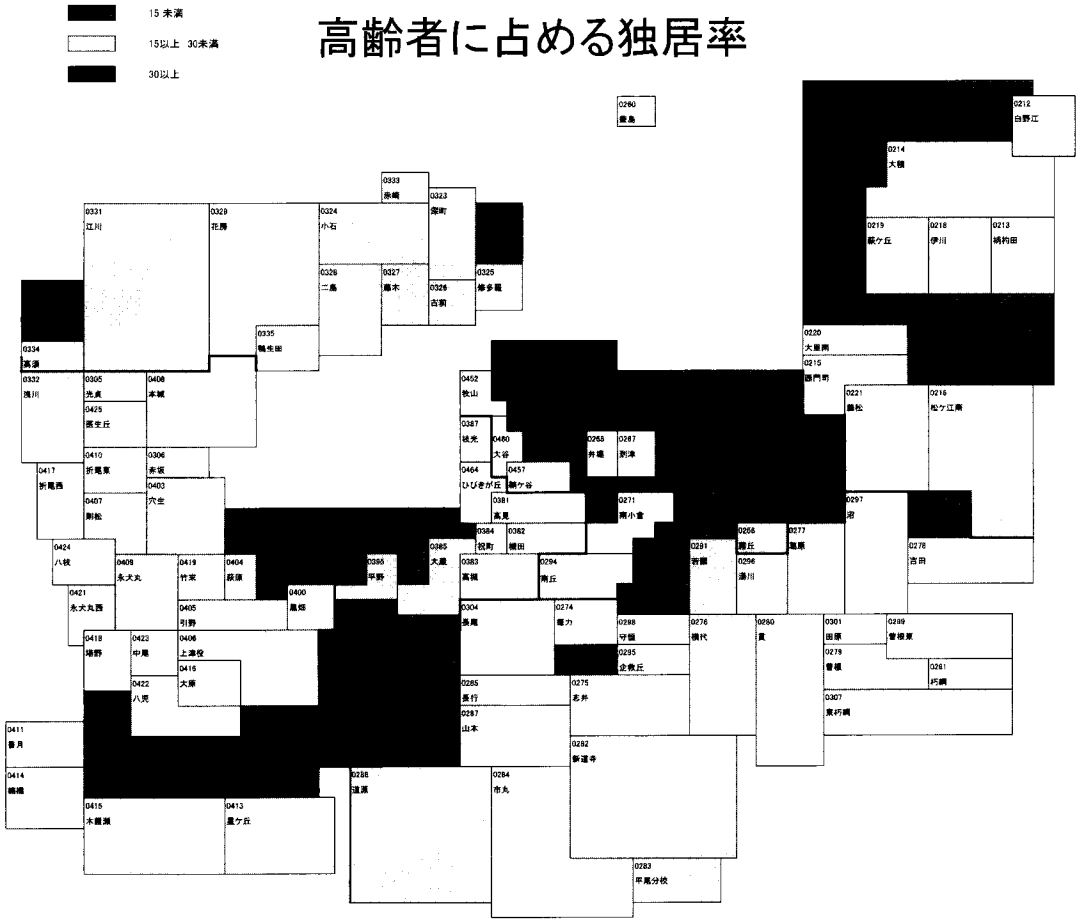


平成16年度北九州市介護予防モデル事業(集団エクササイズ)

集団エクササイズによる体力改善

		N	平均値	標準偏差	有意確率
開眼片脚立位	トレーニング前	8	6.7	3.9	0.507
(秒)	トレーニング後	8	8.4	7.8	
ファンクショナルリーチ	トレーニング前	8	23.5	4.6	0.006
(cm)	トレーニング後	8	32.0	5.6	
長座位前屈	トレーニング前	8	34.6	13.9	0.480
(cm)	トレーニング後	8	31.9	11.9	
握力	トレーニング前	8	15.4	4.9	0.024
(Kg)	トレーニング後	8	18.9	2.7	
膝伸展筋力	トレーニング前	8	12.7	5.8	0.132
(Kg)	トレーニング後	8	15.3	3.8	
6分間歩行	トレーニング前	6	330.9	28.6	0.040
(m)	トレーニング後	6	368.8	44.8	
10m障害物歩行	トレーニング前	5	16.1	4.1	0.063
(秒)	トレーニング後	5	13.4	2.4	

筋力だけでなくバランスと全身持久力が向上



地域と職域の健康診断の比較

	地域保健	職域保健	
		[redacted]	健康保険
根拠法	老人保健法	労働安全衛生法	健康保険法
実施主体	市町村長	事業主	健康保険組合
健診内容	法定項目	法定項目	左記に追加、人間ドック
健診受診	任意	義務	任意だが左記に包括化
事後措置	任意	義務	任意だが左記に包括化
対象者のコンプライアンス	低い	高い	比較的高い
継続性	低い	高い	高い
時系列での評価	難しい	比較的容易	比較的容易
実施主体が健診を行うことの経済的利益	国保財政の点では期待できる	作業関連疾患については期待できるが、一般健診については疑問	健保財政の点では期待できる

一般的に見て、職域のおける健診の方が地域における健診より有効性が高い。その理由としては、健診受診及びその後の介入の強制力、対象者のコンプライアンス、継続的な評価の可能性、担当するスタッフの充実度などが挙げられる。

まとめ（1）

- わが国の職域・地域でこれまで行われてきた種々の健康づくり活動をDMの概念で整理しなおすことで、わが国に適した健康づくりの方法論が確立できる。
- DMの「3つのコア」という枠組みで考えると職域に優位性がある
  - 地域では介護予防をベースにDMを考えることが可能ではないか。

まとめ（2）

- わが国のDMの内容は諸外国のものに比較してよりより広い範囲をカバーするものになる。
  - 概念としては一次予防としての健康づくりから三次予防としてのリハビリテーションまでを含むものであり狭義のDisease Managementよりも広いものになる
  - 日本型Disease Managementを強調するためにHealth Maintenance Assisting Program (Health-MAP： 健康管理支援プログラム)という名称を提案したい

日本の長寿は大丈夫か？

～健康指導･食育の重要性～

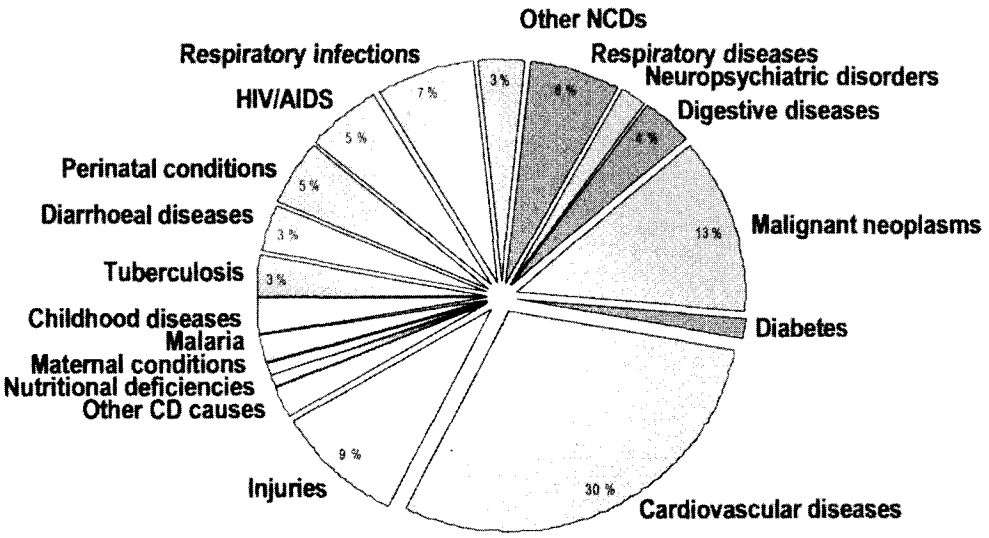
平成17年9月29日

帝京大学医学部内科

寺本　民生

Global distribution of causes of death, 2001

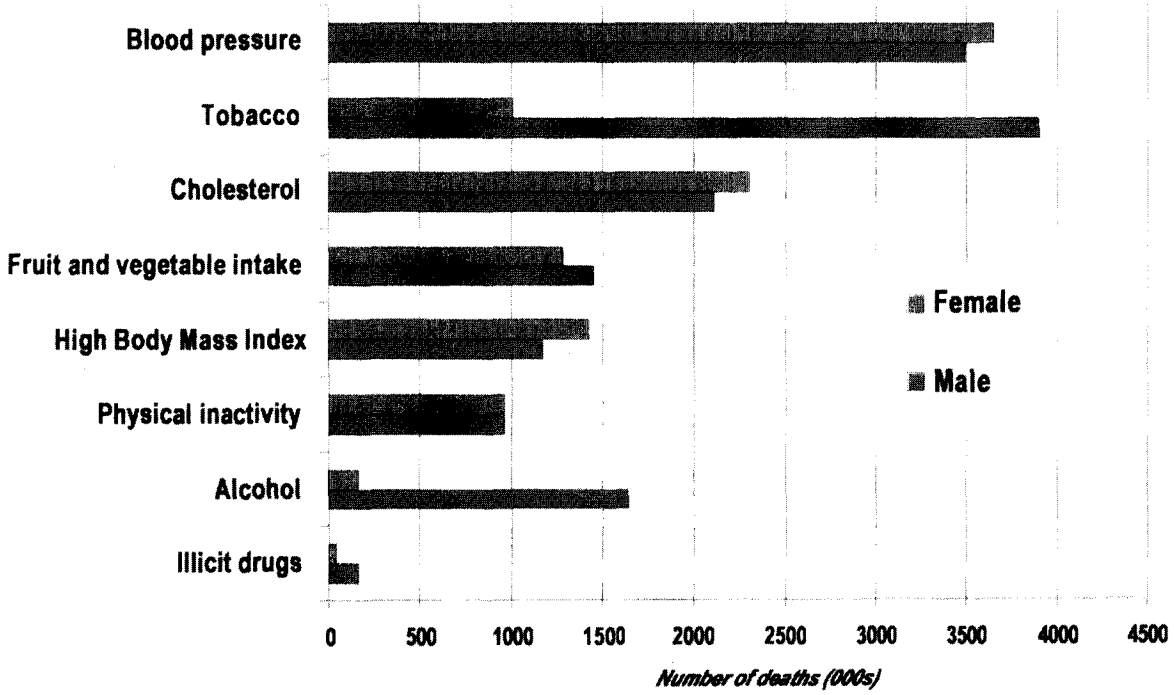
Total deaths: 56,502,000



Source: WHR 2002

World

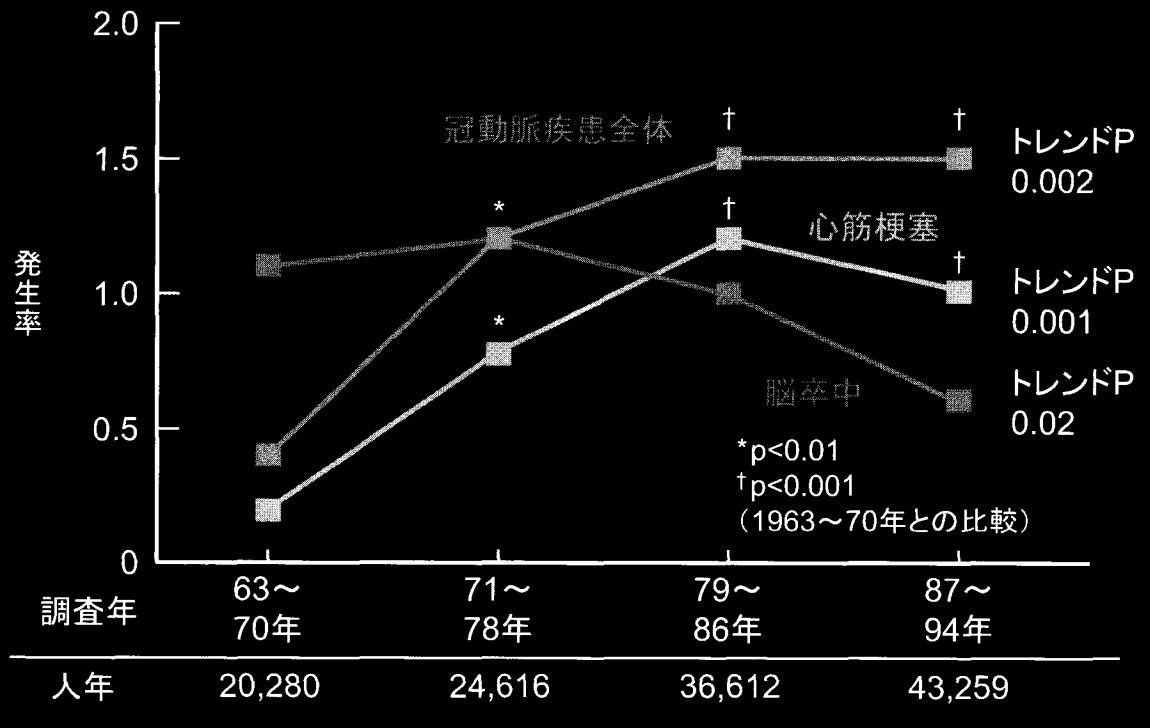
Deaths in 2000 attributable to selected leading risk factors, by sex



Source: WHR 2002

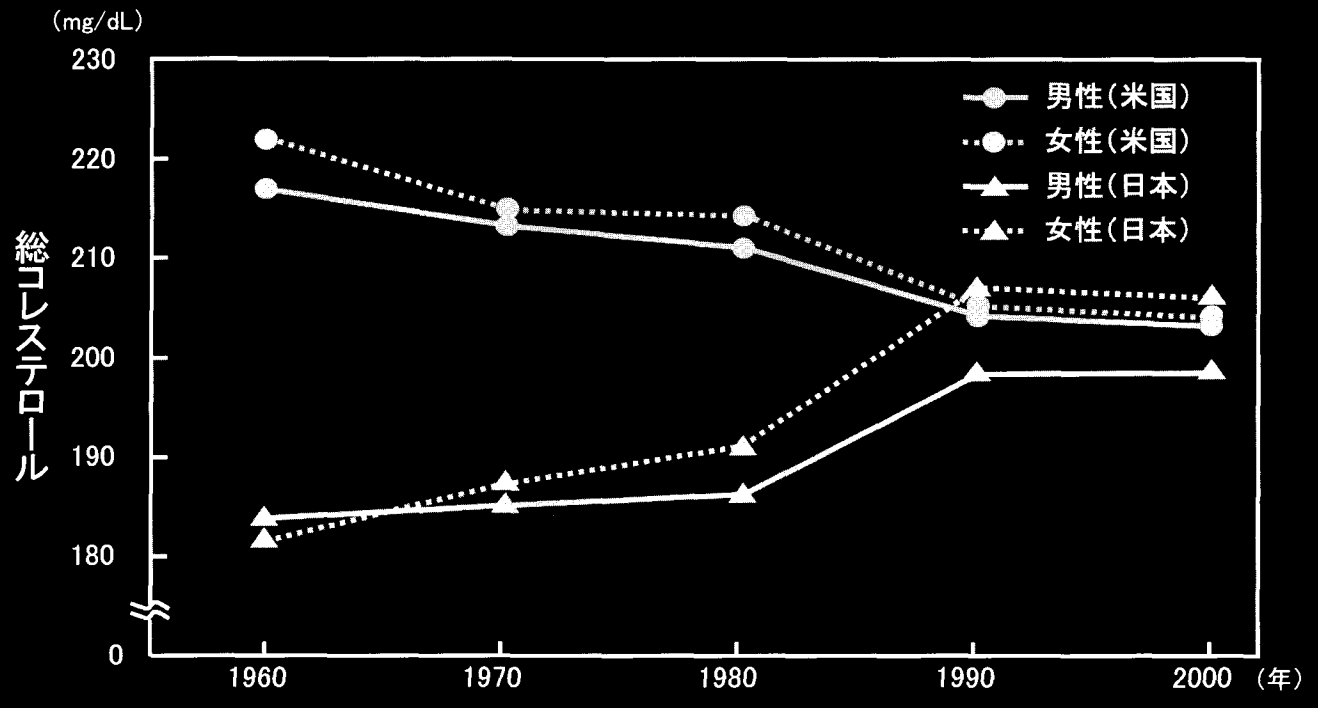
World Health Organization

大阪企業コホートにおける心血管疾患の年齢調整発生率の推移(1,000人年当たり)



(Am J Med 2002; 112: 104-109より改変)

日米の平均総コレステロール値の推移



米国国民健康栄養調査(NHANES)
第3次/第4次厚生省循環器疾患基礎調査(1980/1990)、第5次厚生労働省循環器疾患基礎調査(2000) 一部改変

わが国の診断基準

内臓脂肪蓄積

・ウェスト周囲径　　男性≧85cm
女性≧90cm

可能な限りCTスキャンなどで内臓脂肪量測定を行うことが望ましい。
内臓脂肪量　男女とも≧100cm^2

上記に加え以下のうち2項目以上

・脂質異常　　高トリグリセリド血症≧150mg/dl
and/or
低HDL-コレステロール血症<40mg/dl

・高血圧　　≧130/≧85mmHg
・空腹時高血糖　　≧110mg/dl

わが国の現状

2003年国民健康・栄養調査

11,000人を対象

・ウェスト周囲径は15歳以上の6,600人を対象に測定
・BMI：25以上
　　男性：21%
　　女性：21%
・ウェスト周囲径
　　男性≧85cm：25%
　　女性≧90cm：14%
・男性でウェスト周囲径≧85cm
　　30代：29%
　　40代：32%
　　50代：29%
　　60代：28%

トリグリセリド

年齢		男	女
0-9歳	56	53	59
10-19	67	66	68
20-29	83	105	73
30-39	118	142	70
40-49	129	150	87
50-59	129	139	108
60-69	123	128	117
70-79	118	123	113
80-89	100	93	105
平均	118	136	92

厚生労働科学研究費補助金　特定疾患対策研究事業

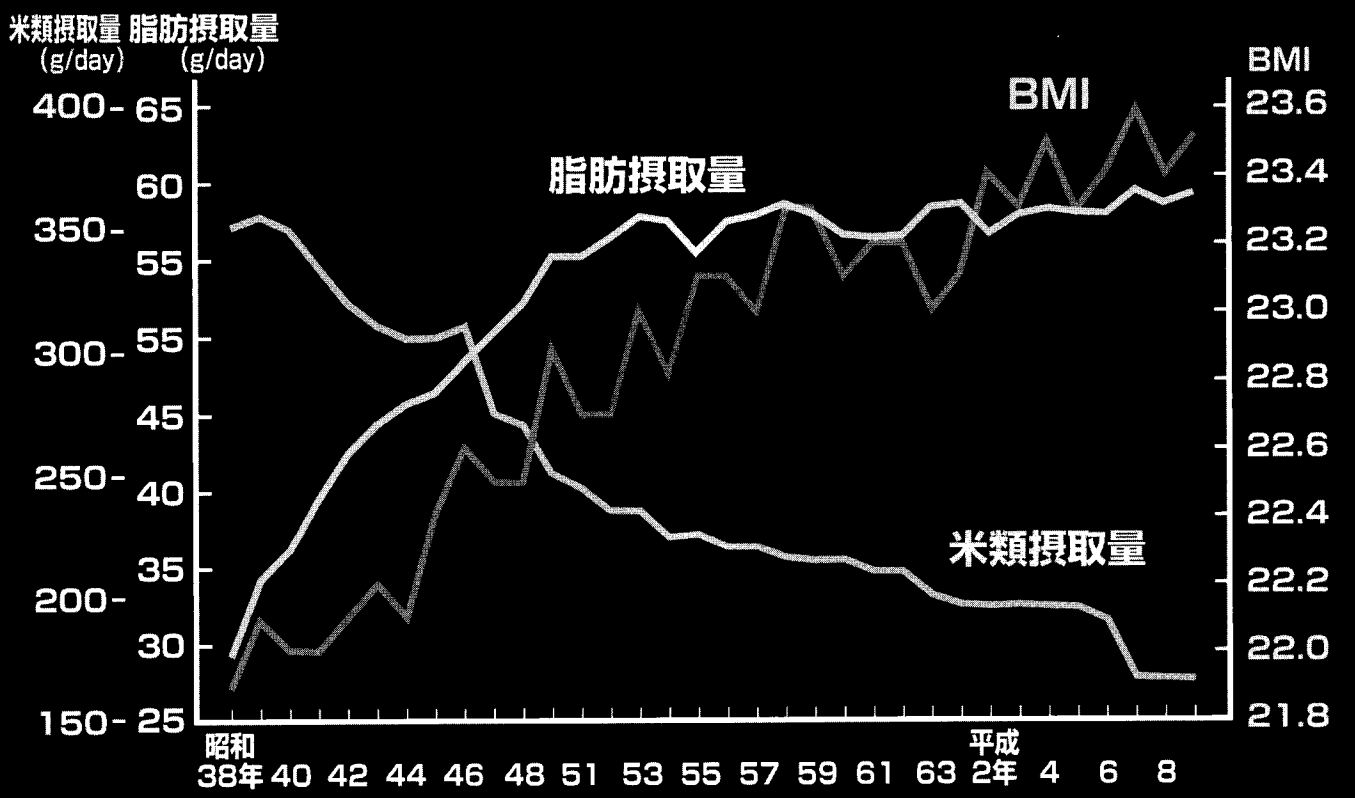
HDLコレステロール

年齢		男	女
0-9歳	69	70	68
10-19	65	63	66
20-29	64	56	68
30-39	58	54	67
40-49	58	55	65
50-59	59	56	65
60-69	57	55	60
70-79	57	55	60
80-89	58	54	61
平均	59	55	65

厚生労働科学研究費補助金　特定疾患対策研究事業

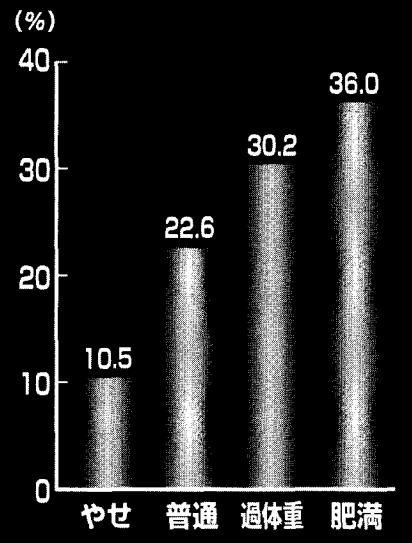
AO 9435-04

摂取栄養と肥満度の変遷

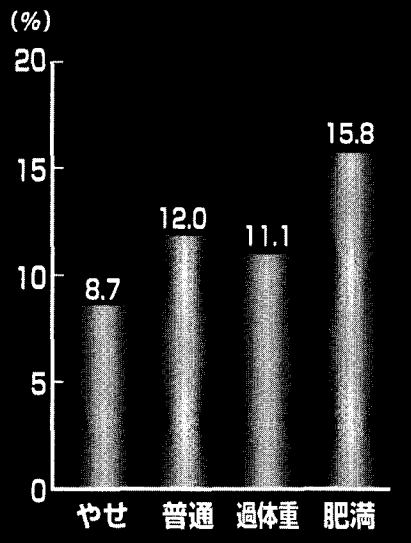


肥満度別 健康状況(30歳代男性)

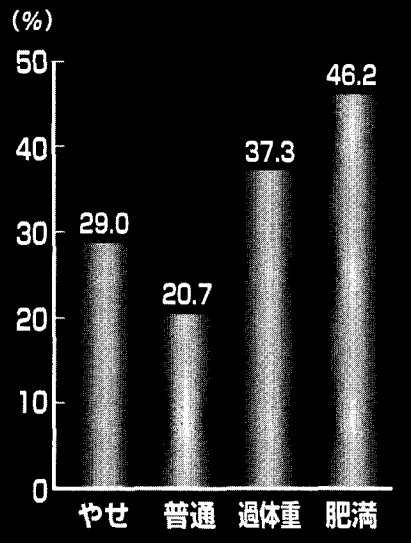
血圧　最高血圧140mmHg以上又は最低血圧90mmHg以上の者の割合



血糖値 110mg/dL以上の者の割合



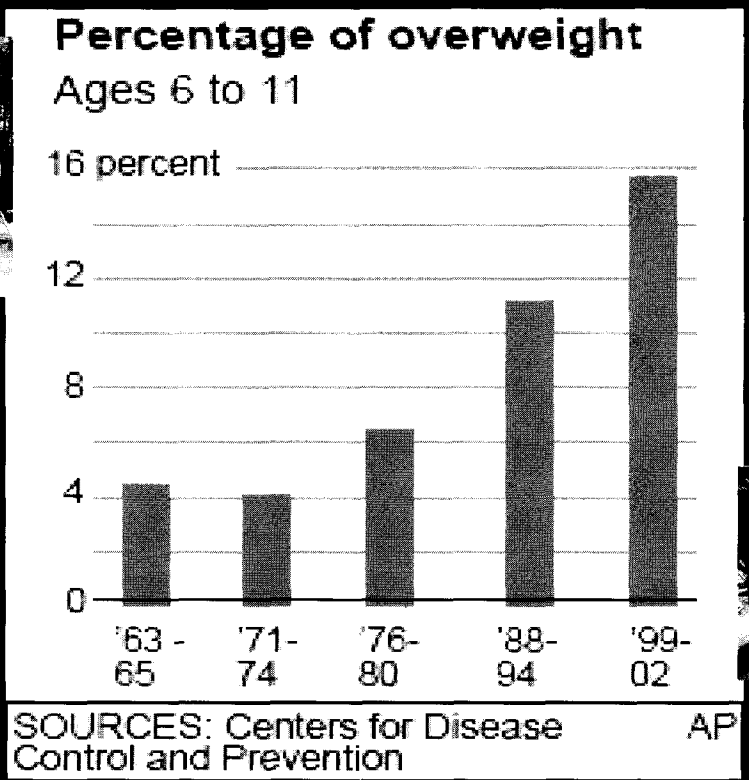
総コレステロール値 200mg／dL以上の者の割合



国民栄養調査

肥満児の増加







日本の子供 米並み肥満

心臓病、糖尿病の危険も

【サンノゼ（米カリフォルニア州）＝館林牧子】日本の子供たちは、米国の子供たち並みに太ってきており、心臓病や糖尿病になる危険が増えている――米疾病対策センター（CDC）が、こんな調査結果をまとめた。調べたシファン・ダイ研究員は「日本の子も食事や運動に注意する必要がある」と警告している。

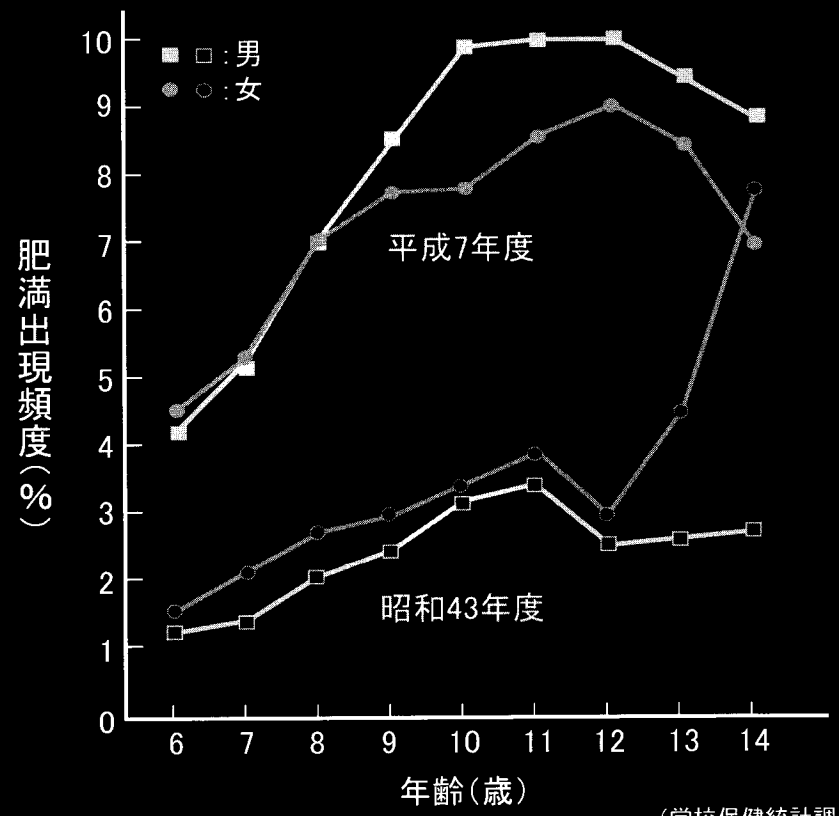
米機関が警告

調査は、新潟県新発田市の七―十五歳の子供三百六十九人（男子百九十九人、女子百七十人）を対象に、一九九一年―九五年に行われた。その結果、血液中の総コレステロールは、男子が一デシ・リットルあたり平均約百六十七ミリ・グラム、女子が同百七十三ミリ・グラムで、米国の白人の子供に比べてやや高かった。皮下脂肪の厚さや、身長と体重から計算される肥満度は、米国の子供と同程度だった。

ダイ研究員によると、過去の調査では、日本の子の肥満度は米国の子に比べて格段に低かった。今回の調査も、日本では米国より心臓病患者が少ない理由を、子供の時期から探るのが目的だったが、逆に日本の子供の肥満傾向が明らかになってしまったという。

夕刊　讀賣新聞
2003年（平成15年）6月14日（土曜日）

肥満児の頻度



（学校保健統計調査報告書，文部省より）

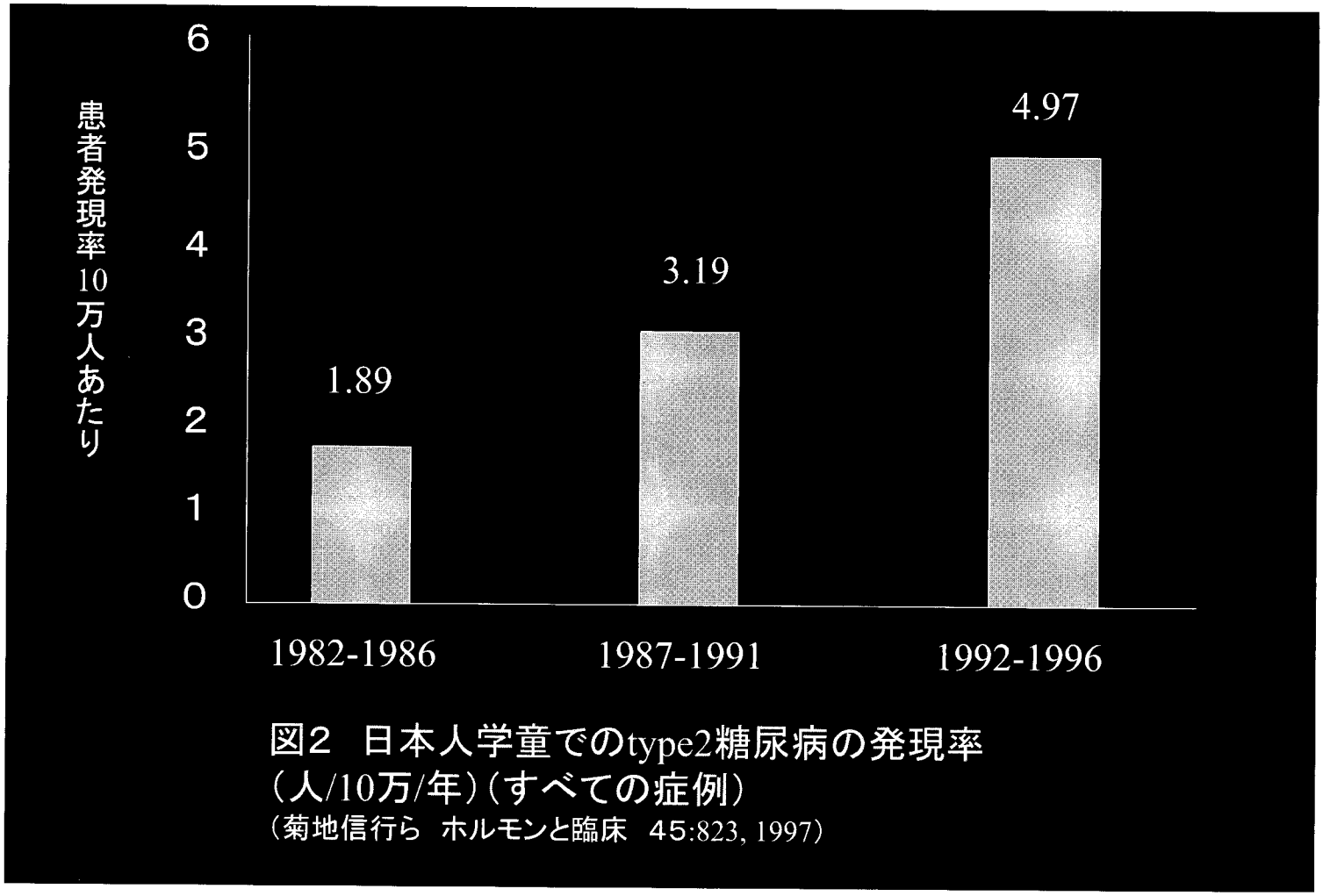
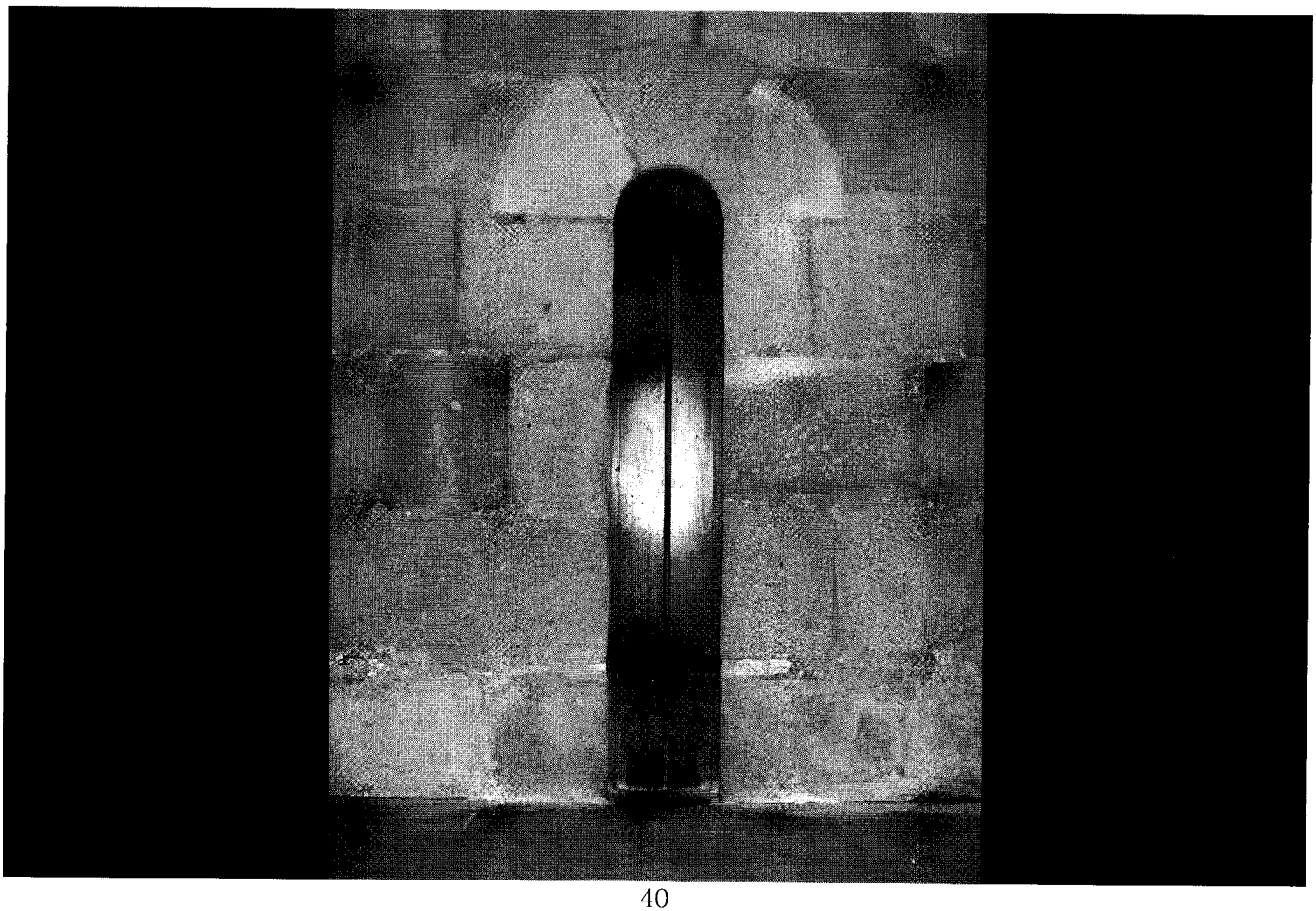
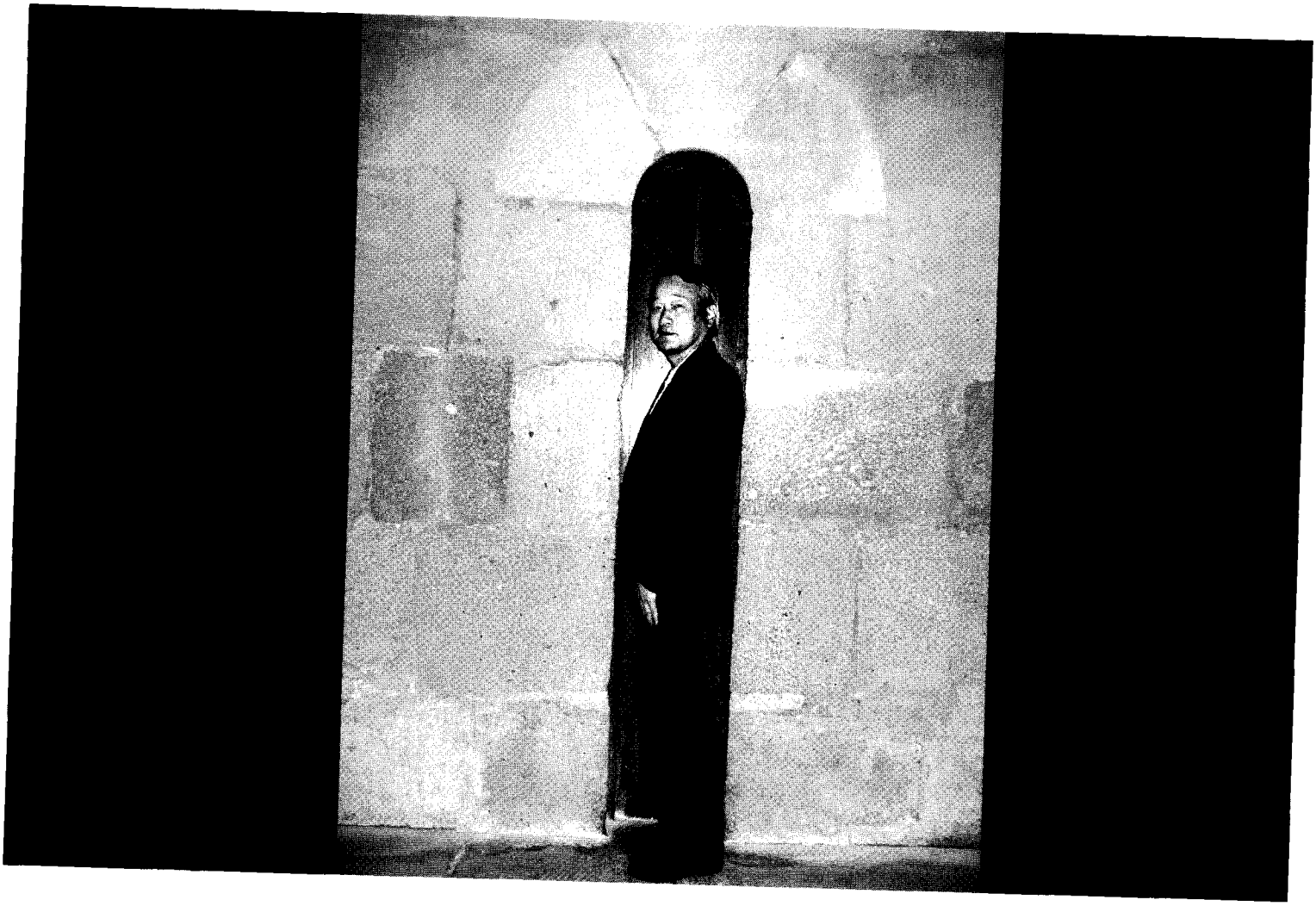


図2　日本人学童でのtype2糖尿病の発現率
（人/10万/年）（すべての症例）
（菊地信行ら　ホルモンと臨床　45:823, 1997）





日本の長寿は大丈夫か？

肥満対策が第一

1、30～40歳代の男性が危ない
食生活の改善

2、小学生高学年の肥満対策
親の世代の管理

3、国民レベルでの認識が必要
マスメディアの重要性

第2回ディジーズ・マネジメントシンポジウム

高血圧の立場より

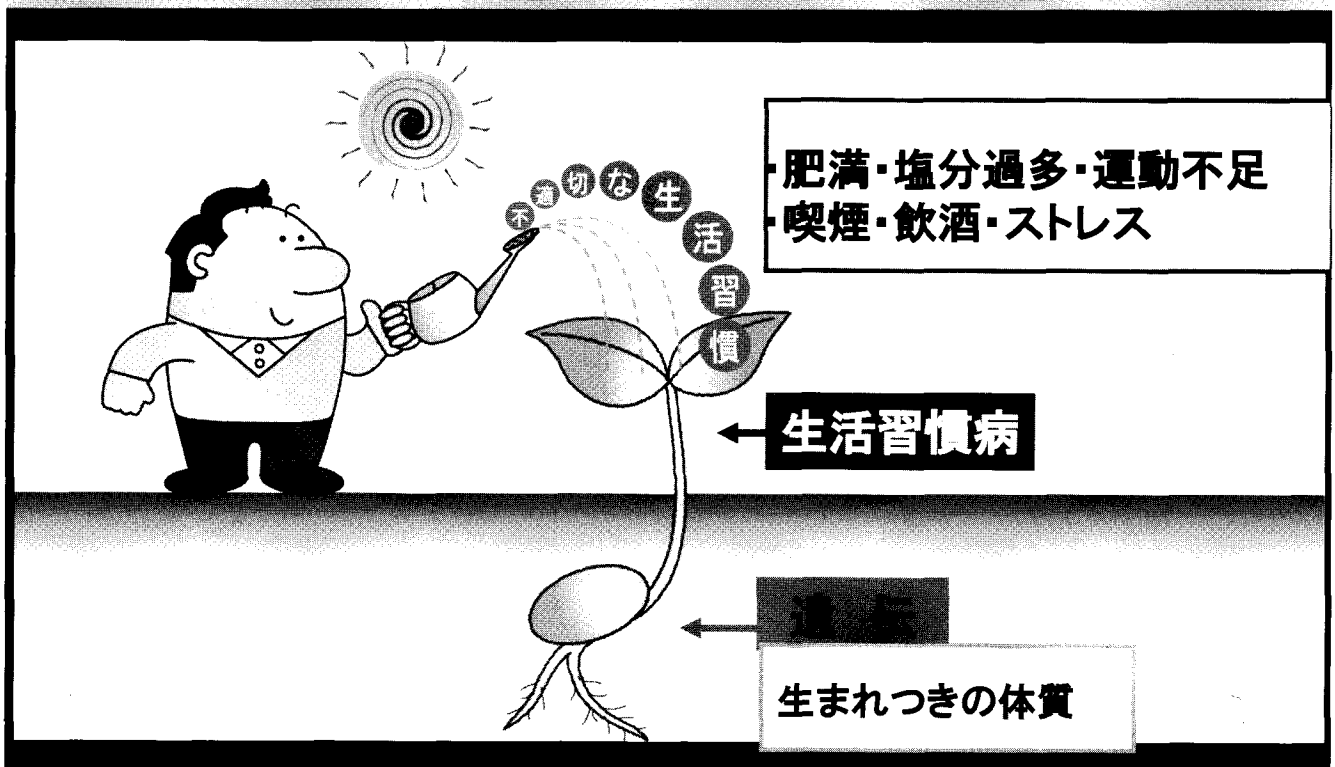
平成17年9月29日（木）

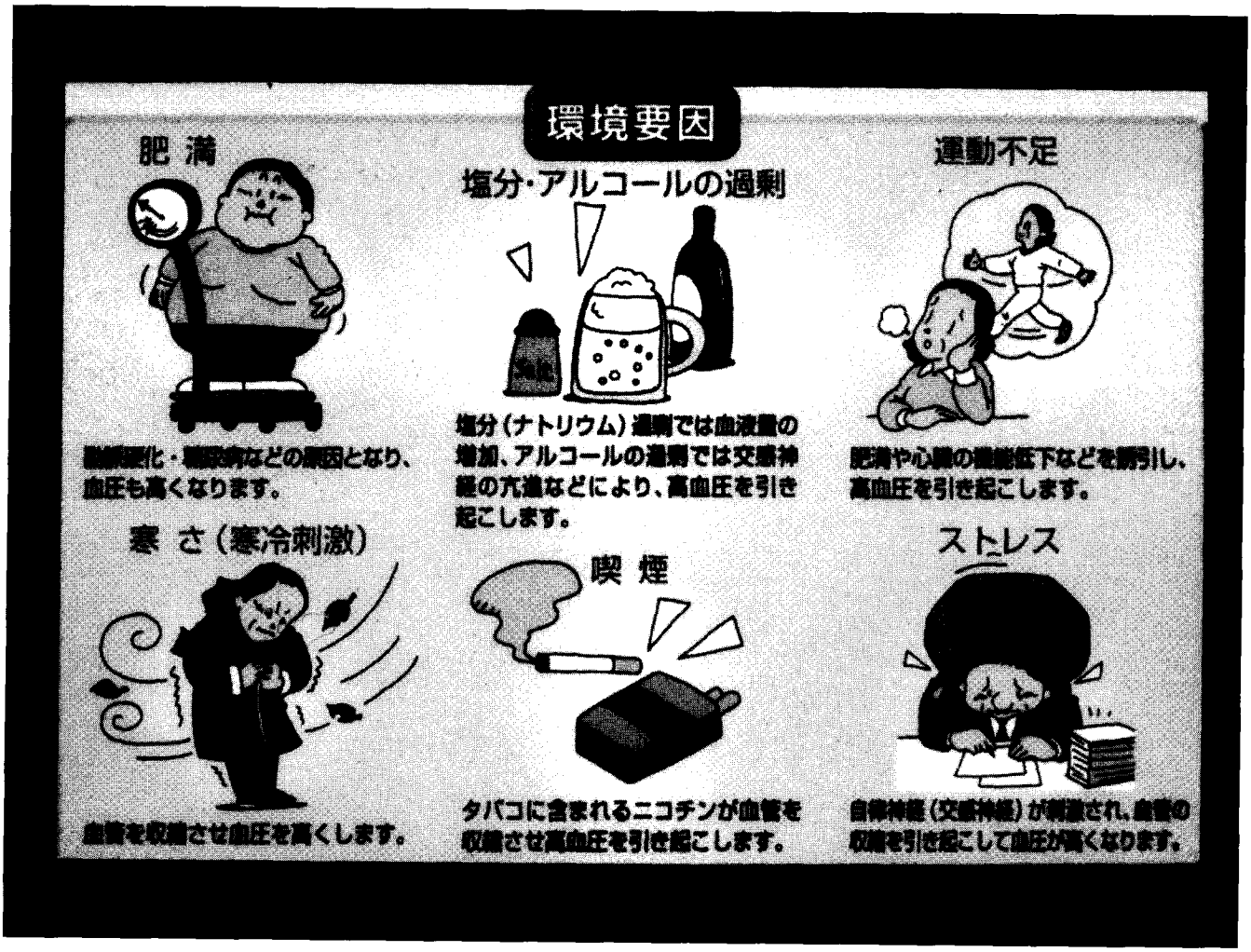
東京商工会議所

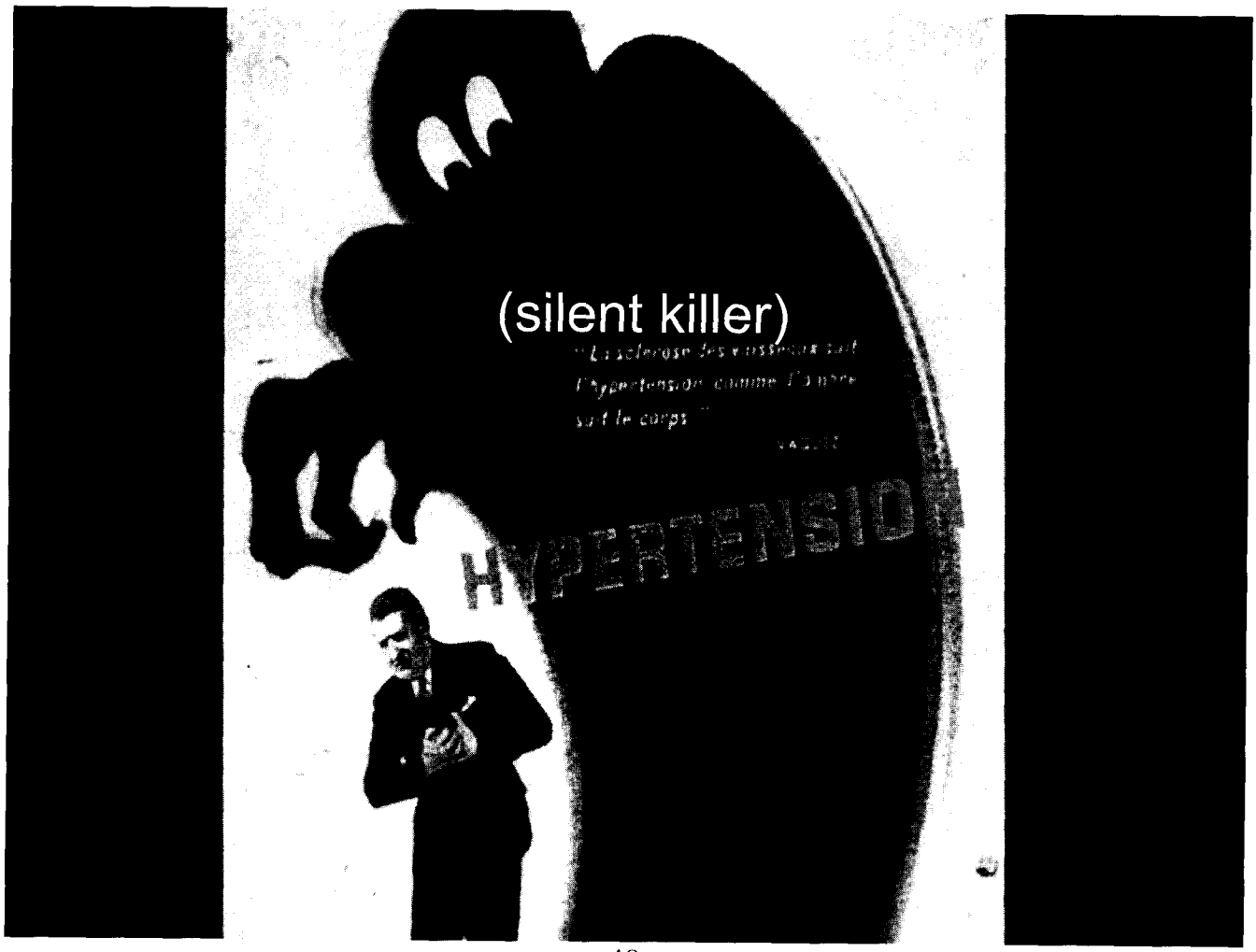
獨協医科大学循環器内科

松岡博昭

高血圧は生活習慣病のひとつ




環境要因
肥満
塩分・アルコールの過剰
運動不足
塩分（ナトリウム）過剰では血液量の増加、アルコールの過剰では交感神経の亢進などにより、高血圧を引き起こします。
寒さ（寒冷刺激）
喫煙
ストレス
タバコに含まれるニコチンが血管を収縮させ高血圧を引き起こします。


(silent killer)

家庭血圧、24時間自由行動下血圧の高血圧の基準

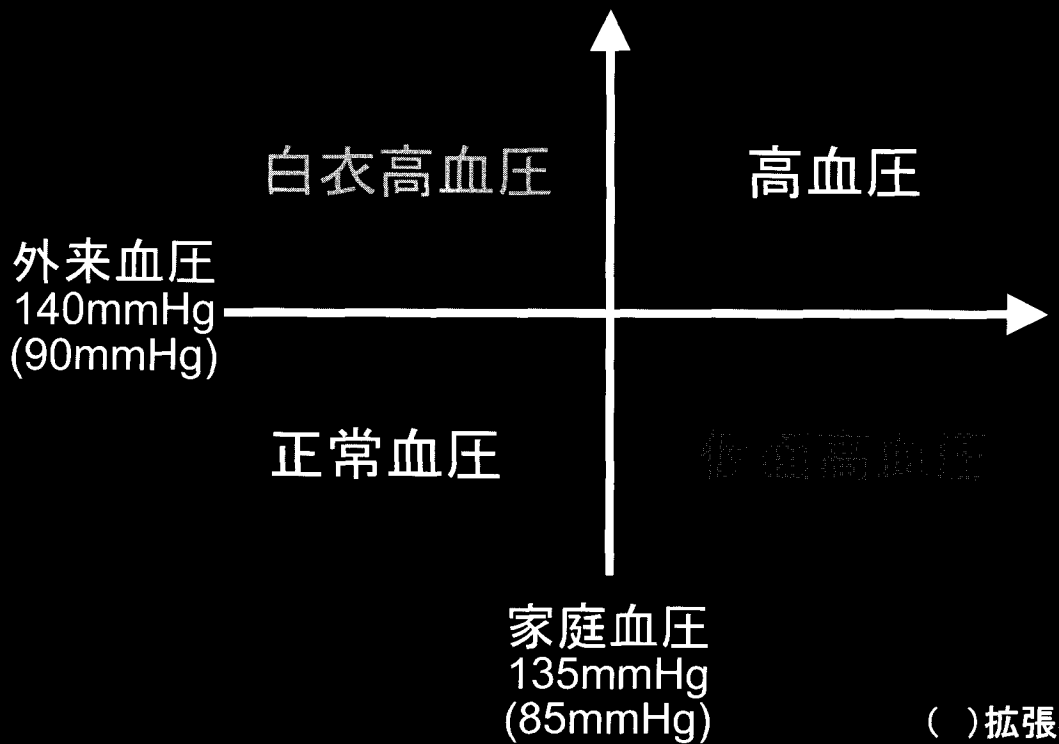
JSH-2004

(外来血圧≧140/90mmHg)

- 家庭血圧≧135/85mmHg
- 自由行動下血圧(24時間)≧135/80mmHg

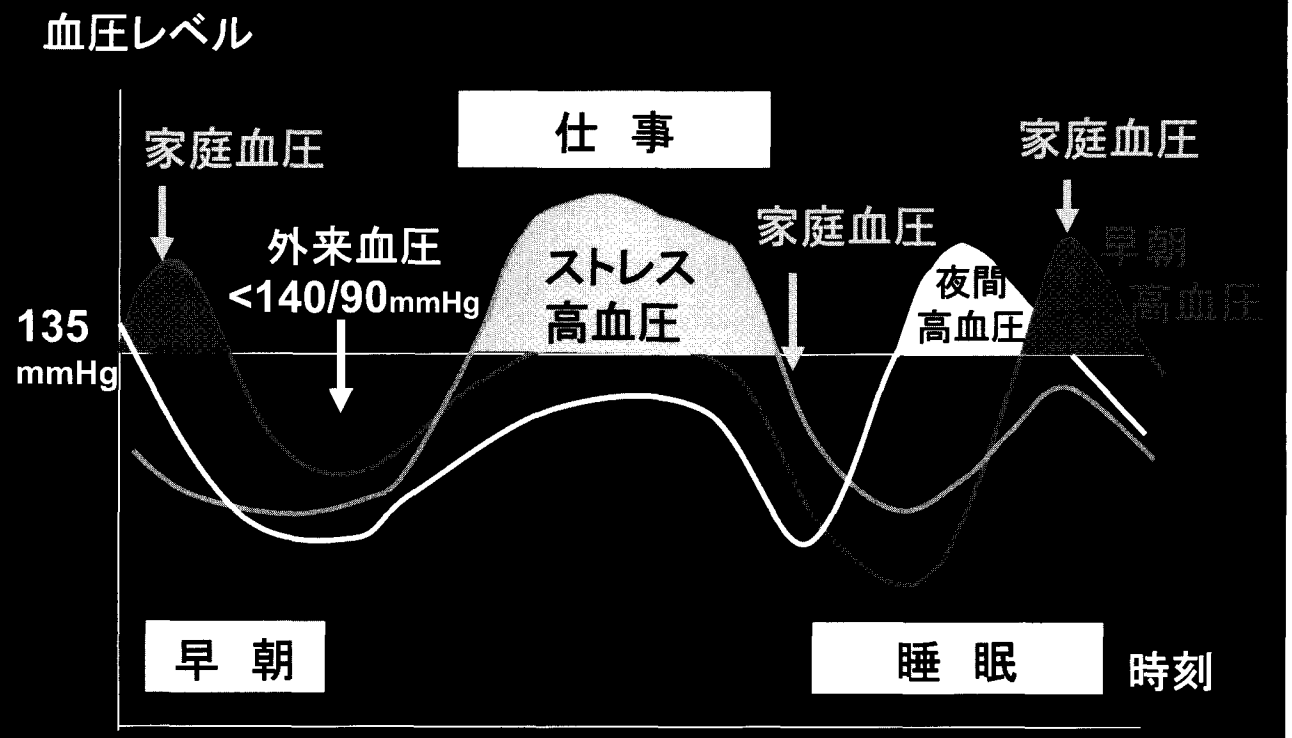
外来血圧よりも家庭血圧や自由行動下血圧のほうが心血管の臓器障害やイベントの予知に優れている

家庭血圧からみた高血圧の種類



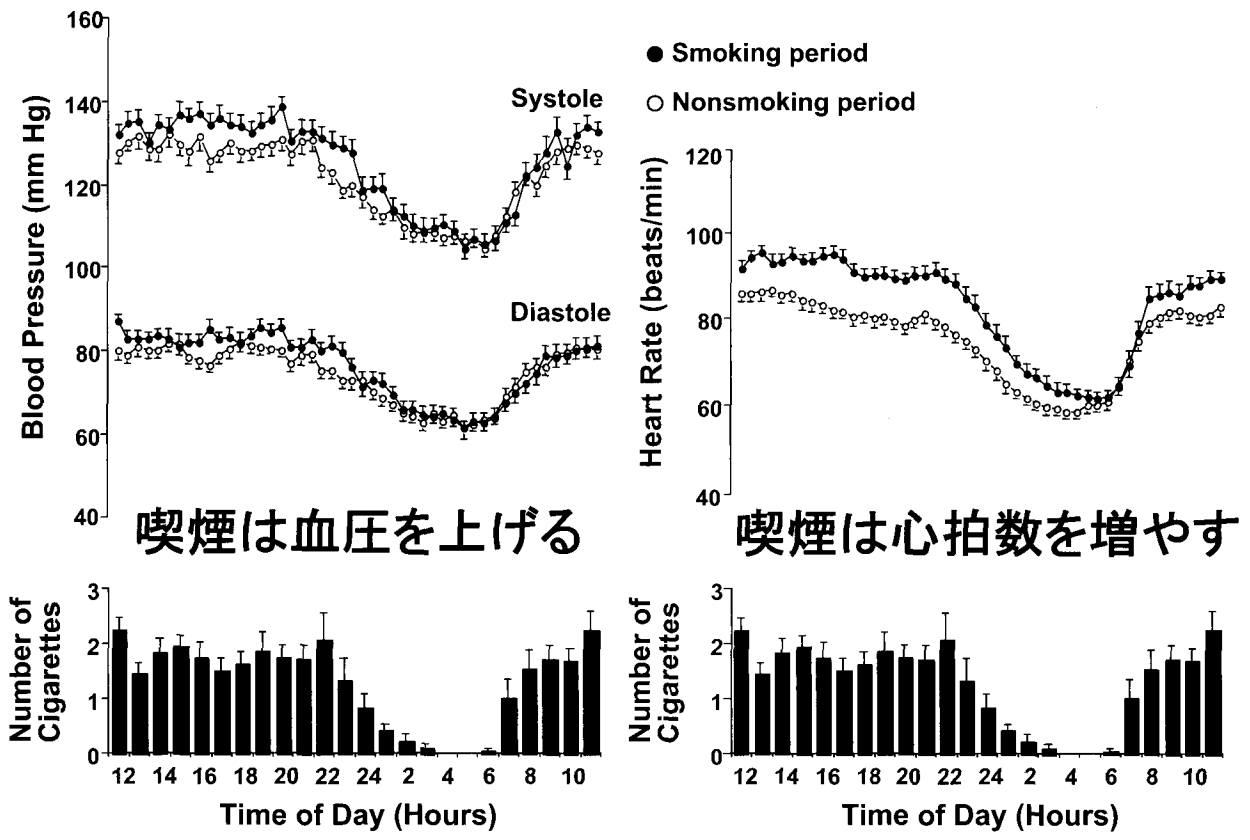
( )拡張期血圧

仮面高血圧の表現型



Kario K. Clinician's Manual on Early Morning Risk Management in Hypertension, Science Press, London, 2004.

1週間禁煙すると日中の血圧は 5/3mmHg 低下する
(Kaplan's Clin Hypertens, 8th Ed)



家庭血圧の測定

- 白衣高血圧や仮面高血圧の診断に有用
- 生活習慣と血圧の関連を自覚
- 降圧薬の効果の持続を評価
- 自身の治療参加意識が高まる
- 治療コンプライアンスが高まる
- 予後予知能に優れているとの報告

健保組合の保健事業と疾病管理への期待

健康保険組合連合会　　椎名正樹

２００５/９/２９

１．健保組合の現状

○事業主と被保険者の代表によって運営される公法人

○業務外の疾病、負傷などの保険給付（健康保険法）

○単一組合（単一企業、企業グループ）、総合組合（同種同業企業）

○最近の財政状況

・平成14年度まで5年連続赤字、平成15年度から小康状態

（14年度　「三方一両損」改革）

・財政悪化の原因

保険料収入の減少（被保険者数・標準報酬月額の減）

拠出金（老健・退職者）の増加

・健保組合数　　1817組合（平成７年）→1584組合（平成17年）

2. 健保組合の保健事業

○「健康教育、健康相談、健康診査その他必要な事業」

→努力規定（健康保険法、健康増進法→健康増進事業実施者）

○保健事業費（対保険料収入比）

・7.3%（平成6年度）→4.9%（平成16年度）

○保健事業の内容（平成14年度調査）

・人間ドック・成人健康診査、健康教育、健康相談、心の健康づくり、
ウォーキング等のキャンペーンなど

○最近の動向（過去3年間）

・拡充　　心の健康づくり、健康づくりのキャンペーン、健(検)診後の保健指導など

・縮小　　保養所の運営、スポーツ大会など

・「健康日本21」への取り組み（24.8%）

3. 保健事業の課題

○健保組合によって内容、取り組みはさまざま

・お金、人、ノウハウの問題

○メニューは多く、さて「評価」は？

○健(検)診事業（人間ドック、成人健康診査など）

・「やりっ放し」になっていないか（健(検)診後の保健指導）

・「安かろう、悪かろう」健(検)診の選別（要精検率、要治療率）

・健(検)診項目、基準値、間隔などのエビデンス（間口広げ過ぎ？→絞り込み）

○効率的、効果的な保健事業　　医療費の適正化

・レセプト情報、専門職の活用

○事業主（労働安全衛生法）との連携・協力

○地域（自治体、他の保険者）、他団体との連携・協力

4. 疾病管理への期待

○組合の実情に応じた「複数モデル」の提示
→保健事業の再構築

○エビデンス、とくに「QOLの確保」と「医療費の適正化」

○産業保健との新たな関係の構築

○ライフサイクルを通じた切れ目のないシステム

政管健保の保健事業について

社会保険庁　医療保険課長
武田俊彦

政管健保の保健事業について

(1)生活習慣病予防健診

	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度
検査費 (単位:億円)	548 (2.2%)	559 (2.0%)	450 (▲19.5%)	434 (▲3.6%)	414 (▲ 4.8%)
一般健診実施者数 (単位:千人)	3,166 (3.3%)	3,196 (0.9%)	3,231 (1.1%)	3,137 (▲2.9%)	3,479 (10.9%)
事後指導実施者数 (単位:千人)	407	432	448	451	502

(注)40歳以上の被保険者の実施者数／40歳以上の被保険者数＝27．7%
(平成16年度実績)

(2)健康づくり事業

○ 一次予防を中心とした健康づくり事業の推進[平成15年4月～]

・ 生活習慣病の予備軍及びその治療を行っている者に対して、保健師、健康運動指導士による運動等の生活習慣改善のためのプログラムの作成及び1ヶ月1回程度のフォローアップを原則6ヶ月間にわたり行う。事業の実施に当たっては、必要に応じて健康スポーツ医等の助言を得るよう、医療機関と提携。

一次予防を中心とした健康づくり事業の実施状況　(件)

	健診結果等に基づく実践者		療養計画書に基づく実践者		合計	
	プログラム作成	フォローアップ	プログラム作成	フォローアップ	プログラム作成	フォローアップ
平成15年度	127,253	561,125	63	98	127,316	561,223
平成16年度	167,951	772,899	115	137	168,066	773,036

保険者による保健事業の概要

※保険者による保健事業は保険給付として行われているものではない。　(平成１４年度)

	具体的事業	事業規模(注1)	加入者数	一般健診受診率
政管健保	・生活習慣病予防健診検査の実施 ・生活習慣病予防健診検査の結果等に基づく保健師による事後指導、社会保険センター等を活用した一次予防を中心とした健康づくり事業 ・主に保険料により費用を負担	約553億円 (0.74%)	3,630万人 (被保険者 1,920万人 被扶養者 1,710万人)	被保険者 25.6% 被扶養配偶者 2.2%
組合健保	・各健康保険組合が一般健診、人間ドック等の健診、健診後の保健指導、ウォーキング等の体力・健康づくり、メンタルヘルス等の心の健康づくり等を実施 ・健康保険組合連合会が、共同事業として各健康保険組合の事業所等に保健師を派遣 ・主に保険料により費用を負担	約2,040億円 (3.30%)	3,070万人 (被保険者 1,500万人 被扶養者 1,580万人)	被保険者 76.3% 被扶養者 8.6% (注2)
国保	・各保険者が健康づくり推進事業、健康指導事業等を実施 ・各保険者の創意工夫が生かせるよう、国保ヘルスアップモデル事業をはじめ、国で様々な補助メニューを用意 ・主に保険料により費用を負担	約422億円 (0.43%)	4,990万人	―――― (注3)

注1　事業規模欄における金額は、平成１４年度における保健事業（施設事業等を除く）の額及び各保険者における支出総額に占める当該額の割合。
政府管掌健康保険の数字は平成１４年度における予算上の数字。

注2　「平成１４年度健康保険組合の保険福祉事業について」
被保険者については２９１組合、被扶養者については８２組合を対象に算出した平均受診率。

注3　国保については、各保険者において対象年齢等が異なること等から、受診率の集計はない。

3 生活習慣病予防健診事業

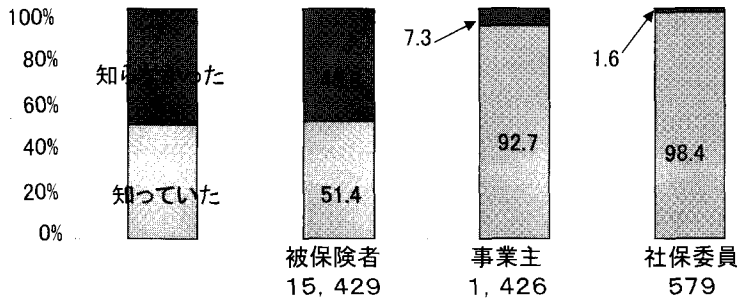
設問

政府管掌健康保険では、生活習慣病の予防や健康的な生活を送っていただくため、35歳以上の方を対象に、生活習慣病予防健診を実施していますが、ご存知でしたか。

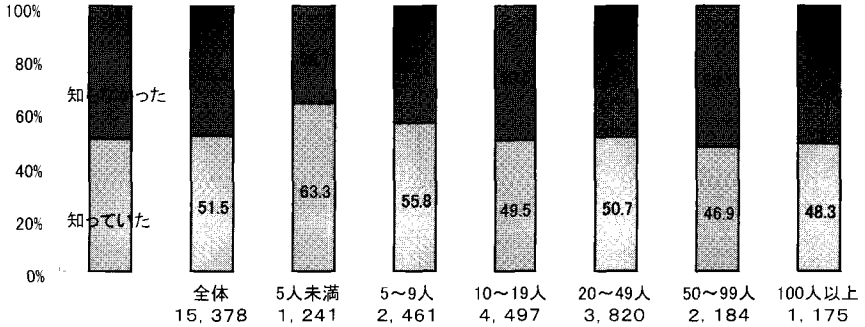
事業実施状況（平成15年度決算ベース）
- 一般健診 ： 実施者数 314万人（検査費用 420億円）
- 乳・子宮がん検診 ： 実施者数 6万人（検査費用 2億円）
- 肝炎検査 ： 実施者数 19万人（検査費用 4億円）
- その他健診 ： 実施者数 14万人（検査費用 7億円）

（生活習慣病予防健診事業）

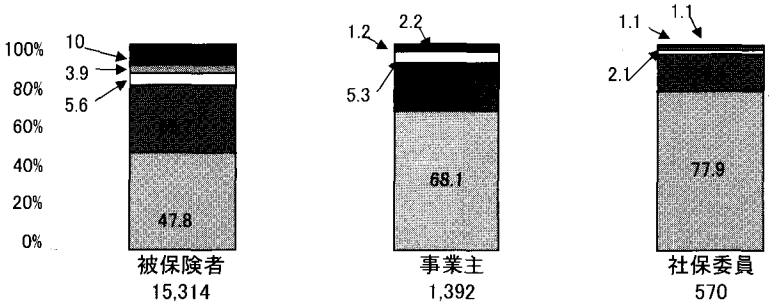
①事業に対する認知度



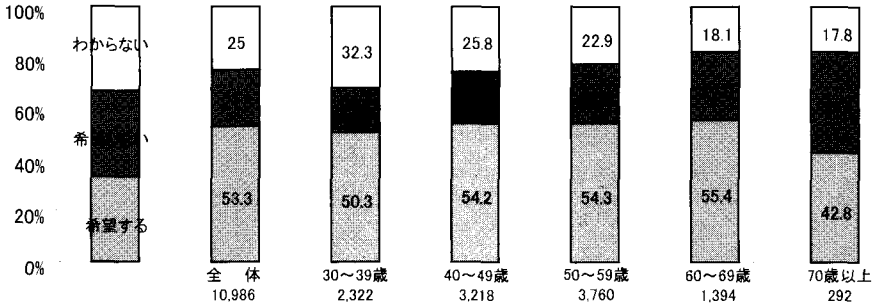
①－2事業所規模別認知度（被保険者）



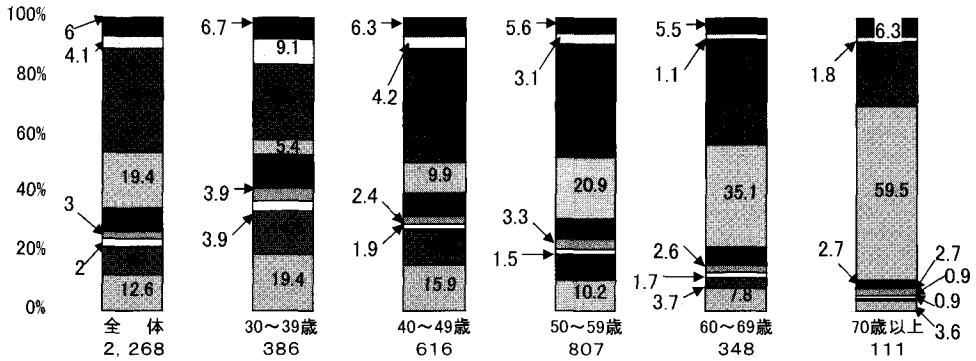
② 事業の必要性



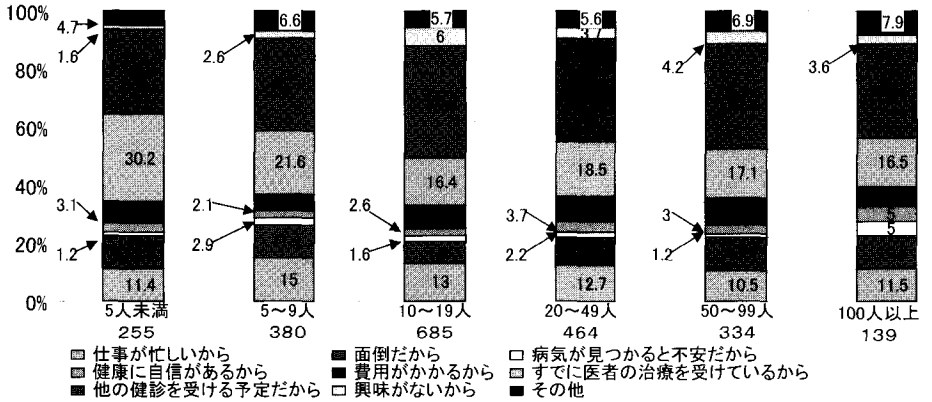
③ 健診の受診希望（被保険者30歳以上）



④ 健診を希望しない理由（被保険者30歳以上）



④－2健診を希望しない理由（被保険者30歳以上事業所規模別）



4 生活習慣改善指導事業

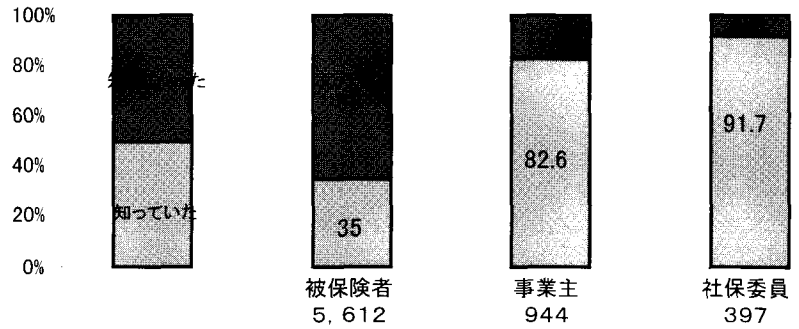
設問

政府管掌健康保険では、生活習慣病予防健診の結果に基づき、日常生活に注意を要する方等を対象として、保健師の事業所への訪問による生活習慣改善指導を実施していますが、ご存知でしたか。

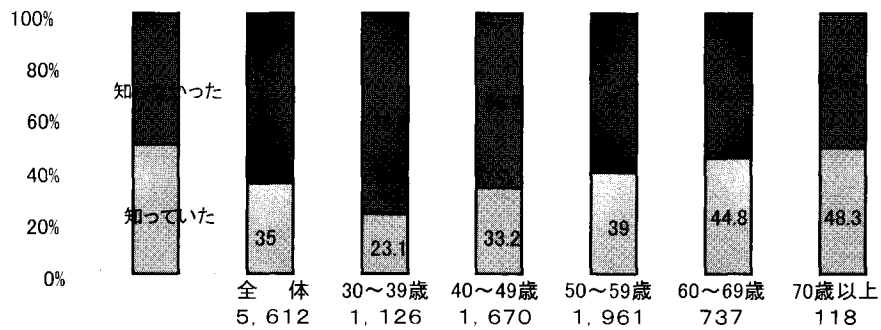
事業実施状況（平成15年度決算ベース）
・実施者数　45万人（社会保険健康事業財団に委託して実施　50億円）

（生活習慣改善指導事業）

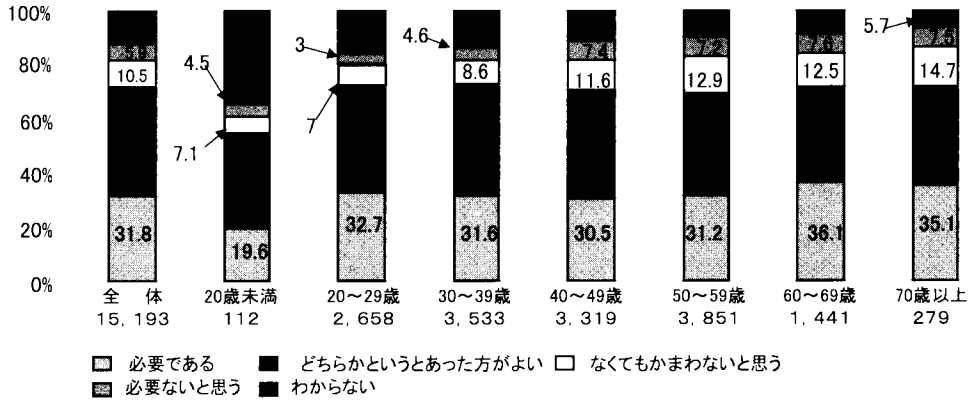
① 事業に対する認知度



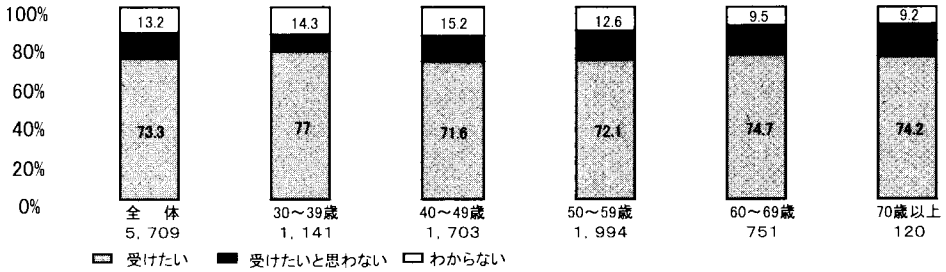
①－2 認知度（被保険者）



② 事業の必要性（被保険者）



③ 改善指導受診希望（被保険者）



5 一次予防のための健康づくりプログラムに基づく指導事業

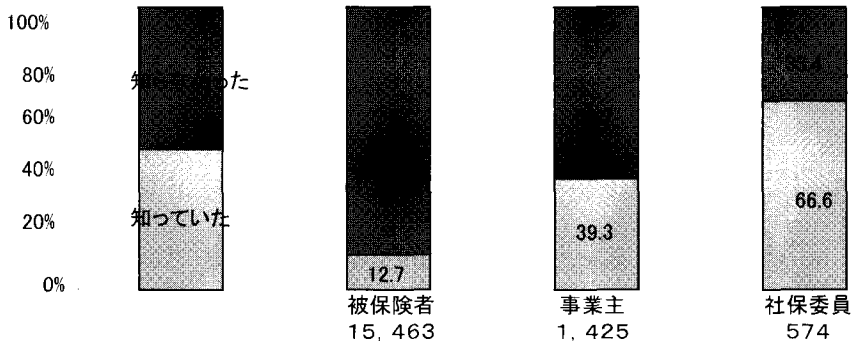
設問

生活習慣病予防健診の結果や医師から生活習慣の改善が必要とされた方等を対象として、社会保険センター等において、一次予防のための健康づくりプログラムに基づく指導（生活習慣病を予防するための、保健師や運動指導士による運動、喫煙、飲酒、栄養等の生活習慣の改善のためのプログラムの作成及び指導）を実施していますが、ご存知でしたか。

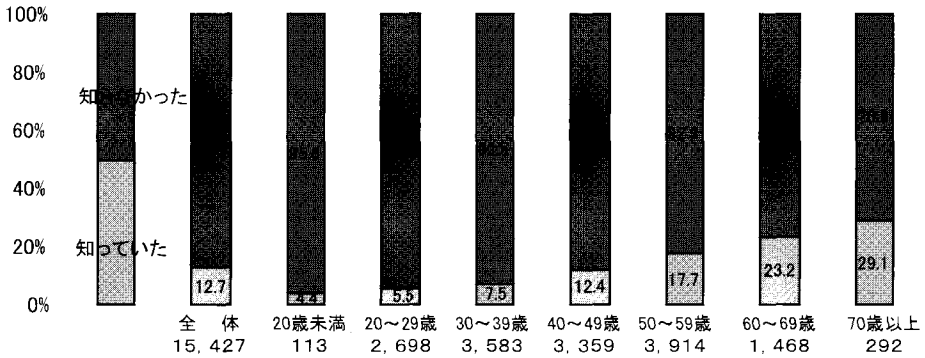
事業実施状況（平成15年度決算ベース）
- 生活習慣の改善のためのプログラム作成者数（延べ） 15万人
- 実施施設数　全国97ヶ所　（14億円）

（一次予防のための健康づくりプログラムに基づく指導事業）

① 事業に対する認知度

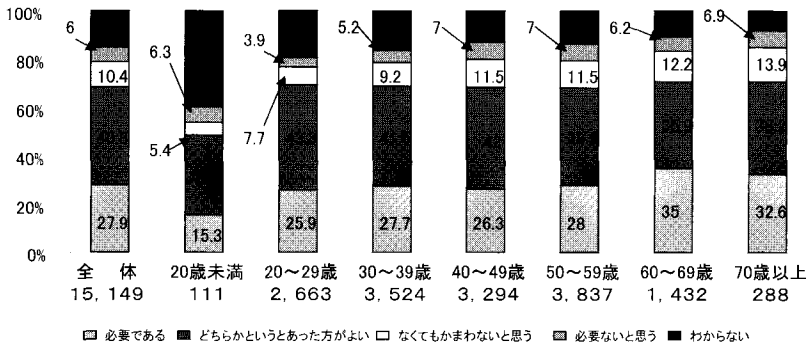


①－2 認知度（被保険者）

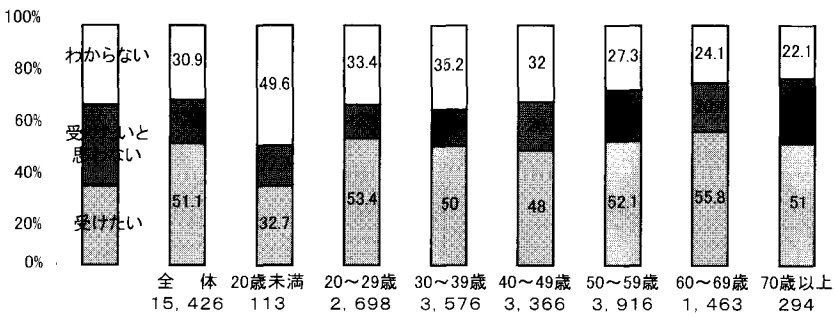


（一次予防のための健康づくりプログラムに基づく指導事業）

② 事業の必要性（被保険者）



③ 指導受診希望（被保険者）



損保ジャパン記念財団叢書 No.71

第2回 欧米のヘルスケアビジネスおよびディジーズ・マネジメント研究会シンポジウム

今日求められる健康自立支援サービス

－生活習慣病のセルフコントロール支援とサービス効果の追求を目指して－

発行日：平成 18 年 1 月 31 日

発行者：財団法人損保ジャパン記念財団

〒160-8338 東京都新宿区西新宿1－26－1

電話 03-3349-3502　　FAX 03-3349-4065

URL　http:///www.sompo-japan.co.jp/foundation