情報ボックス

さまざまな政策やプレーヤーを自治体レベルでインテグレートすることが大事

筑波大学と日本医療政策機構が予防と健康づくりをテーマにシンポジウムを開催

筑波大学と日本医療政策機構（代表理事＝黒川清・内閣府特別顧問，政策研究大学大学院教授。ＵＲＬ＝http://www.healthpolicy-institute.org/ja/）は昨年11月15日，「21世紀のウエルネスとイノベーション」と題するシンポジウムを開催した。この日は，厚生労働省前事務次官の辻哲夫氏ら３人の基調講演とともに，３題のシンポジウムが行われた。基調講演とシンポジウム１「予防による健康づくりの社会的意義を考える」については，本誌12月号本欄にて既報の通りだが，ここではシンポジウム２「健康づくりと社会保障制度の連関を考える」とシンポジウム３「予防による健康づくりのフロンティアとは」の２題のもようを紹介する。

まず，シンポジウム２「健康づくりと社会保障制度の連関を考える」では，司会を務めた慶應義塾大学経済学部教授の駒村康平氏が議論に先立ち，「あるアンケートで医療費が増大した場合の財源について聞いたところ，国民は税での対応を求めていた」「また本人の努力で予防できる生活習慣病については，患者負担を重くすべきであるという意見に半数以上の人が賛成していた」などとし，予防と医療を制度上，明確に分ける必要性について示唆した。

続いて，日本経済新聞社論説委員の渡辺俊介氏が，医療制度改革大綱が示された背景を説明。「実は，2003年頃から経済財政諮問会議や財務省らが，風邪や腹痛などを保険適用から外すべき，医療費伸び率管理制度を導入すべき，診療報酬をとにかく削減すべきといった粗雑な意見を出していた。それに対応するため，厚生労働省は2005年10月に大綱を出した。そして，とりあえず厚生労働省案を飲んだ。だが，諮問会議は自らの案を取り下げたわけではない。推移を見守っており，再び同じことを言い出すはず」と警告を発した。また，医療保険者に健診・保健指導を義務づけた点については，「厚生労働省案のもとにあるのは，そのベースに保健活動があった長野モデルだ。それはそれで正しいのだが，都市部にはあてはめられない。そこで，その部分を保険者にやらせるのがこのシステムだ。しかし，（後期高齢者医療制度への支援金の加算・減算措置という）アメとムチだけでは，うまくいかない。ある健保では支援金が10億円であり，加算・減算措置の10％というと１億円になり，真面目に保健事業を行うと３億円かかるため，それならば（保健事業をやらずに）１億円を支払ったほうがましだと言っている。したがって，長野モデルなどの分析をきちんと行い，何が効くのかはっきりさせ，うまく展開しなければならない。そうしないと，再び粗雑な諮問会議案が浮上してくる」と警戒感を示した。

また，日本医師会常任理事の今村聡氏は，特定健診・保健指導について，「厚生労働省は，介入により予備群からの発症者を減らすなどの“糖尿病予防のための戦略研究”（J-DOIT）を行っているが，エビデンスがない中で制度を進めており，順番が逆だ。新しい制度では健診（検診）の主体も不整合で，検証も不十分だ。従来から積み上げてきた市町村の上乗せ健診もなくなる恐れがある」などと指摘する一方，課題として予想される未治療者や中断者への対策に関し，「健診結果により要医療者や未治療者を受診にきちんと結びつける役割が医師会にはある。現在，そうしたシステムを構築中」と述べた。

一方，産業医科大学教授の松田晋哉氏は，「医療を医療の枠組みの中だけでなく，社会保障として考えるべき。その中で健康づくりを考える必要がある」と指摘。そして，特定健診・保健指導に関しては，「５Ｗ１Ｈ（いつ，どこで，だれが，なにを，どのように等）が不明確。とくに，40～50歳代へのアプローチは企業・健保はできるが，自営業者が対象の市町村国保では実際問題，対応できない。そこで北九州市では，医師会が特定健診をし，加入者が好きなときに保健指導を受けられるシステムを模索している。診療所を使って20分程度の初回面接を行い，うまくいっている。生活習慣病対策を行っても，多くの人は生活習慣病になるのが現実だ。したがって，プライマリケアにつなげることが重要。だから，北九州市では，医師会があたっているのだ」と解説。加えて，「予防→治療→福祉へという流れは必然であるため，高齢になって自分に代わってマネジメントしてくれる存在が必要となる。それがかかりつけ医だ。だからこそ，北九州モデルを成功させなければいけない」と述べた。また健康づくりの考え方に論及し，「健康づくりは医療費適正化に有効かという質問がよくなされるが，健康づくりを医療費適正化に用いるのは基本的に間違い。医療費への直接的な効果よりも，間接効果を考えるべき」と強調した。その上で，まずは高齢者の定義を65歳から75歳に上げるべきと提案。「そうすれば，働く機会を設ける

ことになり，さらに健康づくりは高齢者が健康的に働くための健康投資と考えることができる。そう考えれば，健康づくりは意味がある。70歳くらいまで働ける社会をつくることができれば，社会保障の面でもプラスに作用するはずだ」と自論を展開した。ただし，「いくら健康づくりをして元気になっても，自宅に帰ると生活不活発により閉じこもってしまう。まちがシャッター街では意味がない。高齢者が外出できるような，健康なまちづくりがなされていなければ，効果は出てこない」と前提条件についても解説した。

日本経済団体連合会経済第三本部長の今井克一氏は，加算・減算措置について述べ，「ある企業・健保では，朝夕の歯みがきの奨励により，歯科関係医療費を2億円も減少させた。将来的に，加算・減算の幅をもっと拡大させる必要がある。こうした取り組みは，それぞれの健保などの自助努力で実施されるべきで，公的保険とはちがう枠組みで担われるべきだ」とし，健康づくり部分の費用は税金でもなく，公的保険料でもない財源を用いるべきとの見解を示した。

また，損保ジャパン・ヘルスケアサービス代表取締役の小澤正彦氏は，一納税者の立場から，納税者の責務の不足，マクロ的議論のなさ，企業側の認識不足，健保の人材不足などの現状の問題点を指摘するとともに，「健康増進を応援するしくみとして，（健康づくりをした場合の）健康貯金や相続税の減免などのインセンティブが必要ではないか」とアイデアを述べた。

自由民主党参議院議員の林芳正氏は，「社会保障をセーフティネットとして残すには，持続性が大事になる」とした上で，「医療保険で見る“健康”もあるが，食育やスポーツなど境界線上あるいはその外側の政策で見るべき“健康”もある。そうした考え方も必要だ」などと述べ，健康寿命を伸ばす個人や制度のあり方について論及した。

民主党衆議院議員の古川元久氏も，「病院が患者を遺棄するまでに日本の医療は崖っぷちに立っている。医療制度は一度壊れると立て直すのが大変だ」とし，制度の持続可能性について賛同した一方，「現政権の医療費推計は雑だ。過去の加重平均をもとにしているだけ。この病気が今後これだけ増えるからこうなると専門家が推計した数字でないものをもとに，それを何%減らすべきだなどという議論に意味があるのか」と指摘した。また，「一般市民は頭痛や肩こりになれば，マッサージに行って対処したりする。そういうものも含めて健康管理なのではないか。国民にとって大事なのは，医療費をやみくもに減らすことではない。そうした対処をすることで，仕事などがはかどることだ。医療や健康管理にかかるコストよりも，その人が元気で長生きをしたことによるベネフィットのほうを考えるべき。長生きをして社会貢献をするというメリットや，ベネフィットを出す環境をつくることをむしろ考えるべきだ。そのために医療保険があるのだ」と述べ，昨今の「医療にかかるな」という風潮に釘を刺した。その上で，「まだマクロで医療費を削減する段階ではない」との見解を示し，「民主党ではグッド減税・バッド課税という仕組みを検討している。健康環境にデメリットを与えるものに多く課税し，いいことには減税をするインセンティブを与えるものだ」と説明し，その考え方を披露した。

特定健診・保健指導や保険者のあり方についての議論では，松田氏が「医療費面の効果は未知数ながら，体重なら評価できるとして始まった特定健診・保健指導の健康づくりプログラムは，国民がいいものと認識し受け入れられれば続くが，保険料で賄ってほしくないと思われれば，なくなるかもしれない。また、仕事などをする上で健康へのリスクを減らすことがプラスと思える人は改善するが，そう思わない人はそうならない。これらを一緒にしてマクロで見ても意味がなく，評価方法を考えなければいけない」とした。加算・減算措置については，それがインセンティブになるのかどうかという議論に至り，「政管健保への国庫支援を減らし，その分を組合健保から出すという話もあるが，それよりはずっといい」といった林氏の発言に対し，渡辺氏が「評価方法や評価機関が定まっていない中では早計ではないか」と指摘。これに対し林氏はさらに「どこかの保険者がやってみてベストプラクティスを導き出し，ベンチマークでなぜ他の組織でできないのかを議論できる手法を編み出すプロセスも大事だ」などと反論した。また，市町村国保や政管健保がお荷物扱いされている現状を踏まえ，古川氏は「国保や政管健保抜きに議論をすべきではない。昔は国保加入者は自営業者が多かったが，現在は無職者が多くなっている。保険というのは保険者機能がしっかり働いてこそ意味がある。民主党では100万人規模の生活圏で保険をつくり，その機能を強化する案を検討している。そうした再編がやはり必要だと思う。国会でも議論しているが，それがなかなか難しいのが現状だ」などと述べた。

多くの企業がテクノロジーや知恵を持って参入すべき

続く，シンポジウム3「予防による健康づくりの

フロンティアとは」では，筑波大学大学院人間総合科学研究科准教授の久野譜也氏が司会を務め，健康づくりに必要な基盤などについて議論した。

新潟県見附市長の久住時男氏は，まず久野氏が経営する株式会社つくばウエルネスリサーチの支援を受けて実施する健康づくり活動を紹介。「2,000人が参加する運動教室を展開しているが，正職員はわずか3人。マットと椅子だけでできる運動で，参加者の継続性も高く，地域経営の面からも効率的だ。ただし，40～50歳代の参加が弱く，退会者対策も必要なので，復帰させる仕組みや，スーパーマーケットなどでデモンストレーションをする“メタボレンジャー”などによる啓発，夜間の教室も行っている」などと説明した。そして，「多くの企業がシニアにも使えるテクノロジーや知恵を持って保健行政に入ってくるべき。そうすれば，世界にも打って出ることができる」とした。

また，アパレル大手のワールド健康保険組合専務理事の安倍孝治氏は，健保経営とマネジメントについて論及。健康経営の考え方，すなわち元気な家族と従業員が会社を元気にするヘルシーカンパニーの考え方を健保や会社が取り入れる必要性を説いた。そして，企業が社員のために環境をつくる，健康づくりが大事な事業であると会社が認識する，戦略的に“健康”を普及させる，経営者の理解を促進する，産業医や保健師，アウトソーシング先などを育成する――といった健保マネジメント論があってしかるべきと強調。「健保は公法人なので，常務になったら強制的にマネジメント論を受けさせるなどの対応が必要だ」とした。

一方，九州大学大学院医療システム学教授の信友浩一氏は，「健康づくりというと人を指導しようとするが，人を変えるのは環境である」と指摘。「そのため，外出したくなるまちづくりなど，環境に手を掛けることが大事だ。たとえば，寄り合いの場としての温泉場をつくったところ，国保加入者の医療費が減ったという事例もある」と強調した。そして，「それには，ペイシェント（患者）とペイヤー（納税者，健康な人など）にも参画してもらう必要がある。専門家はエビデンス（科学的根拠）に頼るが，それだけではなく，アートベースドメディスンが重要。大事なのは，首長が専門家に任せず，それらのステークホルダーが集まれるラウンドテーブルを用意することだ」と訴えた。

大塚製薬専務執行役員の攝津浩義氏はヘルスケアカンパニーとして，血圧などの指標に該当する社員の割合を現状の13％から10％へ減らす取り組みなどについて，またインテル株式会社代表取締役共同社長の吉田和正氏はエンドユーザーのためにさまざまな機器やメニュー，規格を標準化し，同じテーブルに載せるなどの基盤整備の必要性について，それぞれ述べた。

さらに，新エネルギー・産業技術総合開発機構企画調整部長の橋本正洋氏は，これまでの病院経営者や健保関係者に経営感覚がなかった点を指摘するとともに，「欧米の論文を検索すると，ヘルスケア・イノベーションに関するものが非常に多いが，日本は少ない。日本は規制が多く，議論できない点が問題だ」などと指摘した。このほか，橋本氏は，「健康に関しては，ハピネスなどの指標も研究すべきではないか」などと提案した。

今後の健康づくりについての議論のなかで，安倍氏は「健保はまず自分のところの分析をし，戦略を考えること。特定健診・保健指導に左右されず，社員を元気にするという目標に立ち返り，それに向かって行動することが重要」と指摘。また，配偶者の健康づくりやピンクリボン活動，保険者協議会などに参加した経験から，「行政はマネジメントが得意でない。保健部門に予算がなくても，企画部門にあったりするのだが，うまく活用されていない。現場から見て，それらの縦割りをつなぐ組織が必要」などと述べ，地域と職域の連携の必要性に触れた。橋本氏も，「さまざまな政策やプレーヤーを自治体レベルでインテグレートすることが大事。そうすることで，問題の多くは解決する。各地域で政策の壁をなくすことが何より重要」と語り，行政の役割に期待を寄せた。

労働者のプライバシーに配慮し腹囲の簡易測定を認める

厚生労働省労働基準局長名で都道府県労働局長に通知

厚生労働省はこのたび，労働基準局長名で「労働安全衛生規則の一部を改正する省令の施行及び平成10年労働省告示第88号（労働安全衛生規則第44条第3項の規定に基づき労働大臣が定める基準を定める件）の一部を改正する件の適用について」とし，都道府県労働局長に宛てて施行通知を行った。

これは，平成20年4月1日から医療保険者に義務付けられる特定健診の施行と，労働安全衛生法（以下，労安法）により事業者に義務付けられている定期健康診断等の健康診断項目との整合性を図る必要性などから，改正が行われたもの。

今回の改正では，労安法に基づく一般健康診断のうち，雇い入れ時の健診，定期健診，特定業務従事

者および海外派遣労働者の健診（以下，定期健康診断等とする）が対象となる。そして，以下の内容について，関係者への周知徹底を図り，その運用に遺漏なきことを求めた。

通知では，このたび新たな医学的知見が得られたことから，定期健康診断等の健診項目について，以下の通りに見直しを行ったことを改めて示した。

①腹囲の追加
②低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）検査の導入
③尿検査の必須化

また細部事項として，腹囲の測定については，腹部の露出といった行為において，労働者のプライバシーに配慮する必要があることから，簡易な測定方法――「着衣のままの測定」「および労働者による健診会場での自己測定」の導入を認めるとした。着衣のままの測定の場合については，実測値から1.5cmを引いた値が腹囲の検査値となる。なお腹囲は，これまで肥満の指標として用いられてきたBMIに代わる指標として位置付けられていることから，医師が労働者の状況を総合的に判断するための指標のひとつとしてBMIが用いられ，事業者がそれを勘案し，必要があると認めるときに適切な措置を講じることとなっていたのと同様の事後措置を，腹囲の値についても取り扱われるものと明記した。

併せて厚生労働省では，都道府県労働局長に宛てて労働基準局長名で，『「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針の一部を改正する指針」の周知等について』とし，通知を行った。この改正の要点である，

①小規模事業場の事業者が産業医の要件を備えた医師を共同して選任することとする小規模事業場産業保健活動支援促進事業の見直しに伴い，事業者が労働者の健康診断結果について意見を聴取すべきこととされる医師等について，地域産業保健センター事業等を活用することとしている当該部分を削除。
②今般の健診項目の追加にかかわらず，労働者の健康状態を把握し，適切に判断するためには，健診結果を総合的に考慮することが基本であることの明記。
③高齢者の医療の確保に関する法律の規定に基づく特定保健指導が新たに設けられたことから，労働安全衛生法66条の7第1項の規定に基づく保健指導を行う医師または保健師にその内容を伝えるよう働きかけるべきものとして，当該保健指導を追加したこと。

以上の改正後の指針について，事業者，関係機関等に関して周知を図ることを求めた。

新たに5疾病の診断を受けた人 男性のほうが割合高

厚生労働省が「第２回中高年者縦断調査」結果の概況を公表

厚生労働省はこのたび，全国の中高年者世代50～59歳の男女を対象にした「健康・就業・社会活動」についての縦断的な調査である「第２回中高年者縦断調査」（調査の期日：平成18年11月１日，URL＝http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/judan/chukou07/index.html）の結果の概況を公表した。なお，初年は平成17年度。

今回の調査で，健康が「良い」との回答（「大変良い」「良い」「どちらかといえば良い」を含む）は80.5%，「悪い」との回答（「どちらかといえば悪い」「悪い」「大変悪い」）は18.6%であった。なお，初年に「良い」と回答した人のうち，第2回の調査で「悪い」と回答した人は9.3%，逆に「悪い」から「良い」に変化した人は39.0%となった。

次に，第１回調査から健康維持の心掛けていること（複数回答）がある人で，第2回調査時に健康状態が「良くなった・変わらない（よい）」と回答したのは，「ストレスをためない」とした人が69.8%で最も高く，「適当な運動をする」「年に１回以上人間ドックを受診する」「適正体重を維持する」がそれぞれ69.4%であった。

医師から診断されている６疾病（糖尿病，心臓病，脳卒中，高血圧，高脂血症，悪性新生物）の有無の変化をみると，第1回に「なし」であった人のうち，第2回で「あり」になった人の割合は，悪性新生物を除く5疾患で，男性のほうが高くなっている。とくに，「高血圧」で男性6.9%，女性3.8%と差が最も大きく，次いで差が大きいのは「糖尿病」の男性2.8%，女性1.4%であった。

そこで，第２回の調査で新たに６つの疾病を診断された人で，喫煙を「やめた」人の割合は，６疾病において「なし」の人より「あり」のほうが高かった。とくに，「脳卒中」で喫煙を「やめた」とする人の割合は17.9%と最も高く，「悪性新生物」で12.9%，「心臓病」で8.8%という結果であった。

第２回の調査で新たに6つの疾病を診断された人の運動習慣についても，「始めた」人の割合は，６疾病において「なし」の人より「あり」のほうが高かった。疾病別では，「脳卒中」で運動を「始めた」人の割合は19.2%と最も高く，次いで「悪性新生物」で14.4%，「糖尿病」で14.0%であった。

（記事提供=株式会社ライフ出版社）

『衛生行政大要　改訂第21版』

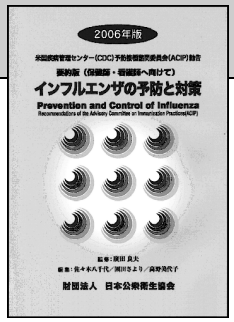
〈目次構成〉
【総論】 第１章　衛生行政の基本的な考え方　第２章　衛生行政制度の現状　第３章　社会保障制度
【各論】 第１章　保健および関連福祉　第２章　医療　第３章　薬事　第４章　生活衛生　第５章　環境保健　第６章　学校保健　第７章　労働衛生　第８章　国際保健

下田智久　編集
B5 判　285頁　定価 3,700円（税別）
ISBN978-4-8192-0198-8

保健衛生行政に従事している方々，これから志す方々および地域保健の実務に携わる方々のための保健衛生行政の現状と課題を概説したものです。本書は，昭和31年の初版から21版と版を重ねてきた，歴史ある書です。今回の改訂では，平成20年度から全面実施がはかられる医療制度の総合的改革について頁を割いております。

『2006年版　インフルエンザの予防と対策　要約版（保健師・看護師へ向けて）』

〈目次構成〉
「はじめに」　「不活化ワクチンの使用に関する勧告」　「インフルエンザに対する抗ウイルス薬の使用に関する勧告」　「【解説】季節性インフルエンザとパンデミック・インフルエンザ」



廣田良夫　監修
B5 判　33頁　定価 600円（税別）
ISBN978-4-8192-0199-5

（序文より）米国予防接種諮問委員会（ACIP）は，インフルエンザの健康影響やワクチンの有効性などに関する最新知見に基づいて，毎年「インフルエンザの予防と対策」と題する勧告を行っています。厚生労働科学研究費補助金，新興・再興感染症研究事業による「インフルエンザワクチンの分析疫学研究班（略称）」では，2005年からこの ACIP 勧告の翻訳出版を始めました。（中略）2005年の初出版以降，保健師・看護師の方々から「もっと簡易で読みやすいものを」という強い要望がありますので，このたび2006年版勧告の「要約版」を出版することしました。ACIP 勧告の中に記されているように，保健医療従事者はワクチンに関する正しい知識の普及と接種率の向上において，重要な役割を担っています。完訳版に併せてこの要約版を出版することで，より幅広い方々に最新の知識が普及していくことを願っております。（後略）

発行所　　財団法人 日本公衆衛生協会
160-0022 東京都新宿区新宿1-29-8　TEL 03-3352-4281　FAX 03-3352-4605
HP　http://www.jpha.or.jp　e-mail info@jpha.or.jp