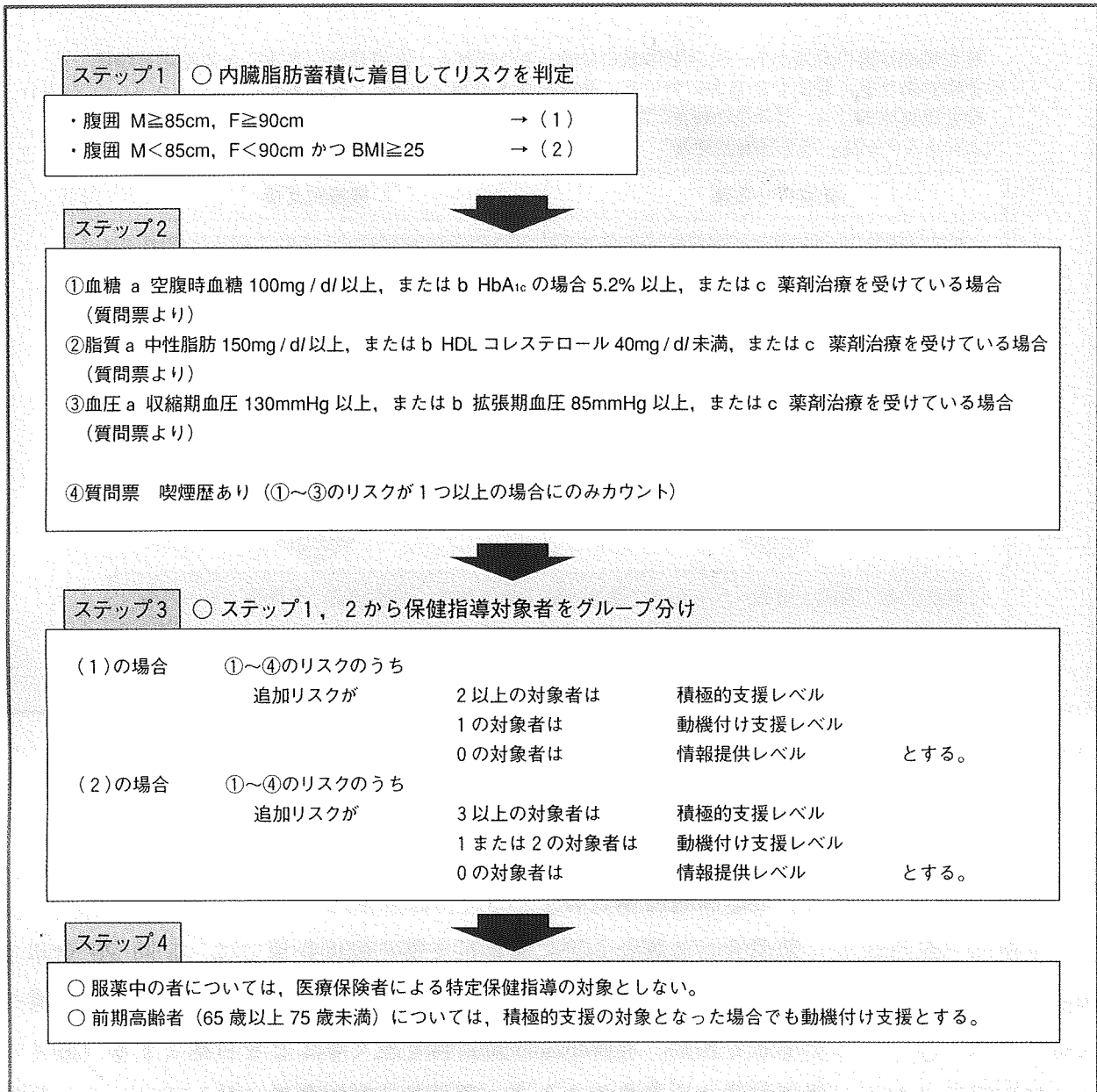
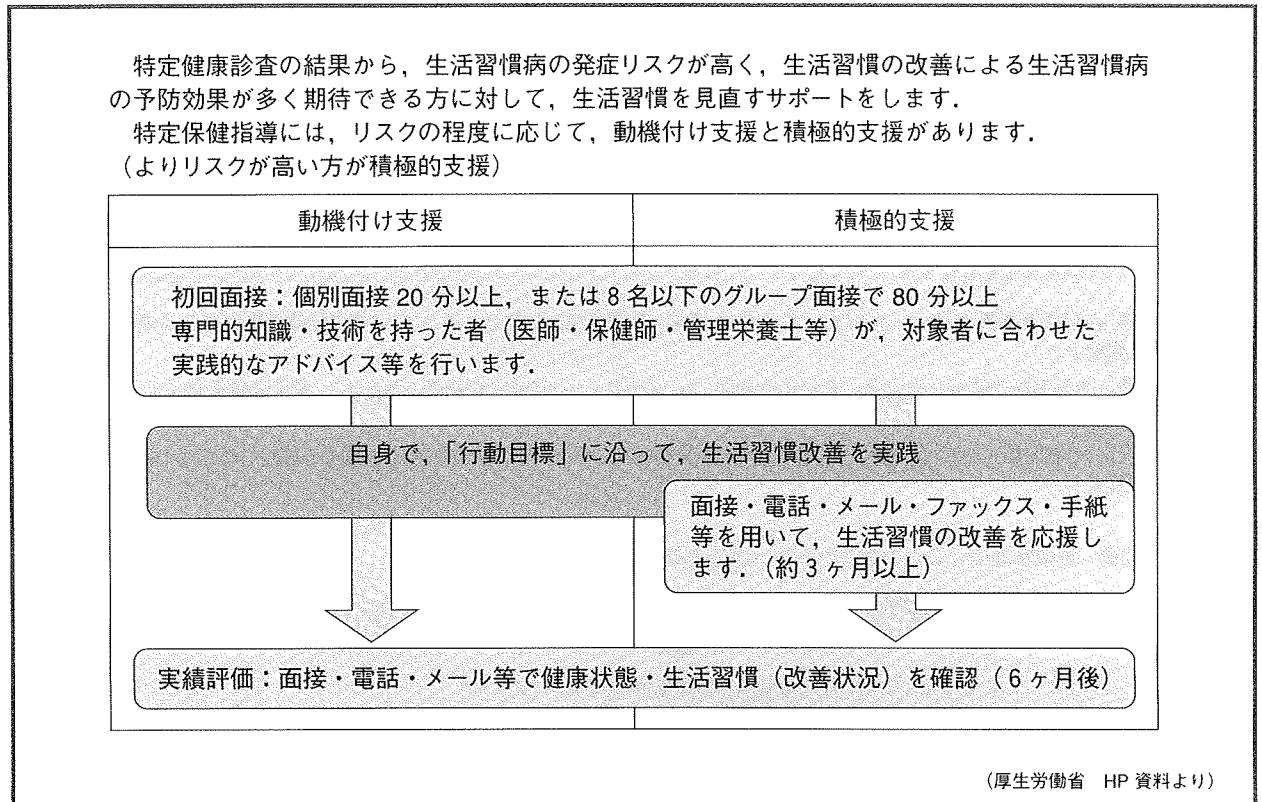


図3 保健指導対象者の選定と階層化



群を正確に把握したり, 保健指導対象者を選定する目的のため, どの検査機関で受診してもデータを比較, 集約可能でなければならない。測定方法の標準化や精度管理が重要であり, 検査機関では第三者評価を行い, 精度管理を適正に実施していることを示す必要がある。さらに, 事業実績の確認と評価を速やかに行うため, 健診データ電子化の仕組みが導入されている。

図4 特定保健指導とは



## 特定保健指導

### 1. 特定保健指導とは

動機付け支援ならびに積極的支援の初回指導では、1回 20 分以上の個別面接または 80 分以上のグループ支援を行い、生活習慣改善への意欲を高め、具体的な行動計画を立てることを目標とする（図4）。体重減量の必要性がより高い積極的支援対象者に対しては、3ヵ月間以上保健指導者が継続的にかかわり、行動目標の実現をサポートしていく。例えば、体重や歩数などの記録をつけ（セルフモニタリング）、指導者から励ましなどのフィードバックを行うことや、グループワークや運動プログラムなどの集団教室と個人面談の組み合わせることなどが効果的である。対象者の利便性を考え、メールや電話、文書などによる支援も継続のためには有効であると考えられる<sup>10)</sup>。

今回の制度では支援内容に対してポイントが定められ、保健指導投入量について客観的に表現するようになった（表4）。継続的支援では 180 ポイント以上になるようなプログラムを作成しなければなら

表4 積極的支援における支援形態のポイント数

支援形態	基本的なポイント数		最低限の介入量	上限
	5分	10分		
個別支援 A	5分	20 P	10分	120 P
個別支援 B	5分	10 P	5分	20 P
グループ支援	10分	10 P	40分	120 P
電話 A ・ e-mail, FAX, 手紙などにより, 初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け, それらの記載に基づいた支援	5分	15 P	5分	60 P
電話 B ・ 行動計画の実施状況の確認と励ましやできていることには賞賛をする支援	5分	10 P	5分	20 P
e-mail A ・ e-mail, FAX, 手紙などにより, 初回面接支援の際に作成した行動計画の施状況について記載したものの提出を受け, それらの記載に基づいた支援	1往復	40 P	1往復	40 P
e-mail B ・ 行動計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援	1往復	5 P	1往復	5 P

ないが、対象者の生活状況などを考慮し、脱落しにくい方策を検討しなければならない。

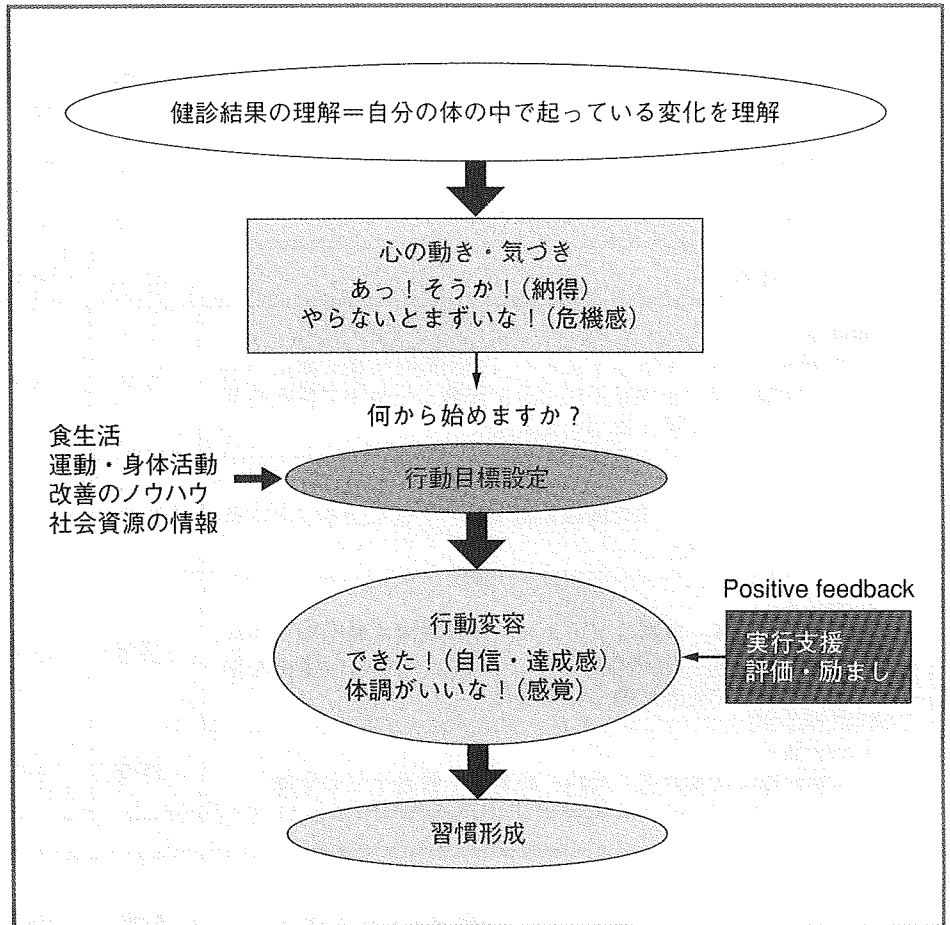
## 2. 保健指導の目的と基本的なスタンス

生活習慣を改善する主役は本人であり、特定保健指導の目指すところは受診者自身の自己選択と行動変容である<sup>11)</sup>。本人が「自らの健康を維持・改善するために、今、行動を起すべきだ」と感じる事が大切であり、“指導”というよりも“支援”と言ったほうが適切であろう。

保健指導の主な内容として

- ① 内臓脂肪増加が検査データに悪影響を及ぼしていることを理解し、
- ② 内臓脂肪を減少させることによる健康上の利益があること（まずは体重を4～5%程度減少させるとよい）を知り、
- ③ 自らの生活習慣を振り返って問題点を発見し、
- ④ 食事や運動などの生活習慣をどのように変えるべきかを考えて行動目標を立て、

図5 保健指導のプロセス



⑤ セルフモニタリングをしながら実行・継続して健康状態を改善させる，

というプロセスをとるとよいと考えられる。

保健指導にあたっては，性・年齢・職業，健康に対する考え方や性格，知識や理解力などの本人の特性や，本人を取り巻く状況，例えば家族の有無，職場環境などの個人差を踏まえ，働きかけの方法を変えていくことが大切である。保健指導者は医学的な知識を有するだけでなく，行動変容のステージモデルなどの行動科学の考え方を活用して対象者の準備度を把握したうえで，適切な支援を行うよう心がけねばならない。

生活記録に対してのアドバイスでは，「問題点を見つけて注意する」よりもむしろ，対象者のがんばりを積極的に評価し，継続意欲を高めることに用いたい (positive feedback) (図5)。対象者の意欲や利便性に合わせて，教材や実施方法を工夫して，継続率と効果を高めるこ

とが求められる。

### 3. 保健指導の具体的な内容

メタボリックシンドロームを予防、改善するためには、エネルギー収支バランスを逆転させ、内臓脂肪の減少を目指すことが第1の目標となる。そのため、エネルギー摂取量や脂肪摂取量の減少、エネルギー消費量の増大をもたらすような行動目標を立てることが必要である。まずは「3ヵ月間で3kgなど減量する」など具体的な数値目標を定め、それを達成するためには「1日あたり240kcal収支のバランスを変えることが必要」というように、毎日の行動目標にブレークダウンするなどの方法が推奨される(図6)。

メタボリックシンドロームと喫煙の重複により心血管疾患発症リスクが相乗的に高まることから、禁煙への働きかけも重要である<sup>12)</sup>。

#### 1) エネルギー摂取量を減らす…食生活の見直し

食生活は個人の生活スタイルに密着してパターン化されていることが多いが、普段の食生活が健康を害していることに気づくよう働きかける。メタボリックシンドロームは男性に多いことから、栄養素について詳しく話すよりも、料理、食事の観点でとらえたほうが分りやすい。主菜(タンパク質系のおかず)のとり過ぎや、菓子や嗜好飲料(アルコール、清涼飲料水など)などの摂取状況を把握し、問題点がないかを自分自身で発見できるように促す。コンビニや外食を利用することが多い人に対しては、栄養成分表示の読み方を知ってもらうことも役に立つ。次に、本人としては、「どこを変えやすいか」を考えるように促し、具体的な行動目標を立てる。最後にそれを変えることで、どのくらい身体状況の改善が見込めるかを計算して説明するとよい。例えば、ビールを大瓶1本から缶ビール1本に減らすことで110kcalの節約になり、これを3ヵ月続ければ脂肪重量1.5kgの違いが生ずることを説明する。

#### 2) エネルギー消費量を増やす…運動習慣の見直し

メタボリックシンドロームを改善するための運動としては、週150分間程度の有酸素運動が推奨されている。しかし、最初から目標を達成することを求めず、まず歩数計をつけてみる、日常生活で少しでも階段を使う、1駅分歩く、家事などの日常生活を活発に行うなど、対象者が実施しやすい方法を提案する。グループ支援の中に簡単な運動

図6 無理なく内臓脂肪を減らすために—運動と食事—withバランスよく—

腹囲が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上の方は、次の①～⑤の順番に計算して、自分にあった腹囲の減少法を作成してみましょう。

①あなたの腹囲は？

① cm

②当面目標とする腹囲は？

② cm

メタボリックシンドロームの基準値は男性 85cm、女性 90cm ですが、それを大幅に超える場合は、無理をせず段階的な目標を立てましょう。

③目標達成までの期間は？

確実にじっくりコース：①-② cm ÷ 1cm / 月 = ③ ヲ月

急いでがんばるコース：①-② cm ÷ 2cm / 月 = ③ ヲ月

④目標達成まで減らさなければならないエネルギー量は？

①-② cm × 7,000kcal\* = ④ kcal

④ kcal ÷ ③ ヲ月 ÷ 30日 = 1日あたりに減らすエネルギー kcal

⑤そのエネルギー量はどのように減らしますか？

1日あたりに減らすエネルギー kcal

運動で

kcal

食事

kcal



\*：腹囲 1cm を減らす(=体重 1kg を減らす)のに、7,000kcal が必要

プログラムを入れて、楽しさを体感することも効果的である<sup>13)</sup>。

ただし、メタボリックシンドロームでは、運動不足に加えて加重負荷が大きいために、足・腰などの整形外科的障害や運動中の心血管事故の危険性を伴う。適正な運動強度の管理、運動時の姿勢や靴などの注意、水分補給の仕方、運動実施前の体調チェックなどを行うよう指導することを忘れてはならない。また、30分間速歩をした場合の消費エネルギーは約 100 kcal である(70 kg の場合)。これをひと月続けても 3,000 kcal (脂肪重量 400 g に相当) にしかならず、本人が期

待するほどの体重減量をもたらさないことに注意が必要である。

### 3) 禁煙支援

喫煙はがんだけでなく、循環器系疾患の主要なリスクファクターであり、「禁煙すべきであること」をはっきりと伝える。禁煙には強い意志と困難を伴うという思い込みが強いため、抵抗感を持つ人が少なくない。専門家の支援やニコチンパッチなどの使用により、自力で禁煙するよりも有効性の高い禁煙方法があることも紹介しておきたい。タバコ依存症スクリーニングテスト（TDS）を行い、依存症の可能性がある場合には禁煙治療ができる医療機関を紹介するなどの支援を行う。

### 4) セルフモニタリング

体重、歩数、腹囲や行動目標の達成状況などの記録を勧める。それにより、

- ・毎日すべきこと、意識すべきことを忘れにくくする
- ・記録をつけることによって生活を振り返ることができ、自ら課題を認識できる
- ・歩数などを維持することへの意欲が高まる
- ・体重減量などの効果がグラフなどによって実感できる

などの利点がある。保健指導者は対象者の努力をねぎらい、行動目標の達成状況を確認しながら、目標の修正を行うことができる。

## 保健指導の評価

特定健診・保健指導は、健診実施率、保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率などの指標をもとに、医療保険者は保健事業評価を行うことになる。いずれの支援においても6ヵ月後に電話などで体重や生活習慣の変化を確認する。

保健指導機関においては、対象者の改善意欲（行動変容ステージ）・生活習慣（歩数、食事記録など）、体重や腹囲、検査データなどを評価し、保健指導の質の向上に努めることが大切である。対象者に合った保健指導となっているのかを確認でき、教材・指導方法の検討や指導者養成に活用することができる。また、長期的には疾病の発症状況、医療費分析により保健事業全体の効果を検証することが望まれる。

## おわりに

詳しい内容は『標準的な保健指導プログラム（確定版）』においてその要点がまとめられ、厚生労働省のホームページ上でも公開されているので、ぜひ一読いただきたい。

“保健指導”は対象者が健康の大切さを理解し、そのために今行動を起そうとすることに対する支援であり、型のごとく説明を行えばよいというものではない。対象者の生活環境や準備度を把握し、本人に合った具体的な方法を提供できるよう、指導者は保健指導の効果を評価し、より良い保健指導プログラムへと改善していくことが求められる。

津下一代

## 文献

- 1) 矢野栄二: 健康診断の有効性と有用性. EBM 健康診断 第2版 p2-14. 医学書院, 東京, 2003.
- 2) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会: 「健康日本 21」中間評価報告書. 2007年4月10日 厚生労働省
- 3) メタボリックシンドローム診断基準委員会: メタボリックシンドロームの定義と診断基準. 日内会誌 94: 188-203, 2005.
- 4) Knowler WC, et al: Diabetes Prevention Program Resarch Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 346 (6): 393-403, 2002.
- 5) Wadden TA, et al: Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control. Obes Res 12: 151-162, 2004.
- 6) 村本あき子, 他: ウエスト周囲径 90cm 以上の女性に対する生活習慣介入研究-ウエスト周囲径 3cm 縮小の効果-. 肥満研 13 (1): 60-67, 2007.
- 7) 厚生労働省健康局: 標準的な健診・保健指導プログラム. 平成 19 年 4 月
- 8) 厚生労働省保険局: 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き. 平成 19 年 7 月
- 9) 門脇 孝, 他 編: メタボリックシンドロームリスク管理のための健診・保健指導ガイドライン. 南山堂, 東京, 2008.
- 10) 津下一代: メールでの健康相談～積極的支援の補助ツールとしての可能性～. テレメンタリング. 中山書店, 東京, 2007.
- 11) 津下一代: 相手の心に届く保健指導のコツ. 東京法規出版, 東京, 2007.
- 12) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室: 禁煙支援マニュアル, 2006.
- 13) NPO 法人日本健康運動指導士会: 特定保健指導における運動指導マニュアル. サンライフ企画, 東京, 2007.

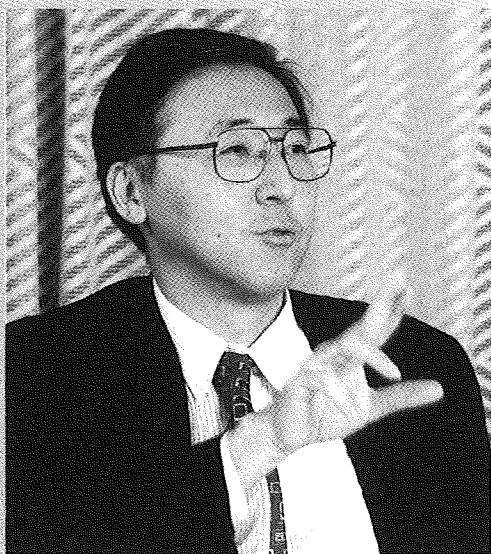


# わが国の予防医学と健康づくりについて

## —医療費抑制のための特定健診・ 特定保健指導制度の課題

川渕 孝一 先生

Koichi Kawabuchi



かわぶち・こういち ●1959年富山県生まれ。83年一橋大学商学部卒業。86年シカゴ大学経営大学院にてMBA取得。民間病院・企業に勤務後、国立医療・病院管理研究所（現在の国立保健医療科学院）、国立社会保障・人口問題研究所勤務（併任）、日本福祉大学経済学部教授、日医総研主席研究員、経済産業研究所ファカルティ・フェローなどを経て、現在は東京医科歯科大学大学院教授、スタンフォード大学 Adjunct Associate。主な研究テーマは医療経済、医療政策、医学経営など。近著に『医療再生は可能か』（ちくま新書）、『病院の品格』（日本医療企画）、『第五次医療法改正のポイントと対応戦略60』（日本医療企画）、『病院を使いこなす法』（WAVE出版）、『日本の医療が危ない』（ちくま新書）、『医療改革～痛みを感じない制度設計を～』（東洋経済新報社）など。

健康診断とその後の保健指導は、病気の予防と健康づくりのために欠かせないもの。しかし、わが国では健康には非常に関心は高いものの、健康診断に関心が低く、長い間受診率が低迷しているのが現状である。

国は2008年4月から生活習慣病（高血圧・高脂血症・糖尿病・肥満等）対策を柱とした「特定健診・特定保健指導制度」をスタートさせている。今までは、健診を実施してもその後の保健指導に適切さが欠けていた部分が多々あり、それが受診率の低さにつながっていたことは否めない。同制度では特定健診・特定保健指導の実施責任者と義務が明確になっており、健診の結果を活用することも制度化されている。これによって生活習慣病対策としての特定健診の受診率が、少なからず向上しつつある。

今回のゲストは、財団法人愛知県健康づくり振興財団あいち健康の森健康科学センター副センター長兼健康開発部長として、健康づくりから予防医学、メタボ対策など、適切な保健指導方法の指導にいたるまで幅広く活躍している津下一代先生。川渕孝一教授との間で「わが国の予防医学と健康づくりのために」をテーマに、「特定健診・特定保健指導の現状と課題、そして将来展望」「予防に勝る良薬なし—医療費の適正化は可能か？」「効果的な保健指導」などについて、大いに語り合っていた。

### 特定健診・保健指導の現状

川渕 本日は、「わが国の予防医療と健康づくり」をテーマとして、都合3点、先生にお聞きしたいと思っています。

津下 分かりました。

川渕 BMLさんはもちろん臨床検査が一番のメイン事業ですが、電子カルテも診療所を中心に力を入れています。その他に特定健診・特定保健指導、メタボの分野もやって

いこうと。それだったら、この分野の第一人者の津下先生をお呼びしなければならないということになったわけです。

津下 お役に立てれば幸いです。

川渕 ということで、先生の本を既に読みましたよ。

津下 例の漫画ですか。

川渕 はい。毎日新聞に連載された漫画の『まる得 健康ダイエット』（東京法規出版）ですね。これは一気に読めますね。

津下 本当に寝ころんで。

川淵 私はこれを見ると、御飯を食べるのが怖くなってきました。(笑)

ところで、本日お聞きしたいのは、1つ目は2008年4月からスタートした「特定健診・特定保健指導の現状と課題、そして将来展望」です。2つ目は「予防に勝る良薬なし」と言われていますが、「医療費の適正化は可能かどうか」というところです。最後に、「効果的な保健指導について」です。先生はいろいろやっておられますので、ざっくばらんに話ししていただければいいのではないかと思います。

まず2008年4月から満を持して始まった「特定健診・保健指導」ですが、現状はどうなっていますか。

津下 現状としては「動き出しました」というところだと思います。今まで企業は労働安全衛生法の健診をやっていたので、特定健診もそのデータを健保が活用してというような形で制度設計されていますから、働いている人の健診については、企業健保の方は余り問題はなく進んでいるのではないかなと思います。

特に大企業ですと、これまでもTHPの活動などをやってこられた企業は、それと今回の特定保健指導をどう組み合わせるかとか、今までの仕事の仕組みや財源の見直しなどをされて、この対策に乗られているところが多いかなと思っています。

川淵 THPとは何ですか。

津下 「トータル・ヘルス・プロモーション」のことで、労働安全衛生法に位置づけられています。要は健診しっぱなしではなくて、健康づくりをしましょうということで、特に運動プログラムの推進やメンタルヘルスに重点をおいた対策があるんですね。

ただ、実際には法的な推進力が低く、健康に関心がある一部の企業の取り組みになっていた傾向があります。多くの企業は義務的な労安法健診はするのですが、結果表を渡すだけでやりっぱなしの状態だと思っています。今回、特定保健指導という、健診の結果を活用して予防対策をする形が制度化されたことで、大きく変わることが期待されます。健診の仕方、国の標準的な基準値を取り入れて基準値を見直したり、健診事後指導と保健指導の実施方法について検討したりと、体制を見直してやっていこうという企業が比較的多くなったのではないかなと思っています。ただ、政管健保だった協会健保さんの方は、取り組みが遅れている状況なのが心配です。

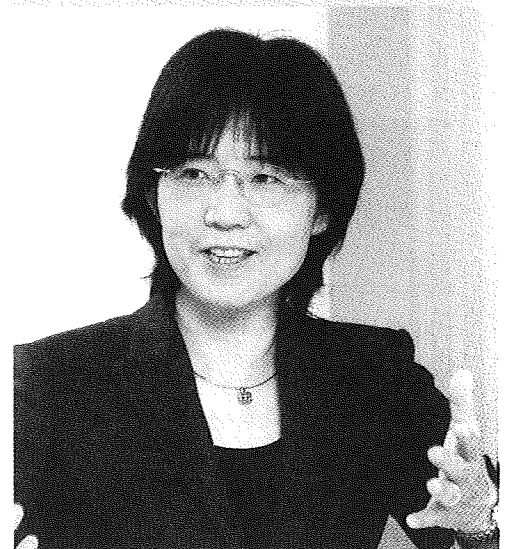
川淵 中小企業が入っている保険者ですね。

津下 はい。一番大事なのはそこです。大企業は産業保健の看護職や産業医がいて、今までも生活習慣病対策はある程度はやられてきたので大丈夫だと思います。しかし、中小企業では社長さんが熱心なところを除いては、これまで健診の受診率も低いし、やっても本当に最低限の項目でやりっぱなしになっていることが多かったようです。今回の制度で、健保と事業場とが協力して生活習慣病対策がやれると一番いいかなというふうに狙ったところではあったと思いますが、今ちょっと動きが悪くて、そこが一番心配です。

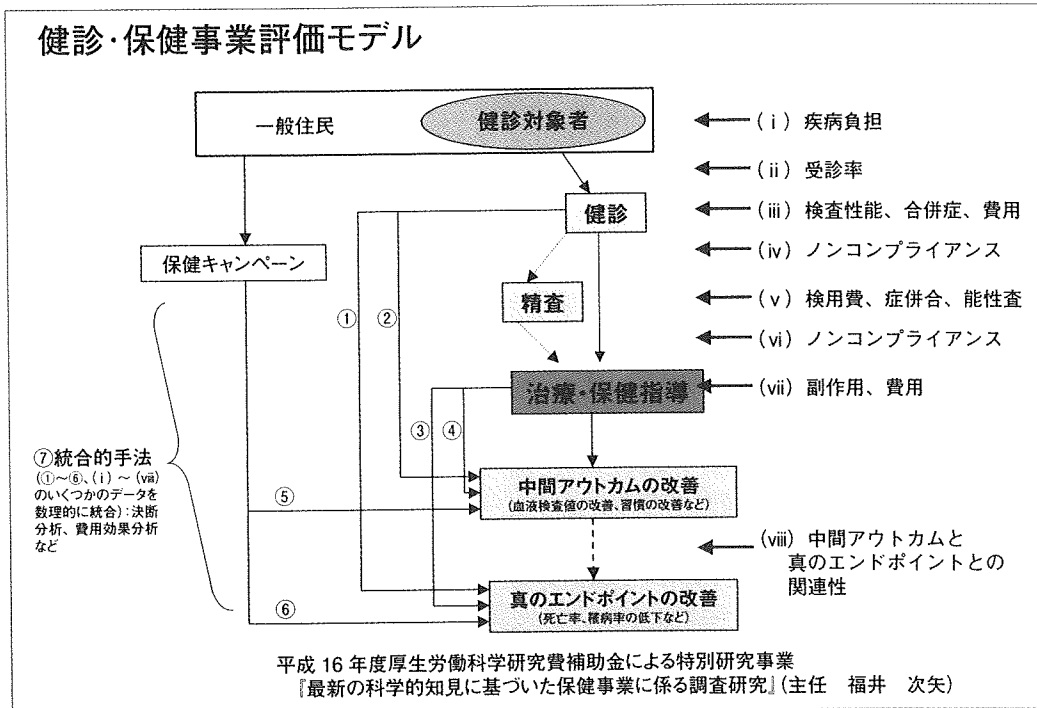
あと、市町村の方は国保が主体に変わりました。今まで老人保健法健診では、市町村というと税金事業で、市民全体を対象にしてきましたが、特定健診は国保加入者が対象になります。そうすると、健保の家族の方々が、今まで健診を受けられ

た人が「会社の健保で受けてください」という話になって、そのあたりの住民の周知に結構時間がかかったり。それから、これは制度が縦割りになっていて、がん健診は税金事業でやり、特定健診は保険者がやり……ということで、同じ市民でありながら制度によって受けられる、受けられないというのがあったりして、そういう制度の運用上の難しさがあるので、このあたりは大きな課題だなと思っています。

## 津下一代先生



つした・かずよ ●83年名古屋大学医学部卒業。同年国立名古屋病院内科(内分泌代謝科)入局。88年より名古屋大学第一内科で臨床・研究活動を経て、92年愛知県総合保健センター総合診断部診断第一室医長。99年同センター臨床検査部長。2000年あいちの森健康科学総合センター指導課主幹。03年同指導課長。06年副センター長兼健康開発部長就任。現在に至る。厚生労働省における「標準的な健診・保健指導プログラム」や「運動指針」等の策定に携わる。主な著書・共著に『多メモリ・加速度計測装置付歩数計を用いた糖尿病患者の身体活動量評価』(日本糖尿病学会誌)、『運動療法の患者教育とその実践—歩数計の有効活用を中心に』(プラクティス刊)、『糖尿病予防のための行動変容』(健康体力づくり事業財団刊)、『図解相手の心に届く保健指導のコツ』(東京法規出版刊)、『完全図解 メタボ脱出ガイド特定健診・特定保健指導の上手な利用法』(法研刊)、『まる得 健康ダイエット』(東京法規出版)、『メタボリックシンドロームリスク管理のための健診・保健指導ガイドライン』(南山堂刊)、『新しい特定健診・特定保健指導の進め方』(中央法規出版刊)、他多数



従って、受診率は大体50%ですとみんな言っていました。蓋を開けてみたら全然違っていったんですよ。

川瀬 そうなんですよね。

津下 今年特定健診を始めて、愛知県東浦町の受診率は60%ぐらいで、予想以上に良かったんです(08年11月現在中間)。それは母集団が国保加入者ということで数が確定でき、そのうち健診を受けた人ということで、確実な数で押さえて、受診率が60%だった。去年ま

### 特定健診・特定保健指導の 実施者と事業評価を 明確にした

川瀬 先生は余りお上の批判はされませんが、私は結構、今回混乱して始まったなと思っているのです。それはどうしてかという、これまでは会社が従業員に健診を受けさせなくてはいけないという、旧労働省の法律がありました。これは会社が福利厚生の一環として、あるいは会社の責務として従業員にやってきました。

ただ、もう一方で、老人保健法という法律があって、これは職域ではなく地域で40歳以上の健診事業をやる。ところが、今回の4月から始まった制度は会社が担い手ではなく、今度は保険者に移行したわけですね。ところが、大きく変化した層がある。例えば、被扶養者は……。津下 被扶養者については、特定健診は健保がやりますよと。

川瀬 だから、地域ではやりませんし、お金も出ませんよということですね。

津下 そういう制度ですね。だから、国保保険者が行うということです。これは、昔は国保がやっていた、国保部門に保健師がいて、予防活動などをやっていた。その後、老人保健事業になり、税金の事業になって、今度はここの部分で改正になった。これには理由はいろいろあるのですが、1つは仕組みの問題だと思います。今まで事業評価を余りやってこなかったという反省もあって、例えば対象者についても、私は名古屋市民ですが、私が健診を受ける場所は会社(職場)ということになります。けれども名古屋市民なので、本当は私が名古屋市の健診を受けても全然分からないんですね。だから、受診率の正確な算定は今まではないわけです。

川瀬 そうなんです。オーバーラップしていて分からなかった。

津下 ですから、母数が分からない。

では公表していた受診率は50%ぐらいと言っていたのに、実は20%だったところもあるわけですね。要は母数の捉えかたがその市町村ごとにバラバラだったり。

それから、事業評価という面で見ると、今までの住民健診というのは、どちらかといえば高齢者が熱心に受けていました。でも、生活習慣病予防という、もうちょっと予備群の人の対策だとか、若い世代から始めないと。保健指導、予防というのは70歳になってからではなくて、40～50代、本当はもっと若い30代がやらなければいけないと思うんですが、そこは、オーバーオールで受診率50%でこんなものでしょう、みたいな感じでずっと来てしまったのかもしれない。だから、その意味では今回の制度の中で実施責任、義務を明確にして、この人に対してはここがやる、この人に対してはここがやるということをはっきりさせなければいけないと。

それから、今まで保健事業をする

とお金が出ていくばかりのように見えたから、一生懸命やることに財政部門は否定的な捉え方もあったかもしれません。では一生懸命予防をやると、何がいいことがあるのか。そうすると病気になる。病気になるということ、どこがお得になるかという、まずは保険者でしょう。だから、予防を一生懸命やるのが、投資として機能するのが保険者だということですね。ということで、目的を明確に、対象者を明確に、事業評価をきちんとしてということです。

さらに、メタボ健診ということで、これは、まず減量することによって、効果がある人たちをやりましょう。痩せた糖尿病と太った方を同じように指導していても、効果が違うわけですね。痩せていた人ではインスリン分泌が低下していますから、ある段階で薬を使わないと、「頑張れ、頑張れ」と言っても無理があるわけです。ですから、きっちり効果を見ることが大切で、対象者に合ったプログラムを提供するというフィードバックがかかる。要は、PDCAの改善サイクルが回るような保健事業にしていきたいというのが一番大きいと思います。

### 税金事業の健診で 肝心なのは、その後の指導

川瀬 そうすると、やはりある程度の「見える化」が必要ですね。いったい今まで健診は何だったのかと。母数すら分からないのに、効果測定はできないですからね。

津下 それで、国の検討会に入る前の研究班で、要はこの健診項目をすることがどれだけの意義があるのか。健診をやって、その後、健診で

見つかった対象者に何をするのか。介入があって、その結果、アウトカムがどうなるか。アウトカムが良くなるような健診項目は何かということ、研究しました。調べてみると、このような分析をしている国が先進国では多いわけです。

ところが日本は、どちらかというところ項目が増えることが良い健診というふうに、みんな思っていましたよね。

川瀬 そうですね。人間ドックもそうです。

津下 つまり、見つかった所見に対して何をすることが大事ですよ。だから、そこで何を、その結果、良くなるのであれば、健診のその項目をやる意義があるということになります。

人間ドックというのは、ある意味、自分でお金を出すものだからいいのですが、公的健診では公的財源を使うので、もっとシビアにやらなければ……。

川瀬 公金を使うわけだから、value for money(お金をかけただけの価値)が問われるわけですね。

津下 公金を使うので、この健診項目をして見つかったものに対して何を、その結果、本当に健康になるのかとか、それをやっつけていかないといけません。私自身は昔、病院にいましたから。

### 健診しっぱなしの反省

川瀬 先生は、臨床医として国立名古屋病院にもおられたんですね。

津下 ええ。病院で糖尿病の患者さんを診ていると、「健診で10年前、15年前に言われました」と言っただけが悪くなって来られるわけです。「その間、何をやっていたんですか。も

ったいないよね。本当に症状が出て、この時点で気づいても遅いじゃないですか」と。前に気づいているんですよ、健診を受けているから。ずっと年々悪くなっていますねと。データを見ると、だんだん右肩上がりになっていて。だから、結果的に出ることが分かっているながら、(異常値を示す)星マークが毎年増えながら、じつと悪くなるまで見ていたか、みたいな気がするわけですよ。

川瀬 今の私の状態だ。(笑)

津下 先生は、だいぶ減量されましたよね。本当に間違えておりますけれど。

川瀬 そうでもありません。

なかなか治らない状態で患者さんが来られるというのは見るのも忍びない。そこで、もっと早い段階から介入したら良かったのではないかとこの反省が出るわけですかね。

津下 そうですね。病院で診療していると、ずいぶん進んでから来られる方が多い。それから、例えば、病院にずっと通われる方は、女性と高齢者が多くいますよ。企業で働いている方はなかなか来られません。

川瀬 来られない?

津下 来られないですね。診療時間の問題もあるかもしれませんが……。病院で待っていては遅いのではないかと思って、それで私は予防に入ってしまったのです。

普通、病院で糖尿病でいうと「HbA1c」というのは6%前半ぐらいでキープしようという治療をするわけですよ。極端な例かもしれませんが、企業では10%でも平気で働いている場合もあります。倒れるまで働いていますという人もいて、これは何だろうと。

健診も受けているんですよ。受けていて悪いのに、受診勧奨は出のですが、なかなか時間がないとか、

本人にそのデータをちゃんと意味が分かるように説明していないから動かないんですね。

川瀬 やりっぱなしの健診なんですね。

津下 言葉はたいへんきついです。でも、やりっぱなしではないと医療者は言うと思うのです。検査データも渡している。何々しましょう、とも書いてある。それで何でやりっぱなしなのと言うかもしれません。

### 保健指導の プロフェッショナルがない

川瀬 それは人間ドックに行ってもよく聞く話ですよ。「あなたは隠れメタボです」、「そうですか。ところで、私は労せずして、何とかしてこの体重を落としたい、この胴回りをあと14cm縮めたい」と言うと、私の行っている人間ドックでも、その辺の紙をくれるわけです。「これを読むの?」と言うと、「ありきたりで恐縮なのですが」と言って。そんな感じなんですね。

津下 それはプロではない、と私は思うのです。プロはその人に合ったものを、「あなたに合ったのはこれです」と渡す。そういうのを全部見るのはプロがやればいいわけです。「あなたに合ったものは、恐らくこれか、これぐらいで、どれからやりますか」ということを言えて初めてプロだろうと思うのです。それを相手に全部考えてくださいとか、読んでやってということでは動かない。余りにも面倒くさいからしないのです。

川瀬 たくさんパンフレットをもらったのですが、どれも読む気にもなりません。

津下 そうですよ。

川瀬 逆に、保健師さんに「あなたはこんなことをやっているの?」と言って茶化してしまうものだから。指導書やパンフレットをもらってもカバンにしまい込んで、そのままになってしまうんですよ。

津下 例えば、栄養士さんの研修会で——ドクターでもそうですが、「昨日のカロリーは何Kcal食べられましたか」と聞いても、「え?」と言って笑うんですね。誰も計算していないんですよ。

川瀬 自分が栄養士なのにね(笑)。

津下 じゃあ、人に説明するのに、「最初にあなたは糖尿病ですね、食品交換表を使って何単位ですと言って始めても、できますか」と。

川瀬 そうなんですよ。私もやろうかなと思います。私を診ているドクターがこんなに太っているとどうかな(笑)。医者の不養生だと、言っていることに全然説得力がないわけですよ。

津下 そうですよ。だから、保健指導とか栄養指導とかいろいろやりますが、本当にそれで相手を動かそうとしていますかということになります。

### 患者さんの行動変容のために ハードルを下げるのが大切

川瀬 それで、私も最近勉強したのですが、ティーチングからコーチングが有効だと。コーチングは、看護師さんや保健師さんに人気がありますが、先生はどうしたら患者さんに行動変容が起こると思いますか。

津下 まずは行動変容が起こらない理由というのは、患者さんが健康に全く無関心かということではないですよ。薄々、「いいかな、おれ」

とっているわけですよ。

川瀬 私も丸を付けようかなと思っています。

津下 思うけれども、「なかなか今忙しくてできないよな」とか、「また同じことを言われるし、そんなことやってられないよな」と言って、「まあ、いいや」となるわけです。それは、行動心理学でいうと、メリットとデメリットが拮抗してしまっているわけです。ですから、それをちょっと動かしてあげて、今やったらお得ですよということをまず分かっていたくためには、患者さん自身の健診データを教材にすることです。つまり、去年より体重が増えて、これだけデータが動いているとか。「リスクをこうやって数えると、メタボで今まさしくはまってしまっていますよ。でも、体重を4%減らすと、データは改善しますよ。やってみませんか」と。自分が80kgだとして、0.04を掛けると3kgくらいですね。「まず3kgやりませんか」と。

私たちの介入データでも4%体重を減量していると、アディポネクチンが改善したりしていますから、やるしかないでしょう。そうすると、ご本人は、「BMIの標準体重と書いてあって、私の標準体重は65kgになっていて15kg減らさなきゃいけないんじゃないですか」と言うわけです。「そんなことはないですよ。脂肪の細胞をちょっと痩せさせてあげたらいいですよ」と。

だから、これはハードルを落としているわけです。30分歩かないとだめと言っていたのに、そんなことはなくて10分の積み重ねでも歩いた者勝ちという話をする。だから、そうやってハードルを落として、何かやれることはないかということなんです。

それからメタボの場合、今回は特

に男性が多いし、お腹の周りはモニタリングができるんですね。だから、ベルトがきついと思ったら黄信号とか、体重が増えたのはいつですか、どんな生活のときに増えましたかということを考えていただいて。

川瀬 あの時だと。自分が一番よく分かっているんですよ。「しまった!」という時があるわけですよ。(笑)これは、先生が本に書いておるとおり。まさにこの悪循環。

### イチロー選手に学べ!

津下 それで、今はどうですかとか、その中で1つ変えられませんか、目標を明確にする。それから、毎日チェックする。

大リーガーのイチロー選手でも200本安打を打ちたいと思わなければ打てません。200本安打を打ちたいと言って、大リーグで162試合のうち140試合で打ちたいと思うと、1日1.3本だと。ところがイチローさんはどうも2日で3本打つのだと言って、2日で3本。賢いなと思いますね。1.3本打とうと言っても、打てない。けれど、2日で3本。だから、リベンジがききますよね。今日1本だったら、明日は2本だと。

ということで、患者さんには食事でも2日単位でやりましょう。「今日ご馳走を食べられたら、明日はちょっとダイエットしてください」とかね。取り返しがつくような形とか、遊びがありますよとかね。それから、「3か月で体重3kg、1か月1kgぐらいだから、1日250Kcalですから、ビール1本ぐらいですよ。どうですか」とかね。

私たちは経済指標は分かりませんが、ガソリンの値段だったら分かるわけですよ。やばいとか。な

ので、一般の人に分かる言葉で、または具体的にイメージできるような作戦を立てるということを一緒にできたらいいのではないかなと思うんですね。

### 愛知県総合保健センターで、目から鱗が落ちる体験

川瀬 先生の勤務先の「あいち健康の森センター」についてお聞きしますが、津下先生は臨床医を辞めてこのセンターに行かれたのは何年でしたか。

津下 私はここに来る前に、平成4年に大学で仕事をしてから「愛知県総合保健センター」という健診機関に行ったのです。私は大学から「2年間だけ行ってくれ」ということで行ったのですが、そこでびっくりしたのが、患者さんが健診を毎年受けながら、だんだん右肩上がりに悪化していくことでした。

そこで、網膜症になるのはどういう人なのかを分析したんですね。そうすると、健診を毎年受けていても、血糖値180以上が5年間続くと、眼

## 品質保証の考え方

- 組織の保健指導に対する理念が明確である。
- 品質を向上させるための組織体系ができています。
- 国が示す委託基準をみます。
- 保健指導の業務フローが明確である(標準化)。
- 保健指導プログラムは、対象者の特性を考慮し、行動変容をうながす内容である。
- 保健指導者の研修・育成プログラムを持ち、質の高い保健指導をおこなうための研鑽を積んでいる。
- 個人情報等の取り扱い基準が厳守されている。
- 日常的または定期的に評価をおこない、改善につとめている。
- 適正な情報公開をしている。

全衛連 品質保証ガイドラインより

底出血が起こっているのです。じゃあ、これは予測できるねということで、健診データから血糖値を予測することを研究したりしました。

それで、企業でいう品質管理に当たったわけですが、品質管理の中で大事なことは、すべてを100点にする必要はないということですよ。一番のボトルネックを見つけて、そこに投入するというか、大事ですというのを企業は製造工程とかで行っているわけです。

「ああ、そうか」と、まさに目から鱗が落ちる感じでした。私たちは食事も完璧に、運動も完璧に、たばこも吸ってはいけない、お酒も飲んではいけないという聖人君子を求める保健指導を、今までし過ぎたのではないかなと思ったわけです。

川瀬 その保健センターで先生は、そういうふうに関眼されたわけですね。

津下 開眼でしたね。

川瀬 そういう目から鱗みたいな話は、普通のドクターには余りないですね。先生の場合は、自分でそうだなと気づかれたわけですか。

津下 それは、健診データをずっと

貯めていって、それを分析してどういう人が大きな病気になるか、透析に至るのか、どういう人が網膜症で眼底出血になるのかというのを診たりとか、データを見たということが大きいと思うんです。

もう1つは、日常診療の場面では、マスで見るということはないのですが、来る日も来る日もブドウ糖負荷テストの話をして、「あなた、糖尿病です」という話をするわけですよ。それをやっている、行動変容が起こる人と起こらない人がいるとか、どういう話でこの人は分かってくれるんだろうとか、そういう研究する素材がたくさんあったということですね。

### 糖尿病は不治の病ではない

津下 私は、男性は食事のことは分からないと思っていたのですが、実は男性の方がしっかり分かったと動くんですよ。

川瀬 納得すると？

津下 そうなんですよ。例えば、患者さんに「どうして僕は糖尿病なのですか」と聞かれたら、「インスリン

の働きが悪いから」と。そこで「僕のインスリンは変なインスリンなんですか」と聞くので、「そうじゃないんですよ。インスリン自体は良いけれど、脂肪の細胞から邪魔者が出ていて」という話をする、「そうですか。痩せればいいんだね」と分かってくれ、もう治ってしまおうわけですよ。

私は病院にいたときには、「糖尿病は治らない」と言っていたけれど、治ってしまう人が結構いたんですよ。それが目から鱗で、治る時期にちゃんと働きかければ治るじゃないかと。

それで、その人に健康管理を覚えてもらえれば、あとは痩せるときは減量のカロリー計算とかをある程度は知ってもらった方が良いのですが、体重維持は簡単なんです。体重計に乗って、昨日より増えたらちょっと減らせというだけだし、ベルトは今の位置から動かすなど。これだけでも大丈夫です。毎日モニタリングしているわけですからね。

川瀬 それはいい教訓をいただきました。

津下 なので、私たちのところでも、3か月間で3kg、4kg減量しましょうと。1回減量したら、減量のカー

ブというのもあるのですが、あとは維持することがすごく大事です。でも、維持のフェーズというのは、エネルギー収支がトントンで良いわけですから、そんなに難しくはないのです。体重を減らすというのは、人体にとってはかなり大変なことです。エネルギー収支バランスをわざと崩すわけですから、こんなことは長く続けるものではなくて、短期的ですよというわけですね。

### 「察める」ことで患者さんのやる気を引き出す

川瀬 それで、目から鱗の話があって、その後今の総合センターに移られたわけですね。ここのセンターに行くと、先生のようなやり方がまかり通っているのですか。

津下 はい、みんな元気になりますね。

川瀬 そうか。じゃあ、このセンターはいいですね。

津下 ええ。ぜひいらしてください。別に病気がある人がその病気を悪くしないのも2次予防で大事だし、それから、病気になりそうな人にブレーキをかけるとか、病気になった人でも自分のやれることを減らさないように、できるだけ前向きにということですね。だから、今までで病院で叱られてきた患者さんでも、ここでは、例えば、今までお饅頭を何か無意識のうちに3個ぐらい食べていた人が、「この1か月、1個にしましたよ」と言った場合、「よく頑張りましたね」と言ってもらえるか、「まだ1個食べてるの」と言われるのかで、全然違うわけですよ。

だから、そういう意味ではサポートの中で常にポジティブ・フィードバックというか、その人が意識を持



ってくれたこと、来てくれたこと、何とかしようと努力し始めたこと、全部褒めていくと言え言過ぎですが、素晴らしいことだというふうで認識しようということですね。

### 特定健診・保健指導施行前に「健康づくり教室」で実績

川淵 そうしたポジティブ・フィードバックは大事だと思うのですが、先生の「愛知県健康づくり振興事業団」は、どなたも受診できるのですか。

津下 はい。どなたに来ていただいてもいいのです。

川淵 そうすると、特定健診をここで受けたいという人は、別に愛知県民でなくても、どなたでもいいのですか。

津下 この特定健診・保健指導が始まる前に、私たちは「健康づくり教室」ということで、糖尿病予防教室や体重コントロール教室、脱メタボ教室など、どなたが入ってもよい教室をずっとやってきています。無料というわけではないんですが、まず教室に入らせていただいて。もちろん県から補助をいただいていますけれど……。

川淵 ある程度ユーザーフィーもかかりますよね。

津下 はい。あとは、今この特定保健指導につながったのは、企業や市町村と連携しているいろいろやっているということ。そして、今までも国の会議で私がいろいろデータで出してこれたのは、企業や健保組合の健康づくり活動を一緒にやってきたからです。また、健保組合も、デンソーさんもすごくしっかりしておられるのですが、教室の効果を分析して、対象者を選定するという作戦を取っていらっしゃいます。最初

は、幅広くポピュレーション・アプローチとして事業を位置づけていたのですが、同じお金をかけるのであれば、お金のかけがいのある人(効果が出る人)にかけようという企業論理もあると思うんですね。例えば、肥満の方がプログラムに入ると翌年の医療費が下がるとか、そういうことを分析されて……。

川淵 ある程度狙い撃ちした方がいいのではないかとということですね。

### 健康づくりは無駄金遣いか？健康科学センターの役割

津下 ですから、私たちがプログラムをつくる時に、肥満対象の方が減量するためのプログラムと、体重維持で運動を活発にもらうプログラムと、ある程度焦点を絞った方がやりやすいですよ。そういう活動をずっと10年間やってきたわけです。

川淵 あれはポピュレーション・アプローチではなくて、何アプローチと言うのですか。

津下 ハイリスク・アプローチ。ただ、本当にハイリスクかというのと、ミドルリスクですね。

川淵 そうですか。

津下 だって、ハイリスクというのはもっと個別性で、テーラーメード、1人1人なんです。私はミドルリスクで、これは既製服でいいと言っているのです。1人1人に合わせてきちっと採寸しなくても、既製服的なプログラムという考え方で、ある程度多くの人が満足できるものをやる。その代わりに、国民服みたいに1本しかないというのでは困るので、ある程度既製服のバリエーション、要はその人に合ったいろいろなプログラム。こういう男性向きにはこんなプログラムがいいかなとか、既製

服的な考え方であとは微調整をすれば、かなりの人にいけるかなと思うんですね。

ですから、これはミドルリスク・アプローチ、既製服のアプローチです。本当のハイリスクは、やはりテーラーメード、個別性です。でも、テーラーメードというのはコストがかかるし、そこまでしなくても……。

川淵 つまり、イージーオーダーぐらいですね。

津下 だから、よりいい既製服をつくる。やはり人間は飽きるもので、効果を見ながら改善して、いいものをつくってあげばいいのではないかと思いますね。

川淵 先生の研究会に入れてもらって私が驚いたのは、福岡県や岡山県にもこういうセンターがあることです。各県にあるのですか。

津下 ええ。もともとは国民健康づくり運動として、厚生労働省が各県に健康づくりセンターを、健康科学センターをつくりましょうということをやったのです。今から15年ぐらい前です。

愛知県では、ちょっと先駆けてつくったわけです。厚生労働省の健康科学センターという位置づけも取ったのですが、折からバブルが崩壊しまして、どこの県でもつくるのは難しくなりました。東京都はつくりましたが、石原都知事がもう止めるということで、閉めました。

それは健康づくりが無駄遣い、お金を使っているんだというふうに思われたんですね。けれども、多くの人が健康になって元気で働けて、介護費が要らなくなる。そのためにやっているということ、もうちょっと大きな視野で見ていただきたいということです。

川淵 そういう視点があつた方が良かったということですね。分かりました。



**メタボ対策で医療費は  
確実に減る!**

川淵 それで、2つ目の話に行きたいのですが、そういう面ではエビデンスが必要だということですね。

津下 はい、必要です。

川淵 私たちはよく公衆衛生の先生方に会うと、皆さん口を揃えて「予防に勝る良薬なし」と言うのですが、我々医療経済学者から見ると、もうちょっとそれを数量化する必要があります。「見える化」して、先ほどのPDCAサイクルみたいなマネジメント・ツールにするという発想が、私は必要だと思うのです。

津下 まさしくそう思います。

川淵 津下先生は非常に珍しい方で、ドクターで医療費分析にも関心を持ってやっておられるのですが、先生は医療費はメタボ対策で減ると思いますか。

津下 メタボ対策で減る部分は、かなり期待できると私は思っています。予備群の人が糖尿病にならない。これは、長期にわたる高額な医療費を抑制できることが、間違いなく期待できます。でも、この効果を実証するには、少し時間がかかる。即効性が高いこととしては、現在治療中の人や受診勧奨対象者に対するメタボ対策があります。今回の制度については、薬を使っている方は除外しているので、その点が私はちょっと不満足です。

要は、薬を使っているも肥満の方、血圧が高くてメタボだという方は、今回は対象外になります。本当に結果が出るところはそのあたりでもあるので。短期的な効果ですね。

川淵 その薬ですが、例えば、生活習慣病に関する薬を服用している方に関しては、今回はどうなんですか？

津下 今回は対象外にしています

よね。

川淵 対象外にしたというのは、評価の対象外ということですか？

津下 いえ、制度の対象外にしたのです。当初はそういう予定ではなかったかなと。私たち検討委員もそういうつもりではなく、議論が始まったのです。しかし「薬を飲んでいる人」は、つまり医療管理下にあるわけです。これに対して、医療保険者としてどこまで介入すべきか、についてコンセンサスができていません。

そこで、薬を飲んでいる人に対する保健指導のあり方については、まずは学会できちんと方針を決めてもらい、標準化していくことが先決。医療保険者はそれを基にどうするかを、じっくり検討することになったのです。現在、保険局の検討会において薬を使っている人に保健指導したらどうなるのかというトライアルが始まっているのです。ですから、次の段階として薬を飲んでいる人で肥満の人に対してどうするのか、という方策につながってくると思います。私自身も、それまでインスリンを使っていた糖尿病の方を紹介していただき、あいち健康の森で減量プログラムに参加していただいたら、インスリンを中止できたという方もたくさん経験していますね。

学会のガイドラインの見直しも進んでいます。肥満がある方は、3か月間は食事療法や運動療法をちゃんとやりましょう。それでデータが悪かったら薬ですというふうになっています。これをまじめに考えれば、適正化はできます。

**「メタボ」という  
呼び名の効果**

津下 それから、今回「メタボ健診が始まるぞ、始まるぞ」というだけで、

かなり痩せていただきました。

川淵 アナウンス効果はありましたね。

津下 肥満者が初めて止まったんですよ。男性の肥満者が、国民健康栄養調査で毎年増加していたのが、止まったというのはすごく大きいと思います。諸外国ではみんな失敗していますから。日本人だって、別に遺伝子的に太らないかと言われると、そうではないでしょう。例えば、アメリカンインディアンのように、アジア系だってみんな太っていますからそういうことはないんですね。だけど、日本は今、メタボ対策を真剣にやれば止まる可能性があります。これは大きいと思います。

川淵 だから、メタボという言葉は私もよく使わせてもらいます。9年前に「健康日本21」と銘打ちましたが、これは誰も知りませんよね。

津下 そうですね。

川淵 アメリカの「Healthy People 2001」にあやかってネーミングしたと思うのですが、誰も知りませんね。でも、その辺を歩いている人に「メタボ」と言うと、子供でも知っています。

先日、うちの子供の取っている『朝小新聞』という小学生新聞にも、動物のメタボが載っていました。人間ドック学会で使わせてもらいましたが、動物にもメタボがあるとは驚きです。

やはり、「メタボ」という言葉は、今年の流行語になってもいいというくらいみんな知っています。だから、ネーミングも大事ですね。

津下 いいですね、分かりやすいから。手垢がついていなかったんですよ。肥満対策とか糖尿病対策ではインパクトがないよねと。「メタボ」というのは、何となく語感も可愛いですね。

川淵 まさに「ポニョ」ですね。先生のご本の表紙ではないですが。

津下 ちょっと丸っとして、何か可愛いイメージで。もう1つは、良くなるよというメッセージを、メタボだから良くなるという改善のメッセージを、あわせて入れているわけですね。だから、「今がやりどき、メタボ」みたいなね。

ですから、今それでメタボで対策を取って成功事例がどんどん出てきていますから、職場でヒーローになっている。その人たちが減量したことで、今すごく威張れるわけですよ。それは職場で健康のことが話題

になるとか、飲み屋さんで話題になるとか、しょっちゅう聞えますものね。「腹回り、いくつや」とか。(笑)

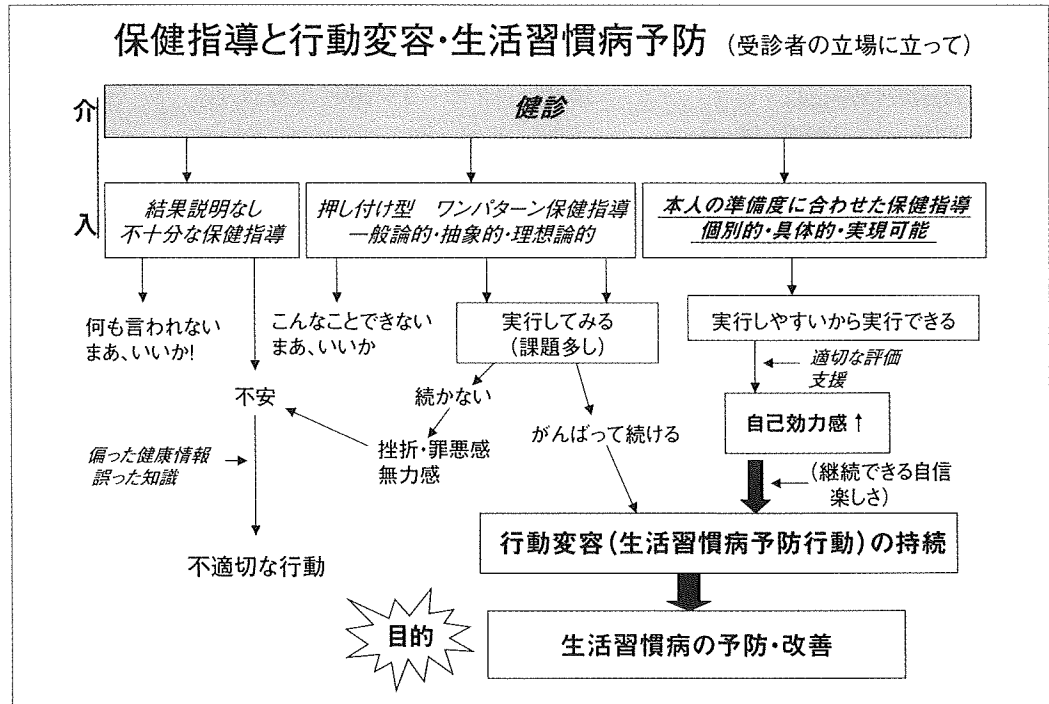
川淵 最近ではみんなメタボの話をしていますよね。

津下 やはり語感がいいですからね。それから、体重コントロール教室や肥満の教室に来られた女性が言われたことですが、今まで意思が弱いとか、相手を責めるような口調で指導をされたら。傷つけてしまったかもしれないですね。それは間違いで、みんなまじめに一生懸命働いて、残業が多いから残業食を摂ってしまい、夜お家に帰ったら奥さんが作ってくれたものを一生懸命食べて……。

川淵 私もその一人です。(笑) 研究論文を書いて、家へ帰って、12時を超えて御飯を食べて、風呂に入って寝る。これではメタボになりますね。

津下 だから、別にその人が悪いわけではありません。

川淵 でも、健診センターでは全人



**健診の狙いは受診喚起後の、患者さんの行動変容を起こすこと**

川淵 話を医療費に戻しましょう。この話をすると、医療経済学者の中でもそうだし、医師の中でも今回の特定健診・保健指導を冷めた見方で見ている人も結構いるのです。先生は、どのように思われますか。

例えば、先ほどの話ではないですが、メタボ対策をやるとむしろ受診を喚起するのではないかと。寝た子を起す。つまり、患者の掘り起こしなのではないかと。

津下 もともと健診は、掘り起こすためにやります。だから、掘り起こさ

ない健診は意味がないのです。それで、掘り起こした先に何をやるかが大事なので、今メタボ健診が始まるからといって、医師会の先生も行動変容とかを勉強しているんですね。それは大きいです。

今までなぜすぐに薬を使うかという、どうやって指導すれば患者さんは喜ぶのかという方法を、大学で習っていないんですよ。食事や運動の仕方を習っていない。医師がそれほど薬を使いたいと思っているのかというと、それしか患者さんを食い止める手段がないからです。使わないと、患者さんがどこかへ行ってしまふので、ある意味仕方なく使っていたという面もあるのです。

川淵 でも、それを言ったら、原則出来高払いの診療報酬では、薬を使わないとペイしないのでは。

津下 だから、それを変えていかないとはいけません。出来高払いというのが医療を悪くしたのではないかと、私は思ったりします。やはり患者さんにとっても医療費にとっても、いかに

負担のない医療をするか。診たてが  
いい医師は、余分な検査をしなくて  
も分かるわけですからね。

その人にとって必要最小限のもの  
をどうやっていくかということを考え  
る。それから、薬をできるだけ負担の  
少ないものにする。異物を盛れば盛  
るほど、身体に悪いわけですから。

川瀬 副作用のリスクも高まります  
からね。私は貰った薬を、あまり飲ま  
ないようにしています。医師は「飲み、  
飲み」と言われるのですが。

津下 しかし、これは絶対必要だ  
という薬もあるんですよ。また、薬を渡  
さなかったら、恐らく通院もしないで  
しょうという場合に出すケースもあ  
るんですね。だから、指導技術とい  
うことをもう1回再認識してやらな  
ければ……。

川瀬 必要最小限の薬は、私も飲み  
ますけどね。

津下 この薬の働きはこういうこと  
だから、これは絶対必要ですよとい  
うね。例えば、「私はメガネをかけて  
いて、メガネを外して歩いたら危な  
いでしょう。これはあなたにとってメ  
ガネみたいなものですよ。だから安  
心して使ってください」という話で  
したらいけるかもしれないですね。例  
えば、痩せていて、インスリンが出  
ない人の薬というのは、絶対必要な  
薬ですよという話をするわけですね。

**特定保健指導は、結果として  
医療費をかからないように  
すること**

津下 もう1つは、やっていない人  
ほど攻撃されます。私も最初、相当  
バッシングを受けまして、「メタボ対  
策でそんなに良くなるか、人は変わ  
るのか。今までだって変わらなかつ  
たじゃないか」と。ところが、その先

生に半年後に会ったら、「僕、痩せた  
よ。宗旨替え」と言われたんですね。

川瀬 ドクターの不養生ではなくて。  
津下 ええ。「やってみたらデータ  
が良くなったよ」と。先生が実感す  
ると変わるのかなというのは、1つ  
はあります。

川瀬 まず医師自身が自覚されて、  
今度はプロとして実践するというこ  
とですね。

津下 ええ。だから、やってなかつ  
たから見えなかったという部分はあ  
るかなと。

もう1つ気になるころは、この  
制度は特定保健指導ですべてをや  
ろうとしているわけではないとい  
うこと。今、生活習慣病の流れの中  
で、ほんの一部分だけしかやれて  
いないんですね。要は、痩せてい  
ても生活習慣病になる。それから、メ  
タボでも薬が必要な時期もある。特  
定保健指導というのは、ここの内臓  
脂肪がたまって検査データ1つ2つ  
……、ここなんですね。健診はす  
べての人に対してやりますが、痩せ  
た人でも薬が必要な人。それから、  
高齢者になってこれ以上痩せても  
らうよりも、薬を飲んだ方がその人  
にとってはQOLがいいでしょうとい  
う場合。だから、保健指導の対象者  
については階層化を行って、予防段  
階の対象者に絞った話をしている  
んですよ。

他は、当然医療があるでしょうと。  
例えば、高血圧の方が死亡率が高  
いというのは当たり前で、亡くなる  
人は高齢者が多い。高齢者は痩せ  
て高血圧の人が多から、そういう  
年代や死亡データだけ見ると、高血  
圧や痩せた人が多いというのは、当  
たり前の話なんですね。

例えば某職域のデータでも、在  
職中に心筋梗塞を起こした人は、や  
はり死の四重奏(肥満・高血圧症・高

脂血症・糖尿病)が揃っている人が  
多いのですが、起こしたときに必ず  
しも太っていない人もいたわけ  
です。ところが、その人たちの過去の  
データを見ると、太っていたという  
履歴が出ています。だから、糖尿病  
が悪くなって痩せてきてしまった。  
そういう方が、結局、心筋梗塞を起  
こしている。従って、結果としてそ  
の直前に痩せているということは、  
ずっと人生で痩せていたかという  
そうではなくて、それ以前に太っ  
ていた時期があった可能性があるわ  
けです。糖尿病で痩せてきて、高齢  
になって痩せてきて、そのときの健  
診データで痩せているのに心筋梗  
塞を起こしていると言われても、ち  
よっと違うのではないかということ  
です。

だから、この制度で私の認識で  
は、厚生労働省の認識とは違うかも  
しれませんが、生活習慣を変えられ  
るところでアプローチする。死亡理  
由や疫学的な観察で死亡だけ見れ  
ば、痩せた人も当然死亡します。特  
に死亡データというのは高齢者のデ  
ータで、若い人の方が太っていて、  
年齢が高い人は痩せていますから、  
それをひっくり返してやれば、それは  
フェアではありません。

では、それが危ないならどうしま  
すかということになります。痩せ  
た人の高血圧は、治療を優先せざ  
るを得ないでしょう。つまり、その  
人に減量をしてもらうのかといっ  
たら、減量はないわけです。塩分を減  
らせといっても、ポピュレーション・  
アプローチとしての効果は検証され  
ていましたが、個別に介入すること  
についてのエビデンスは乏しい。塩  
分を減らすのに、今日は何を食べま  
したかと聞き出して塩分量を計算し  
ながら、積極的支援をするというの  
は、現実的ではないわけです。

だから、まずマスで考えたときに、アプローチ・ポイントをしっかり定めましょうというふうに私自身は捉えています。

川淵 よく言いますが、医療費を減らすことが目的ではないし、逆に言えば、何もしなかったらカストロフィックになって、もっと医療費がかかるのではないかと。だから、私は医療費の伸び率が鈍化するということが証明できれば、この介入研究は成功だと思うんですが。

津下 私もそれで、医療というのは、身体は長く使えば人生50年の時代から、それこそ女性は90歳まで生きる確率が今は45%だそうですから、90年使えばガタがきますが……。

川淵 トータルな医療費がかかるというのは、それはあながち嘘ではない。

津下 そこに必要な手当てをするという医療は必要ですが、でも、余分な負担はできるだけ減らしていけるのではないかと思います。

### 効果的な保健指導は ポジティブ・シンキングで

川淵 ここで3番目の話に移りたいと思います。先ほども話していただきましたが、効果的な保健指導についてです。やはりキーワードは、「褒める」こと。つまり、患者さんを叱るのではなくて、褒めるということ。あるいは、ヒーローにしてあげるとか。もう1つは、ポジティブ・シンキング。よく似ているんですが、その辺ののかなと思います。

先生は、今、厚生労働省はそういう方向に向かっていると思われませんか。

津下 1つは、そういういろいろな研修会等で、私たちはそのメッセージを一生懸命伝えています。ただ、心配なのはポイントなど、実施方策

を事細かに規定することで、現場が動きにくい状況も出てきていることだと思います。

では、それがなぜ出てきたかという、1つにはコムスンの問題ではないですが、これで一儲けしてやるぜというのが、どうしても出てくるわけです。

川淵 ありますね。

津下 そうすると、医療保険者が安心してお金を払うためには、保健指導というのはかくかくしかじかという仕組みを見せなければいけない。なので、そういう観点でちょっと事細かく言い過ぎているのかなと。

逆に、保健指導者もこれをするのが目的になってしまっている。違うんです。手段なんですよ。特定保健指導をするというのは、最終目的ではなくて単に道具なので、上手に使ってねということですね。これをツールとして使いながら、こういう考え方でやってみようかということ、それから自分たちの今までやってきたことも踏まえ、職場環境も入れながらやっていくべきではないかなと思います。

川淵 私は最近、よくジョークで言うのですが、「メタボ特需」は不景気

だからあってもいいのではないかと。だから、予防についてもいろいろな創意工夫はあってもいいと思うのですが。

津下 それはすごく大事なことです。要は、先ほど言ったように個人の責任ばかりではなくて、社会の生活環境の変化というのが非常に大きい。だから、生活環境自体が変わるとか、生活の中でいろいろな仕組みができるとか、風潮が変わるというのは非常に大きいんですね。

川淵 なぜこんなことを言うかと言えば、1977年にアメリカでマクガバン・レポートが出て、それを契機にいろいろなビジネスが生まれたからです。当初は医療費亡国論みたいな話で、このままいくとアメリカは医療で滅びるということで、国は予防に力を入れたのです。予防に力を入れたときに、彼らが面白いことに「日本食がいい」と言ったのです。それでジャパン・クールが始まって、どんどん寿司バーや日本食レストランがアメリカにできました。ちょっと行き過ぎた感もあるんですけど。

日本食は結構いろんなレポートリーがあって、これでGDPが増えればちょっとぐらい分子の医療費が増え

