

- 14) Kawamoto R, Tabara Y, Kohara K, Miki T, Ohtsuka N, Kusunoki T, Abe M: Smoking status is associated with serum high molecular adiponectin levels in community-dwelling Japanese men. *J Atheroscler Thromb*, 2010; 17: 423-430
- 15) Efstathiou SP, Skeva II, Dimas C, Panagiotou A, Parisi K, Tzanoumis L, Kafouri A, Bakratsas K, Mountokalakis TD: Smoking cessation increases serum adiponectin levels in an apparently healthy Greek population. *Atherosclerosis*, 2009; 205: 632-636
- 16) Otsuka F, Kojima S, Maruyoshi H, Kojima S, Matsuzawa Y, Funahashi T, Kaikita K, Sugiyama S, Kimura K, Umemura S, Ogawa H: Smoking cessation is associated with increased plasma adiponectin levels in men. *J Cardiol*, 2009; 53: 219-225
- 17) Sull JW, Kim HJ, Yun JE, Park EJ, Kim G, Jee SH: Serum adiponectin is associated with smoking status in healthy Korean men. *Endocr J*, 2009; 56: 73-78
- 18) Ahonen TM, Kautiainen HJ, Keinänen-Kiukaanniemi SM, Kumpusalo EA, Vanhala MJ: Gender difference among smoking, adiponectin, and high-sensitivity C-reactive protein. *Am J Prev Med*, 2008; 35: 598-601
- 19) Jang Y, Koh SJ, Kim OY, Kim BK, Choi D, Hyun YJ, Kim HJ, Chae JS, Lee JH: Effect of the 252A>G polymorphism of the lymphotoxin-alpha gene on inflammatory markers of response to cigarette smoking in Korean healthy men. *Clin Chim Acta*, 2007; 377: 221-227
- 20) Takefuji S, Yatsuya H, Tamakoshi K, Otsuka R, Wada K, Matsushita K, Sugiura K, Hotta Y, Mitsushashi H, Oiso Y, Toyoshima H: Smoking status and adiponectin in healthy Japanese men and women. *Prev Med*, 2007; 45: 471-475
- 21) Abbasi F, Farin HM, Lamendola C, McLaughlin T, Schwartz EA, Reaven GM, Reaven PD: The relationship between plasma adiponectin concentration and insulin resistance is altered in smokers. *J Clin Endocrinol Metab*, 2006; 91: 5002-5007
- 22) Kim OY, Koh SJ, Jang Y, Chae JS, Kim JY, Kim HJ, Cho H, Lee JH: Plasma adiponectin is related to other cardiovascular risk factors in nondiabetic Korean men with CAD, independent of adiposity and cigarette smoking: cross-sectional analysis. *Clin Chim Acta*, 2006; 370: 63-71
- 23) Iwashima Y, Katsuya T, Ishikawa K, Kida I, Ohishi M, Horio T, Ouchi N, Ohashi K, Kihara S, Funahashi T, Rakugi H, Ogihara T: Association of hypoadiponectinemia with smoking habit in men. *Hypertension*, 2005; 45: 1094-1100
- 24) Tsukinoki R, Morimoto K, Nakayama K: Association between lifestyle factors and plasma adiponectin levels in Japanese men. *Lipids Health Dis*, 2005; 4: 27
- 25) Hirose H, Yamamoto Y, Seino-Yoshihara Y, Kawabe H, Saito I: Serum high-molecular-weight adiponectin as a marker for the evaluation and care of subjects with metabolic syndrome and related disorders. *J Atheroscler Thromb*, 2010; 17: 1201-1211
- 26) Havel PJ: Update on adipocyte hormones: regulation of energy balance and carbohydrate/lipid metabolism. *Diabetes*, 2004; 53: S143-151
- 27) You T, Nicklas BJ: Effects of exercise on adipokines and the metabolic syndrome. *Curr Diab Rep*, 2008; 8: 7-11
- 28) Kawamoto R, Tabara Y, Kohara K, Miki T, Ohtsuka N, Kusunoki T, Abe M: Alcohol drinking status is associated with serum high molecular weight adiponectin in community-dwelling Japanese men. *J Atheroscler Thromb*, 2010; 17: 953-962
- 29) Isobe T, Saitoh S, Takagi S, Takeuchi H, Chiba Y, Katoh N, Shimamoto K: Influence of gender, age and renal function on plasma adiponectin level: the Tanno and Sobetsu study. *Eur J Endocrinol*, 2005; 153: 91-98
- 30) Adamczak M, Rzepka E, Chudek J, Wiecek A: Ageing and plasma adiponectin concentration in apparently healthy males and females. *Clin Endocrinol*, 2005; 62: 114-118
- 31) Andersson K, Arner P: Systemic nicotine stimulates human adipose tissue lipolysis through local cholinergic and catecholaminergic receptors. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2001; 25: 1225-1232
- 32) Kern PA, Di Gregorio GB, Lu T, Rassouli N, Ranganathan G: Adiponectin expression from human adipose tissue: relation to obesity, insulin resistance, and tumor necrosis factor-alpha expression. *Diabetes*, 2003; 52: 1779-1785
- 33) Okamoto Y, Arita Y, Nishida M, Muraguchi M, Ouchi N, Takahashi M, Igura T, Inui Y, Kihara S, Nakamura T, Yamashita S, Miyagawa J, Funahashi T, Matsuzawa Y: An adipocyte-derived plasma protein, adiponectin, adheres to injured vascular walls. *Horm Metab Res*, 2000; 32: 47-50
- 34) Fagard RH, Nilsson PM: Smoking and diabetes - the double health hazard! *Prim Care Diabetes*, 2009; 3: 205-209
- 35) Tonstad S: Cigarette smoking, smoking cessation, and diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*, 2009; 85: 4-13
- 36) Audrain-McGovern J, Benowitz NL: Cigarette smoking, nicotine, and body weight. *Clin Pharmacol Ther*, 2011; 90: 164-168

特集

「生活習慣病」から「生活環境病」へ

## 第2次健康日本21の方向性と社会・生活環境

津下 一代

保健師ジャーナル  
第68巻 第8号 別刷  
2012年8月10日 発行

医学書院

## 第2次健康日本21の 方向性と社会・生活環境

あいち健康の森健康科学総合センター

津下一代



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

### はじめに

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

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

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

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

## そもそも健康日本 21 とは？

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

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

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

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

図 1 10年後を見据えた「めざす姿」<sup>1)</sup>

### 〈背景〉

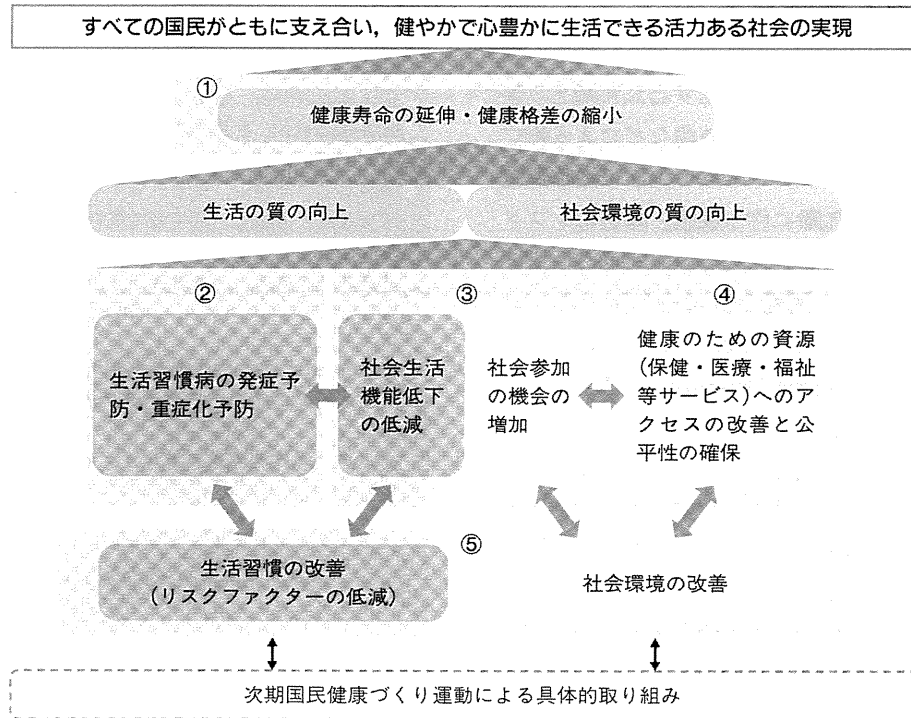
- 平均寿命、健康寿命ともに、世界のトップクラスを維持。
- 総人口は減少し、急速に高齢化が進行。
- 出生数は減少。生涯未婚率の増加、離婚件数の増加など、家族形態は変化。
- 経済状況は停滞し、完全失業率は5%まで上昇。非正規雇用が増加し、若年者の雇用情勢も依然として厳しい状況。
- 単身世帯が増加し、高齢者の単身世帯も増加。
- 相対的貧困率は16.0%。生活保護受給者数は過去最高の209万人。
- 進学率は向上し、2人に1人が大学進学する状況。一方、小中学校での不登校児童数は10万人を超える状況。
- がん等の生活習慣病が増加。医療費は30兆円を超える状況。
- 自殺者数は3万人程度で推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

### 10年後にめざす姿

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

住民の意識を喚起したり、保健事業の重点化を行うこともできます。

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

図2 健康日本21(第2次)概念図<sup>1)</sup>

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

### 「第1次」の反省①： 健康課題把握と目標設定は うまくできたか？

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

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

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

表1 地方自治体が活用可能な指標<sup>1)</sup>

分野	項目	地方自治体での目標例	活用可能な統計
全体	健康寿命	要介護率	要介護認定高齢者の割合(性・年齢, 要介護度別)
	75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少	がん死亡者数 標準化死亡比(SMR)	人口動態統計 死因別分類
がん	がん検診の受診率の向上	胃, 大腸, 肺, 乳がん, 子宮がん検診受診率	市町村実績データ 地域保健・健康増進事業報告
	脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少	「循環器系の疾患」の死亡率, 標準化死亡比(SMR)	人口動態統計 死因別分類
循環器疾患	高血圧の改善	最高血圧の平均値または, 高血圧有病率(140/90 mmHg以上の割合)	特定健診
	メタボ予備群・メタボ該当者の減少	特定健診におけるメタボ予備群・メタボ該当者数	特定健診
	特定健診・特定保健指導の実施率の向上	特定健診・特定保健指導実施率	特定健診
	合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入率)の減少	新規透析導入率	腎臓病登録
糖尿病	治療継続者の割合の増加	HbA1c(JDS)6.1%以上の者のうち治療中と回答したものの割合	特定健診
	糖尿病有病者の増加の抑制	糖尿病内服またはHbA1c(JDS)6.1%以上の者の割合	特定健診
	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少(HbA1cが8.0%以上の者の割合の減少)	HbA1cが8.0%以上の者の割合の減少(治療中, 治療なしに分けて集計)	特定健診
	自殺者数の減少	自殺による死亡率	人口動態統計 死因分類
こころの健康	強いうつや不安を感じている人の割合の減少	強いうつや不安を感じている人の割合 うつ病で治療中の人数または割合	国民生活基礎調査(大規模調査年) 患者調査 自立支援医療受給者証の新規交付件数
	健康な生活習慣(栄養・食生活・運動)を有する子どもの割合の増加	・朝食を毎日食べている子どもの割合 ・運動やスポーツをしている子どもの割合	文部科学省 [全国学力・学習状況調査] [全国体力・運動能力, 運動習慣等調査]
次世代の健康	全出生数中の極低出生体重児・低出生体重児の割合の減少	全出生数中の極低出生体重児・低出生体重児の割合	人口動態統計
	肥満傾向にある子どもの割合の減少	中等度・高度肥満児の割合	文部科学省「学校保健統計」
高齢者の健康	要介護状態の高齢者の割合の減少	要介護認定者数	介護保険事業状況報告
	認知機能低下ハイリスク高齢者の発見率の向上	(二次予防事業対象者の新規決定者の認知症予防支援該当者)÷(基本チェックリスト実施者数または65歳以上人口)	介護予防事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査
	低栄養傾向の高齢者の割合の減少	低栄養傾向の高齢者の割合	特定健診・後期高齢者健診
の社会環境	健康づくりに関する活動に自発的に取り組む企業数の増加, 健康づくりに関して身近で気軽に支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	健康宣言を行う企業, 団体の数	プロジェクトや保健活動を通して把握
	適正体重を維持している者の増加(肥満, やせの減少)	性・年代別の肥満, やせ	特定健診
喫煙	成人の喫煙率の低下(喫煙をやめたい人がやめる)	「現在, たばこを習慣的に吸っている」人の割合	特定健診
	3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加	3歳児でう蝕がない者の割合	健康診査(3歳, 歯科)に係る実施状況調べ
歯・口腔	12歳児の1人平均う蝕数が1.0未満である都道府県の増加	12歳児の1人平均う蝕数が1.0未満の者の割合	文部科学省「学校保健統計」

注)がんや循環器疾患について, 罹患率が得られる場合は, その値を活用する。

運動習慣, 睡眠, 飲食頻度等, 特定健診の任意項目についてその値が得られる場合は, 活用する。

健康格差を把握する1つの方法として, 生活保護受給者等健康診査結果を分析・活用することもできる。

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

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

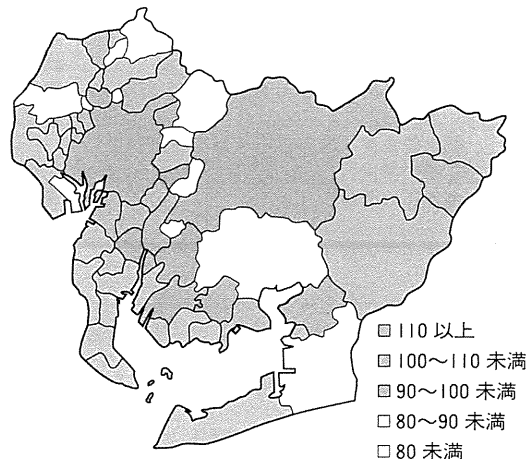
### 「第2次」の展開①：地方自治体計画は、もっと使いやすいデータを用いることも！

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

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

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

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



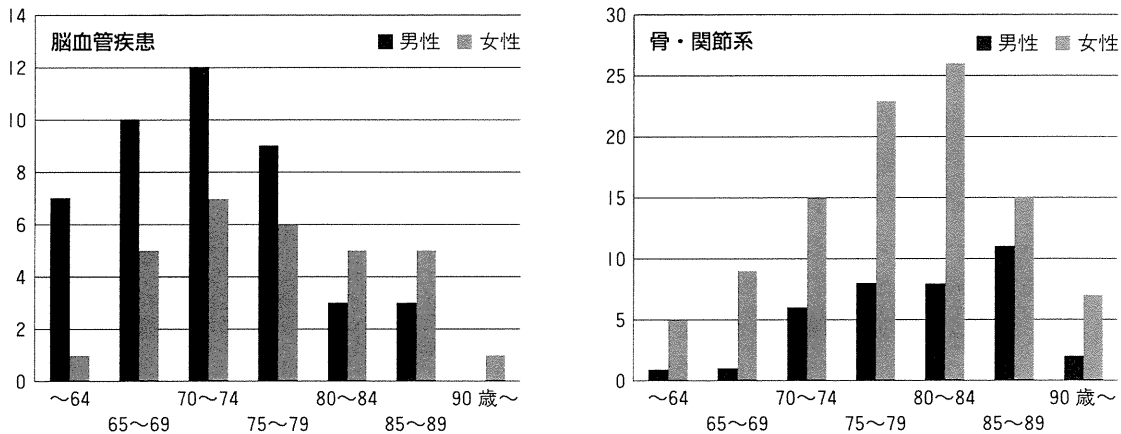
参考になるのではないかと考えています。この場合、健診受診率に地域格差があることに留意する必要があります。データを活用するときには、常に「目の前に現れていない人のデータ」に注意する必要がありますが、これはアンケート調査でも同じことです(実施範囲や回収率によって、回答が得られない住民がいることに留意)。

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

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

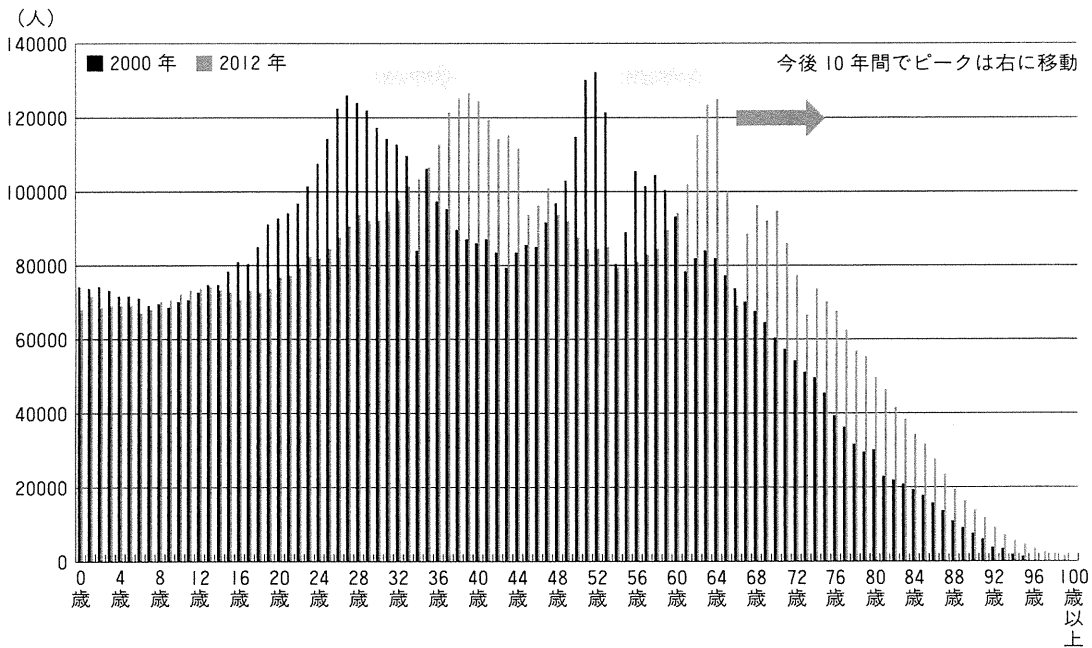
図4 介護保険情報を活用した分析例(北名古屋市)

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



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

図5 年齢別人口の変化(愛知県)；2000年⇒2012年



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

**「第1次」の反省②：  
目標到達のための戦略、  
戦術は？**

目標に到達するための対策について、医学的



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

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

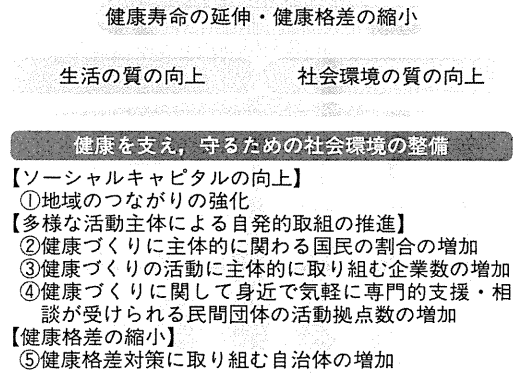
## 「第2次」の展開②： 個人のリスクファクター低減 と社会環境の改善の両輪で！

### ■個人のリスクファクター低減に向けて

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

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

### 図6 「健康を支え、守るための社会環境の整備」の目標設定の考え方<sup>1)</sup>



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

### ■社会環境の改善

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

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

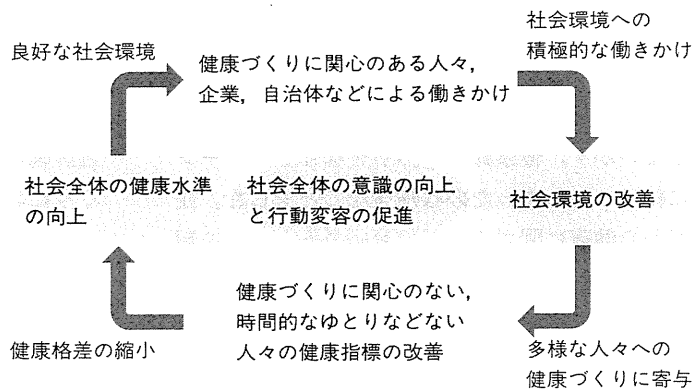
食生活においてはとくに食環境の影響が大き

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

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

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

図7 良好な社会環境の構築に向けた循環(例)



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

### 「第1次」の反省③： 住民向け、全庁向けの 広報戦略は十分できたか？

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

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

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

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

### 「第2次」の展開③： 目標構造の見直しと 全庁的な対応の推進へ

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

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

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

### 第2次健康日本21策定は あらたな出発点

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

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

#### ●文献

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

津下一代 ● つした・かずよ

あいち健康の森健康科学総合センター

〒470-2101 愛知県知多郡東浦町大字森岡字源吾山1-1

総 説

## 第二期の特定健診・特定保健指導の 在り方について

津下一代

## 第二期の特定健診・特定保健指導の在り方について

津下一代

あいち健康の森健康科学総合センター

キーワード 特定健診, 特定保健指導, メタボリックシンドローム

### はじめに

平成20年度に特定健診・特定保健指導制度が開始されてからすでに4年が経過し、厚生労働省では健康局、保険局において、第二期の実施方策について1年以上かけて検討してきた。

検討会では、特定健診・特定保健指導の実施率・メタボリックシンドローム減少率などの検証、特定保健指導に該当しない対象者への支援、新たに導入すべき検査項目、実施率向上策など本制度に関する技術的課題の検討、後期高齢者支援金の加算・減算方式、第二期の目標設定等の検討など、多岐にわたる事項が議論された。

その結果、平成25年度からの第二期については一部修正がかかるものの、より一層の受診率向上を目指して継続する方向性が確認された。また、国に集められたナショナルデータベースでの分析も始まったばかりであり、第三期に向けて、より効果的かつ効率的な予防政策を追求していくことも確認された。

私は両検討会の委員として議論に参画する機会をいただいた。本稿では決定された事項を中心に、その背景を踏まえてお示ししたいと考えている。

### 第一期特定健診・特定保健指導の概要と実施率

本制度は「高齢者の医療の確保に関する法律」により、①医療保険者に健診・保健指導の実施を義務づけたこと、②健診・保健指導の方法を標準化し電子的にデータを集約・評価するシステムを導入したこと、③内臓脂肪症候群に着目して保健指導対象者を選定する階層化基準を設けたこと、などの特徴があり、政策型健診としての位置づけを明確にした制度である。

特定健診、特定保健指導の実施率は、平成22年度にそれぞれ43.3%、13.7%と、目標の70%、45%とは相当の開きがある状況である。しかしながら各保険者、健診・保健指導実施機関により制度の周知がはかられたり、実施しやすい体制が

表1 平成20～22年度特定健診・特定保健指導の実施状況と目標

●特定健康診査の保険者種別の実施率

		全体	市町村 国保	国保 組合	全国健康 保険協会	船員 保険	組合 健保	共済 組合
実績値	平成20年度	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%
	平成21年度	40.5%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
	平成22年度	43.3%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.6%	70.9%
目標値	第一期	70%	65%	70%	70%	70%	80%	80%
	第二期	70%	60%	70%	65%	65%	85%	90%

●特定保健指導の保険者種類別の実施率

		全体	市町村 国保	国保 組合	全国健康 保険協会	船員 保険	組合 健保	共済 組合
実績値	平成20年度	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%
	平成21年度	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
	平成22年度	13.7%	20.9%	7.7%	7.3%	6.6%	14.8%	10.4%
目標値	第一期	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%
	第二期	45%	60%	30%	30%	30%	60%	40%

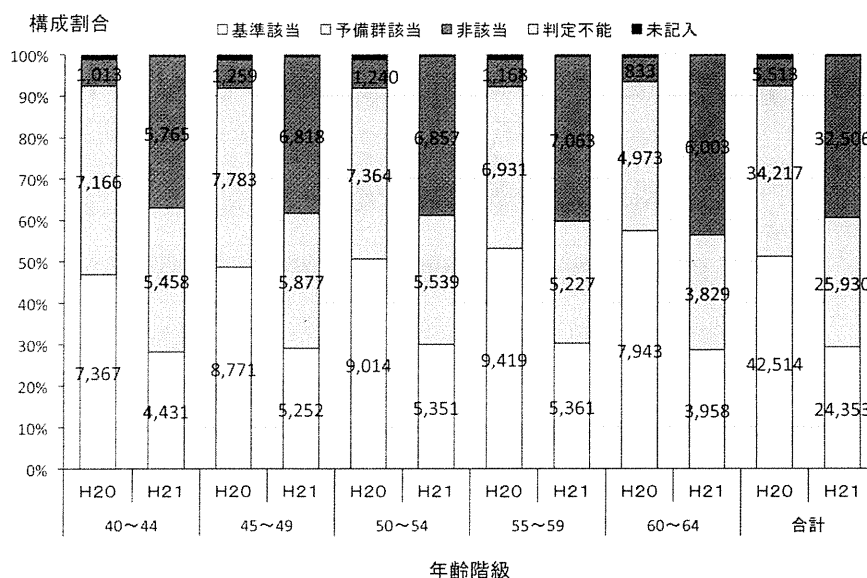


図1 平成20年度 特定保健指導終了者(積極的支援)の平成20・21年度 メタボリックシンドロームの状況  
(厚生労働省保険局 検討会資料)

整いつつあり、平成20年度からの3年間で徐々に実施率を高めているところである(表1)。平成22年度には全国で2,260万人が特定健診を受診、そのうち55.6万人が特定保健指導を受けている。これらの記録は電子化されて国に集約された状態にあり(個人情報匿名化)、国を上げての予防政策として、世界的にも特筆すべき制度といえる。

健診受診率について考える時、注意すべき点は、従来の老人保健事業においては対象者数(分母)の算定方式が統一的ではなかったために正確な受診率ではなく、比較できないということである。また、労働安全衛生法健診においては50人未満の小規模事業所では報告義務がないために実施率が把握できていない。本制度では医療保険者が実施することにより、正確な受診率を把握でき、未受診者対策を推進することも可能となった。

### 第一期特定保健指導の効果分析と方向性

積極的支援に参加した対象者においては、1年後の健診データの改善が示されている。図1は保険局が検討会で提示した資料であるが、メタボリックシンドローム該当者が42,514人が24,353人に減少(42.7%減)、非該当者が26,993人増加している。

いくつかの厚生労働省研究班においても特定保健指導による健診データ等の評価を試みている

(表2)。私が班長としてとりまとめた積極的支援による効果分析では、体重減少率、腹囲減少量に対応して血圧、脂質、血糖等の改善がみられており、2%以上の減量により各項目が有意に改善している(図2-1, 2-2)。4%減量達成率は対象全体の25%、2%減量の達成率は4割程度と実現可能性の高い目標であり、メタボリックシンドロームにおいては少なくとも2~4%の減量を達成することが効果的ではないかと考えられた。しかし、いずれの研究においても追跡期間が短いため、今後の追跡とさらなる精緻な分析が求められている。

短期間のデータ分析ではあるが、特定保健指導、特に積極的支援において生活習慣病予防効果が示唆された。しかし保健指導実施率はいまだ14%程度と低いことから、保健指導実施率を高める方策についての検討が必要である。また積極的支援終了者においては効果が確認されたが、それ以外の対象者の保健事業の在り方についても議論が必要である。

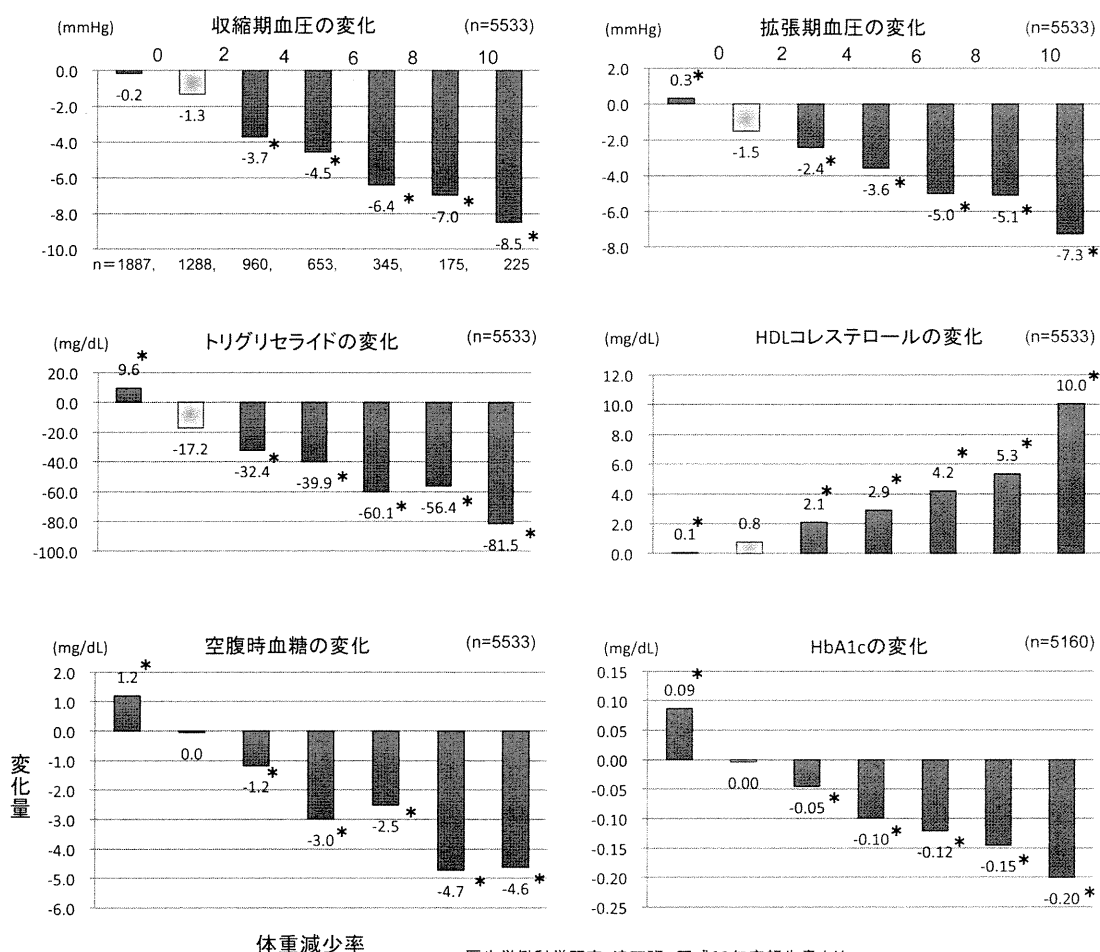
以上のことを踏まえ、平成25年度から29年度までの第二期においても特定健診・保健指導の枠組みを維持し、その実施率向上に向けて取り組むこととなった。今後もエビデンスを蓄積して効果の検証に取り組むとともに、必要に応じ運用の改善や制度的な見直しの検討を行う予定とされている。引き続き特定健診実施率70%、特定保健指

表2 特定健診・保健指導の効果に関する主な既存研究の概要

特定健診・保健指導の効果に関しては、厚生労働科学研究において次のような研究が行われている。

研究方法	検証内容	研究結果の概要
特定保健指導を受けた前後の比較 (同一者の追跡)	① 特定保健指導による検査値等の改善効果	積極的支援実施群1,155例の6ヶ月後の特定保健指導効果を検証。体重、BMI、腹囲、SPB、DBP、TG、HDL-C、LDL-C、HbA1c、AST、ALT、γGTPで統計学的に有意な改善効果があった。(津下班)
		H20年度特定保健指導支援実施者890例のH21年度健診結果による特定保健指導効果を検証。体重、BMI、腹囲、DBP、TG、HDL-C、LDL-C、FPG、AST、ALT、γGTPで統計学的に有意な改善効果があった。(福田班)
		全国の健康保健組合の2008・2009年度の2,694,163例の特定保健指導効果を年代別に検証。若年ほど特定保健指導対象者から外れる者の割合が高かった。加齢に伴ってリスクの改善効果は減少した。(永井班)
特定保健指導実施群(介入群)と未実施群(対照群)の比較	① 特定保健指導による検査値等の改善効果	積極的支援実施群1,115例と対照群10,994例について12ヶ月後における特定保健指導効果を検証。体重減少4%達成は、介入群32.7%、対照群15.3%、Mets減少率は介入群31.4%、対照群19.6%。特定保健指導対象者から外れた者の割合は介入群41.3%、対照群27.1%であった。体重、腹囲、SBP、DBP、TG、HDL-C、LDL-C、FPG、HbA1c、AST、ALT、γGTPの変化量の群間比較で統計学的に有意な改善効果があった。(津下班)
		A国保の2008・2009年度の5,553例について、特定保健指導の効果を年代別に検証。特定保健指導対象者から外れた者の割合を見ると、40代から60代では不参加者と比較して統計学的に有意な改善があった。(永井班)
		② 特定保健指導による医療費の低減効果
		13国保、4健保、5協会けんぽ支部の平成20年度特定健診・保健指導データ及び平成19年～21年データ(2,311,932例)を用い、特定保健指導の有無による平成19年と平成21年の年間医療費の変化を比較した。積極的支援では、介入群(2,108例)は対照群(75,804例)より、年間総医療費は3226点少なく、外来医療費では752点少なかった。(岡山班)
		日健保組合における男性の2008年特定健診受診者(12,816例)の2009年10月までの医療費を追跡。保健指導完了群(807例)、対照群(964例)について、医療機関の受診の有無と1日あたり点数を比較。保健指導完了群では、受診率4%少なく、1日当たりの点数は17%少ない。ただし、医療費の減少は同一個人内では診療日数の減少によるもの。(津下班)

保険者による健診・保健指導に関する検討会(第6回)平成23年12月

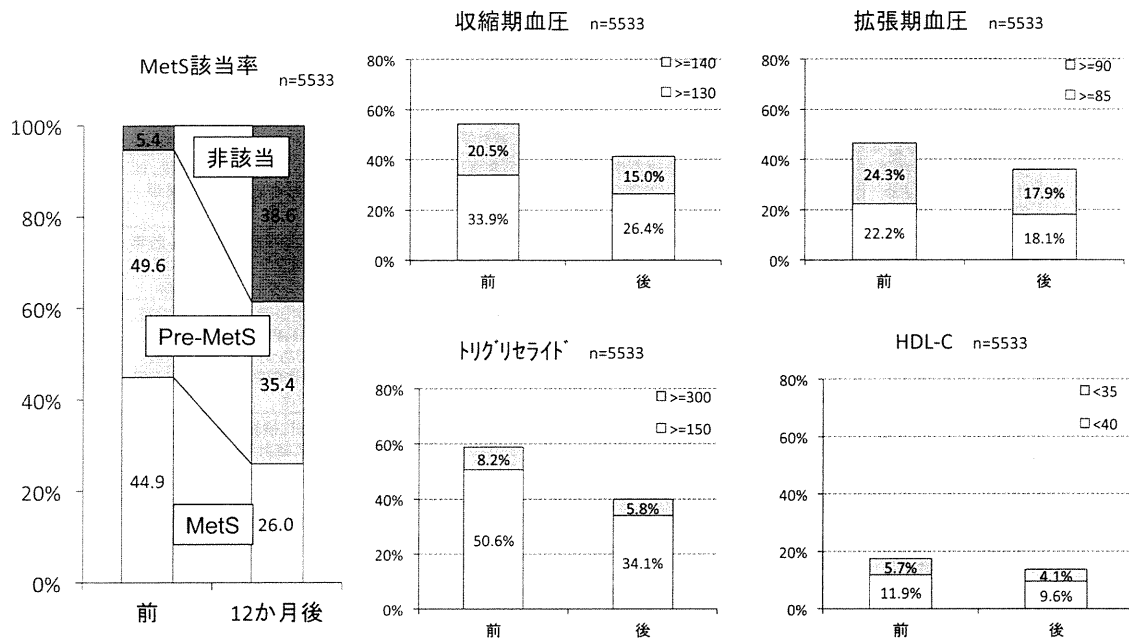


体重減少率

厚生労働科学研究:津下班 平成23年度報告書より  
生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす効果と医療費適正化効果に関する研究

図2-1 1年間の体重変化率と検査値変化(積極的支援実施群)

一元配置分散分析, \*0 ≤ < 2群と比較して有意差あり



厚生労働科学研究：津下 平 平成23年度報告書より  
生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす効果と医療費適正化効果に関する研究

図2-2 積極的支援による有所見率の変化

積極的支援により、1年後の健診でMetSは44.9%→26.0%へ減少、血圧(130mg/dL)、脂質(TG150mg/dL)等の有所見率は低下した。

導実施率45%の目標を維持し、その達成に努めることとなった(表1)。

第二期特定健診について

健診項目については、腹囲、HbA1c、クレアチニンについて議論された。

1)腹囲について：基準値と階層化における位置づけ

腹囲についての論点は、①腹囲を特定保健指導対象者選定の第一基準とすることの妥当性、②腹囲基準値の妥当性(男性85cm、女性90cmでよいか)、③腹囲、BMI非該当の受診者への対応等が挙げられる。

①の論点については、内臓脂肪に着目した保健指導は効果が上がりやすい点や、腹囲は日常生活でも認識しやすく、予防行動につながりやすい点が指摘された。一方、腹囲は女性にとって抵抗感のある指標でもあり、強調しすぎるマイナス面も指摘された。

②の論点については、絶対リスクと相対リスクの観点で整理された。男女ひっくるめて動脈硬化性疾患全体の予防の観点(絶対リスク)で見ると、男女とも現行の基準が適していることがいくつかの研究で明らかにされた一方、女性だけの相対

リスクをみたときには腹囲80cm程度を目指した方がよいことが指摘された。

③の論点については、非肥満の喫煙者、高血圧者において循環器疾患死亡率が高いことが言及され、非肥満ハイリスク者への対応が必要との意見が出された。

以上のように、腹囲の取り扱いについては委員間で認識に隔たりがみられたため、これからもエビデンスを蓄積しつつ、継続的に検討していく必要性が確認された。

以下は私見ではあるが、特定保健指導制度においては、男性の肥満者へのアプローチが強化された点が大きなメリットだと考えている。市町村において従来保健事業にあまり参加しなかった男性の参加者が増加したことは大きな進歩といえる。また働き盛り層においては会社ぐるみ、健保ぐるみの取り組みもここ数年間で進展してきている。

女性においては男性よりも動脈硬化リスクが低いことや、「やせ」の問題もあり、行きすぎた保健指導にならないことも重要である。女性の基準値については90cm以上を最優先とするものの、腹囲80cm~90cmの対象者の保健指導の必要性や



在り方を検証し、エビデンスを蓄積していくことが必要ではないかと考えられた。

非肥満ハイリスク者(高血圧、糖尿病、脂質異常症)においては加齢や遺伝等の影響もあり、生活習慣改善を主体とした保健指導プログラムが確立されているとはいえないことが課題となった。これらの病態では、定期的な検査と生活習慣改善指導、薬物療法と組み合わせた医療管理が必要であり、受診勧奨の徹底が重要である。

喫煙についても循環器疾患やがんのリスクとして非常に重要な課題であるが、健診時に薬物治療についても紹介して受診勧奨を行うこと、タバコ価格の引き上げや分煙政策の推進などのポピュレーションアプローチも含めて検討していくことの必要性が確認された。

## 2)HbA1cについて：表記の見直し

HbA1cの結果表記が、平成24年度から日常臨床の現場においてJDS値からNGSP値へ変更となった。特定健診においてはJDS値を用いているが、第二期におけるHbA1cの表記をNGSP値で行うことについては、日常臨床での普及状況を勘案して、今後、実務担当者によるワーキンググループ等で協議することとなった。

## 3)クレアチニンについて：健診への導入の検討

制度創設時には必須健診項目としての導入が見送られた血清クレアチニン検査の必要性について議論を行った。

論点としては①CKD(慢性腎臓病)は心血管イベント発症や生活習慣病の発症・悪化の原因といえるか、②生活習慣改善を目的とした保健指導はCKDに対して有効か、③尿蛋白のみの測定ではなく、血清クレアチニン値を追加測定する必要性はあるのか、④血清クレアチニン検査を行うことで、心血管イベント抑制効果、人工透析低減効果、国民医療費抑制効果があるのか、であった。

健康局の検討会では、心血管疾患のスクリーニングとして有用であり、保健指導・栄養指導などの観点でも役立つとして、健診項目への導入が望ましいという結論を得た。この結果を踏まえ、保険局では保険者の事業としての観点で、内臓脂肪型肥満との関連性、特定保健指導による改善可能

性、事業主健診に盛り込まれるか否か、などについて検討を行ったが、第二期の特定健診の必須項目には加えない方向性が確認された。

血清クレアチニン検査の有用性については「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」等で周知を図るが、今後特定健診の項目に加えるか否かについては、第三期(平成30年度)に向けて関係者との調整を行い、詳細健診の項目とすることも含め、改めて検討することとなった。

健診・保健指導で、血清クレアチニン値と性・年齢から算出されるeGFR(推算糸球体濾過量)を用いる場合、以下の点については留意すべき点ではないかと考えられる。

- ・eGFRは、実測値(GFR)と比べてばらつきが大きい(体格や運動による影響など)。
- ・高齢者ではeGFRが低値をとりやすいなど、検査の限界を十分に理解したうえで説明する必要がある。

## 第二期特定保健指導について

特定保健指導については、非対象者への対応、情報提供の在り方、保健指導プログラムの見直し(ポイント制、2回目以上の対象者への対応)等が検討された。

### 1)特定保健指導非対象者への対応

健診の項で言及したとおり、非肥満でリスクがある者については特定保健指導の対象とはならないが、その病態に応じて保健指導を行う必要性が確認された。特に非肥満で受診勧奨判定値以上の者に対しては、適切に健診結果の情報提供を行うことが重要である。

当面の方策として、健診・保健指導現場において一定の考え方に沿って適切に対応できるよう、できる限りの定型化を図ったうえで、これを指針として標準プログラムに示すこととなった(表3-1, 3-2)。

すなわち、肥満の有無と検査データの程度(A～Dゾーンの4区分)を組み合わせ、情報提供、特定保健指導、受診勧奨などの対応を適切にとること、特にDゾーンにあたる対象者に対しては確実な受診勧奨を行い、できれば受診したことを確認するなどして重症化防止に努めることが望ましい。

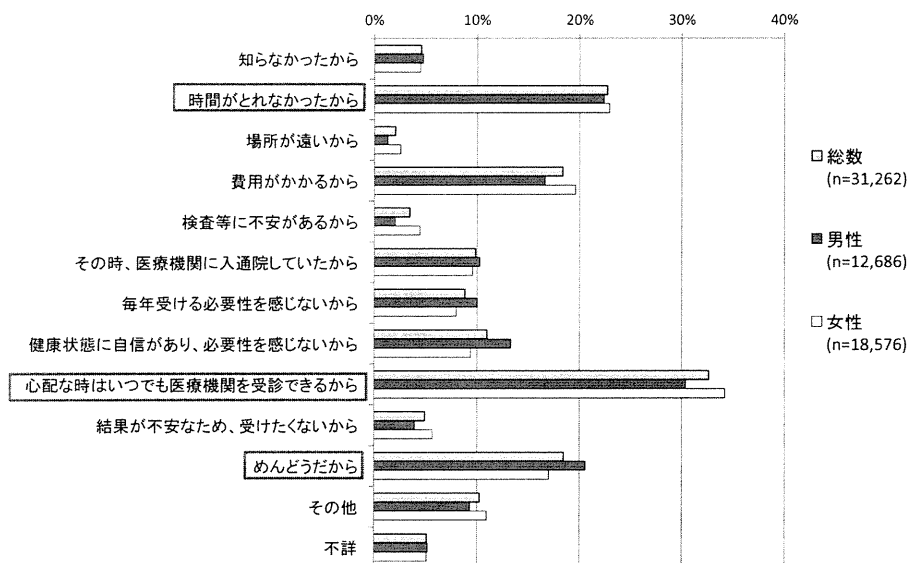


図5 健診等を受けなかった理由(20歳以上, 複数回答)  
(出典:平成22年国民生活基礎調査)

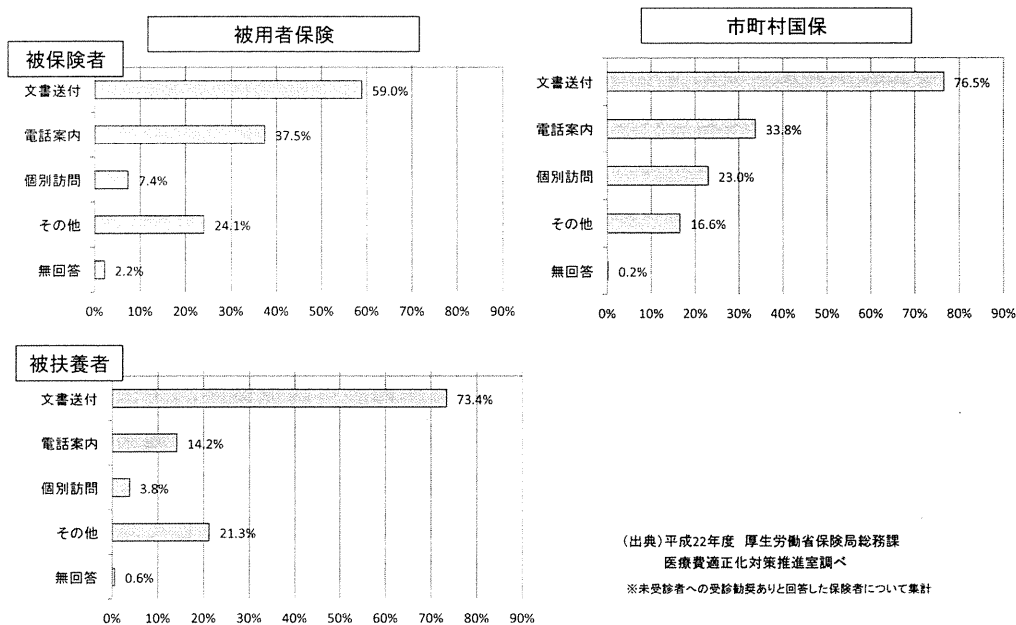


図6 未受診者への受診勧奨の方法(複数回答)

未受診者への健診受診勧奨を行っている保険者について、その方法を調査したところ、以上のとおりであり、特に被扶養者については文書送付が、他の方法と比べて多かった。

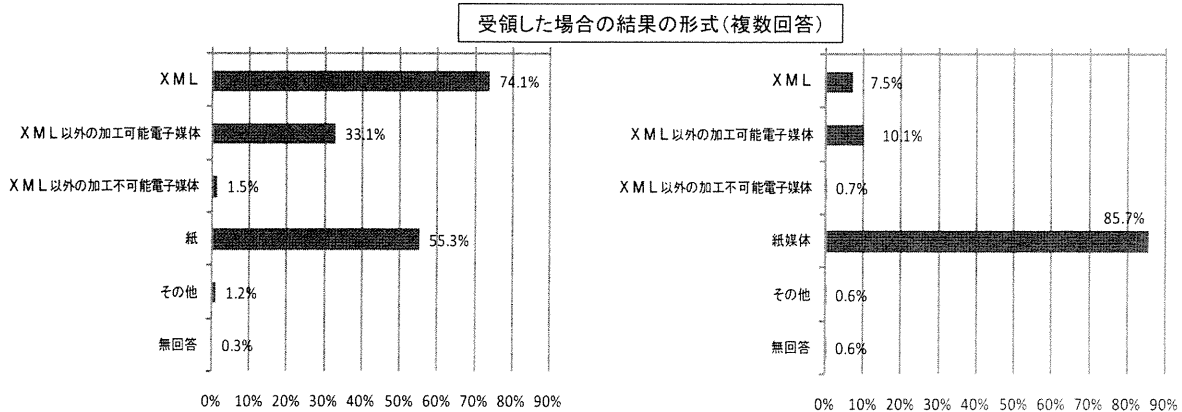
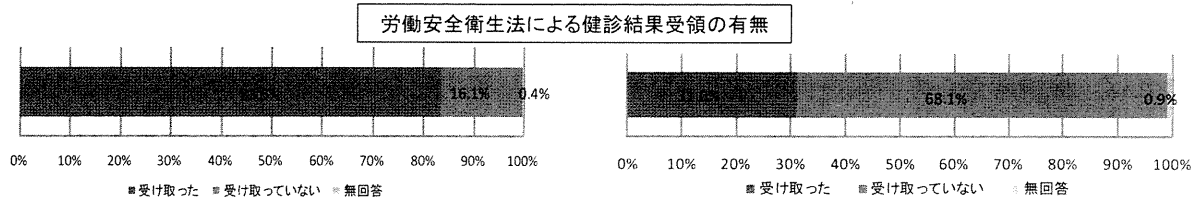
20%となっている(平成22年度 厚生労働省保険局総務課 医療費適正化対策推進室調べ)。特に被扶養者への働きかけが少ないことが問題である。

受診勧奨の方法として文書による通知が多く、被扶養者では電話による通知は少ない傾向がみられる(図6)。

特定健診未受診者への受診勧奨についてはまだ十分に行われていない保険者もあることから、未受診者に対する受診勧奨を少なくとも1回は行うことが求められる。特に被扶養者に対しては、確実に情報が届くように勧奨を行うことが必要である。

被用者保険(1702保険者)

市町村国保(1757保険者)



(出典)平成22年度 厚生労働省保険局総務課 医療費適正化対策推進室調べ

※受け取ったと回答した保険者について集計

図7 労働安全衛生法に基づく健康診査結果の受領状況

労働安全衛生法に基づく健診結果の受領状況について、被用者保険は、労働安全衛生法上の健康診査結果を8割超の保険者が受け取り、結果形式はXML、紙が多かった。市町村国保は、約3割が受け取り、結果形式は紙が多かった。

## ②被扶養者への実施率向上について

被扶養者は本制度制定以前には老人保健事業により市町村において健診受診をしてきた。本制度導入により実施主体が保険者に移行したことから、受診率が低迷している。

第二期においては、被扶養者が地域で健診を受けられるよう、市町村国保への委託がスムーズに行える仕組みづくりが必要である。

現在、①市町村国保が被用者保険の被扶養者への特定健診実施の受託に同意した場合で、②被用者保険の保険者が対象者を明示し、③個別に対象者が所在する市町村国保それぞれと個別に契約を締結することを前提に、市町村国保に委託する場合の円滑な費用決済やデータの授受の方法、④その際の市町村国保の事務負担等について、実務担当者によるワーキンググループで議論されている。

## ③関係者間でのデータ連携

被用者保険本人の健診受診については、事業

主健診データの保険者への円滑な提供が重要であるが、中小事業所から全国健康保険協会、国保へのデータ提供が円滑に進んでおらず、事業主健診データがうまく活用されていない実態がある(図7)。また、紙媒体での提供では非効率的な状況となっている。

国は事業主等に対して協力要請を行っているが、現在システマ的な対応ができないかを検討中である。たとえば、特定健診実施機関が事業主健診を受託している場合には、当該機関から特定健診の様式に沿って医療保険者へデータ提供することも有効と考えられる。そのため、事業主は①事業主健診を委託する際に、対象者の保険者、記号・番号を明記し、②それに基づき事業主の委託を受けて実施機関が特定健診の様式(XML形式)に従い、医療保険者へデータ提供を行う、という仕組みを構築するための検討が必要である。

さらに、人間ドック等とのデータ連携、医療

機関で受診中に得られる「特定健診に相当するデータ」を入手するなどの方法を講ずることによって、保険者が健診データを取得することができれば、保険者からの情報提供や特定保健指導へつなげることができる。その際、活用できる検査データの作成時期、連携するデータ様式や本人同意をとるための手続き等について決定する必要があることから、今後の検討課題となっている。

### 3) 継続受診について(リピーターを増やす)

特定健診の受診率向上にあたっては、対象者が継続して特定健診を受診することも必要である。そのためには対象者が継続受診することについて必要性を感じる事が重要であり、この観点からは、健診結果の通知と同時に経年的な受診の必要性を周知するなど、充実した情報提供を行うことが重要である。

「健診を受けたが、悪いことをいろいろ指摘されるだけ」、「事務的に流れ作業のようだ」、「風邪の季節に受診し、ずいぶん待たされたあげく、風邪を引いた」など、健診にまつわる悪い印象があると継続受診につながらない。健診データの経年変化のグラフを添付したり、前年度よりも改善したことをほめたりするなどして、継続意欲を高める工夫が必要である。

本人の利便性を考慮し、集団健診(検診車などで、特定の場所・期日に実施する形態)と、個別健診(対象者が個別に任意の日時に健診機関等で受診する形態)を組み合わせるなどの工夫も必要である。

### 後期高齢者支援金の加算・減算制度について

「高齢者の医療の確保に関する法律」において、後期高齢者の支援金を各保険者が分担すること、その後期高齢者支援金については、特定健診等の実施率、メタボリックシンドロームの減少率に基づいて加算・減算が行われることとなっており、平成25年度から実施される予定となっている。

今回の検討会ではこの制度については賛否両論出されたが、保険者に健診・保健指導のインセン

ティブを与えつつ、財政的に負担がかかりすぎない方法について検討された。

その結果、保険者種別で調整を行うこと、加算率は平均的な保険者が特定健診・保健指導に要する費用を勘案して0.23%に設定すること、第一期については特定健診・保健指導両方の実施率が参酌標準を達成した保険者を減算対象とすることが決められた。メタボ減少率は加入者の出入りの調整も必要なことから、指標からは外された。結果として、加算の対象となる保険者は特定保健指導の実施率が実質的に0%の保険者を対象とすることとなった(災害の影響や小規模保険者については別途適応外を考慮)。

第一期の実績評価である25年度支援金の加算・減算は、確定後期高齢者支援金の精算が行われる27年度から開始、第二期もほぼ同様の方法で年度毎に実施されことになる。

### おわりに

検討会において印象的だったのは、保険者側が効果的な保健事業を行うことで加入者の健康を確保することを強く求めていることであった。このことは「健康で働ける」人を増やし社会を活性化できる面と、増え続ける医療費、介護給付費に少しでも好影響をもたらしたいという考え方であった。

健診・保健指導にかかわる立場として、これまで以上に成果の上がる保健事業、費用対効果を考えた仕事を追求することが大切であると感じている。このことが受診者一人ひとりに対してよりよいサービスを提供することにつながり、保険者の期待にも応えられるものとなると感じた。

研究者としては、特定健診・保健指導の生活習慣病予防や医療費への効果のエビデンス等を蓄積し、専門的な知見を踏まえた検証を進めていくことが必要であると感じている。このような知見を広く公表することにより国を挙げた予防戦略が推進していかねばならない。人間ドックは予防医学の中心的存在であり、良質なエビデンスの発信を期待したい。