

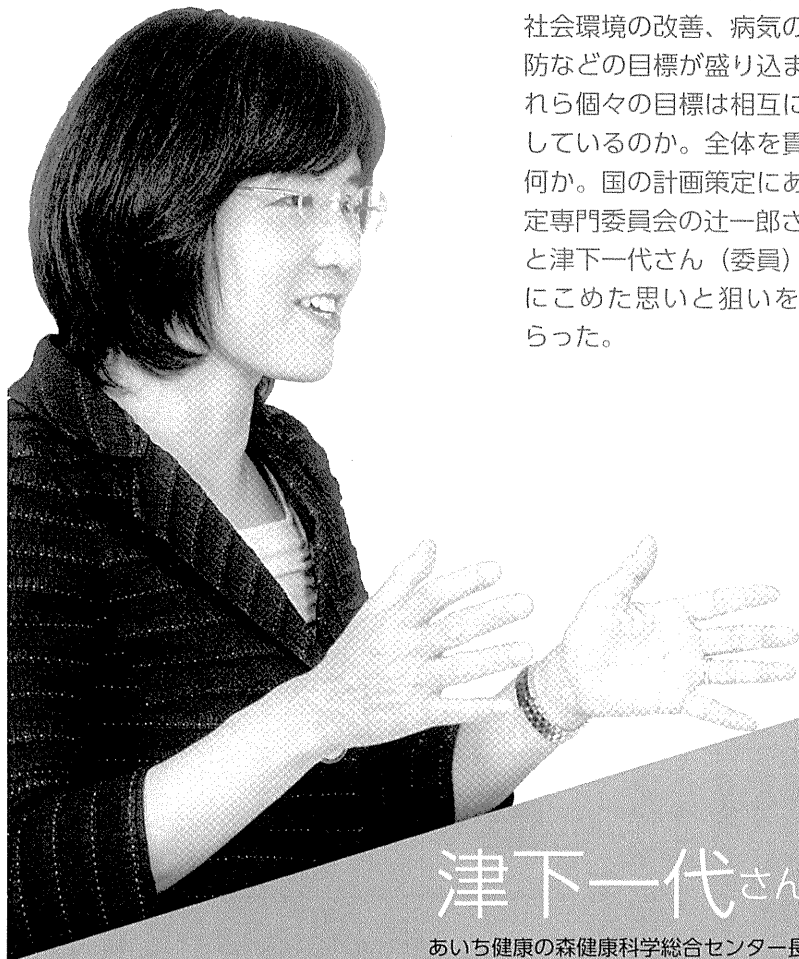
※当対談は弊社のSNS「保健師向上委員会」との合同企画です。
SNSのサイト (<http://www.hokensidou.net/>)、「ニッポンの健康づくり」も併せてご覧ください。

《対談》

健康日本21(第2次)が 目指すもの

健康日本21
(第2次計画)に
盛り込んだ
思いを語る

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



津下一代さん

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



辻一郎さん

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

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

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

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

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

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

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

今回は都道府県ランキングが出たこ

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

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

辻 このままいくと国が潰れてしまうかもしれないという危機感の中で、健

とで、「健康寿命」という言葉が広まりました。それをきっかけに自分のところの健康寿命が何位なのか、近隣と比べてどうなのかを考えるようになり、愛知県でも「なぜ、健康寿命が長いのか」と他県から随分お問い合わせをいただきました。このように多くの人の関心事になったことがまず大きなステップだと思います。

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

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

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

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

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

今回は健康格差ということで各市町村から洗い出して都道府県別の健康寿命を出しましたが、そのことで、「健康寿命は何でこんなに違うのか」「わが県

辻 今、とても大事なお話をされたと思います。今回47都道府県の健康寿命のデータを出したところ、そのうち5県くらいからはお褒めの言葉をいただいたのですが、残りの40以上のところからは「何でこんなものを出すんだ」と言われました。よく聞かれるのは「日常生活に制限がある期間、ない期間と





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

多病息災ということ、病気があっても健康づくりをし、介護状態でも前向きに過ごす、というポジティブな志向がありますね。

従来の健康づくりや予防という言葉の中では「病気になるように」と

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

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

辻　そうですね。従来の1次予防だけではなく、重症化予防とか一病息災な

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

多少病気があったり、体の動きが悪

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

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

津下　そういう意味では健康寿命はICF（注）の概念に近い。一病息災、



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

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

新しい健康観を提示

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

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

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

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

前に進むのかなと思うんですが。

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

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

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

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

情報を集め 見える化する

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

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

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

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

第1次のときは、とにかく目標をつくり、冊子をつくることで息切れして

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

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

たから。「ヘルプがないのはヘルプの印」なんです。

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

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

つながるのではないかと思います。

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

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

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

営住宅があって孤独な人が多い」と知っています。

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

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

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

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

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

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

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

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

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



比較することでモチベーションも高まると思います。

辻下 高まりますね。繰り返しになりますが、情報公開というのは物事を進めていく原動力です。成績が悪い市町村にとつては嫌なんだけれども、まずそれが出発点で、5年後、10年後に順位が変わってほしいと思います。

健康格差を解消する

津下 成績の悪い市町村というのは、逆に見ればそれだけ「伸びしろが大きい」ということです。県の立場としては、ただ「悪いですよ」と指摘するのはなく、どうすれば数値が良くなるのかをしっかりとサポートする必要があります。

辻 愛知県は「あいち健康の森健康科

学総合センター」があつて、市町村の支援ができるんですが、ほかの県ではどうかというと、それに当たる機関は非常に少ないのが現状です。県としてあるいは保健所として、市町村をどのようにサポートしていくかは重要な課題になりますね。

津下 最近、気になっているのが、モデル事業に積極的に応募する市町村とそうでない市町村があるということですね。手を挙げる市町村はもともレベルが高いところであつて、参加することですますます成績を上げていくけれど、まったく手を挙げない市町村はそういうチャンスがあることさえ知らない。健康格差を縮める意味でも、そういう市町村にこそ、プロジェクトを組むなどの県の働きかけが必要なのかなと思います。

辻 モデル事業に応募したくてもス

す

格差は職種にもあります。この前、中小企業で働く人が、働き盛りの死亡が多い現状を何とかしようと、市町村事業に学ぶためメタボの勉強会に来てくれたのです。すると、体重100キロ級の人が多い職場とか、若年層が次々と病気で倒れていく職場とか、地域では聞けない、職域ならではの話が出てきました。この夏には自治体の保

健師が向いて熱中症対策の講話をするなど、地域職域交流は今、動き出しているところなんです。

大企業のような保健の専門スタッフがいない彼らにとつては、健康を気遣ってくれるスタッフと話せたということでも感激していたし、行政のほうも喜んでもらえたことがうれしかった。

小さな会社の場合は、今まで独自に健康づくりをやるうとしても余裕がな

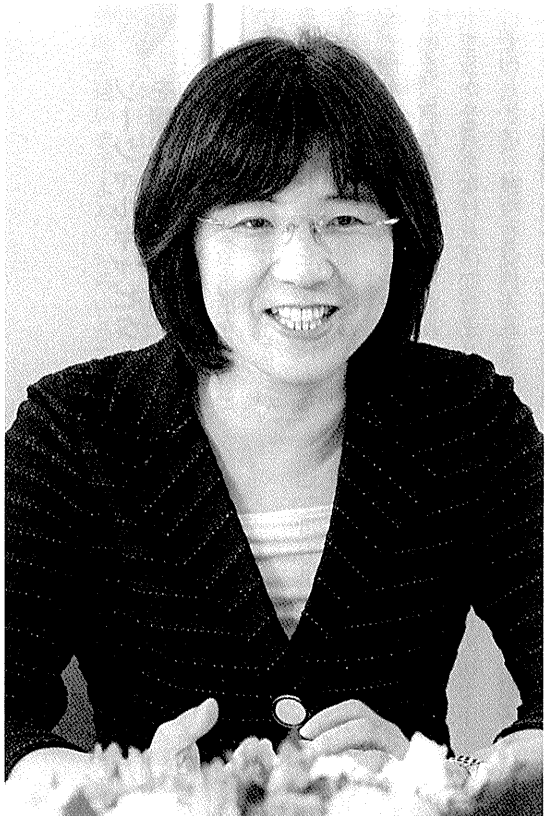
タッフがいなかったか、ノウハウが分からないとか、さまざまな困難を抱えていることも考えられますね。今回出した健康寿命の市町村比較には、県としてどの市町村を重点的に底上げすべきかが分かるという狙いもあり、保健所なり県なりが人材を投入したり、いろいろなノウハウを教えたりして底上げしていくのを期待しています。

津下 今回、健康格差の概念を入れ込んだことで、都道府県や大学など市町村をサポートできる立場にある人たちが地域のこの問題に目を向けることが期待されます。愛知県内にも住民の健康意識が非常に高く健診の数値も良い市町村もあるし、その反対の市町村もあります。面白いのは私たちのサポートを新鮮に感じ、喜んでくれるのは後者のほうが多いんです。私たちも伸びしろが大きい市町村の健康づくりにかかわれる喜びというのがありま

かったけれど、行政が一步踏み出したことで、お互いに貴重な成功体験を得ることができました。もちろんこれは、市長の「国保だけでなく市民全体を対象にした健康づくりを」という理念があつての話なんです。

辻 医療保険の保険者間格差というのも大きいですね。中小企業の人たちは、その家族も含め、がん検診受診率が低い。保健事業のサービスが少ない上に、労働条件が厳しい。それで現実健康をむしろ崩している人がたくさんいて、まさに支援を待っている状態です。保険者間の格差を今後どう是正していくかが重要で、それには今のお話にあつたように地域から職域に入っていくルールもありますね。

地域の健康づくりのノウハウが入り職場が変わると、波及効果で地域も変わるの、お互いに良い影響を及ぼし合う関係になれると思います。



「地域を“見える化”することでモチベーションも高まります」

ソーシャルキャピタルを醸成する

辻 第2次計画では社会生活を営むということが重視されましたが、これからは認知症で社会生活を営めない人たちが増えていきます。認知症だけでなく、閉じこもりやひきこもりの人たちもいる。彼らを地域全体でどうサポートするかを考えなければなりません。そのときは、彼らを受け入れるだけではなく、持っている力で自分の居場所をつくってもらう、ソーシャルインクルージョンの視点が大切です。社会へのかかわりをどう支援すればいいのか、新しい地域社会のあり方が問われています。

津下 この前、卓とりをしていたら、目の前の道と同じ人が何度も回ってきて、毎回「暑い日ですね」と新鮮な挨拶をされるんです(笑)。「ああ、もう

皆が見守っている、気を使い合っている、良い社会ですよ。いろいろなところで皆がその地域の担い手になっていけばいいわけです。学校のいじめ問題なども、世代間交流ということで、おじいさん、おばあさんが学校の中をぞろぞろ歩き回ってあれば(笑)、隅に行ってなぐることもできない。そうした中で新しい人間関係や新しい地域社会ができて、皆が助け合う社会になる。公共サービスにすべて依存するというのは、もう無理な時代ですから。また、公共サービスに依存することが本当にその人のQOLを高めるかという点、そんなことはない。お互いさまの関係、アンペイドな互助の中で本心に心の通ったコミュニケーションができるわけで、同じことをしてもらうにしても、役所にお金を払って介護保険サービスとして受けるのと、知っている人からしてもらうのでは、全然意味が違いますよね。いろいろなサー

3周回ってきたな」とか思うんですが、その人にとっては、「認知症だから」と家に閉じ込められるよりも、毎回新鮮な挨拶ができるほうがいい。

辻 許容度が高いですね(笑)。

津下 認知症の人が一人で出歩いても安心なまちをつくるには、人に頼む力をつけることも大切です。例えば、交通機関の切符を一人で買えない場合、「お願いします」「いいですよ」という関係があればいい。すぐに介護保険サービスでと考えずに、地域にある、いろいろな資源を使えるツールとしてみることも大切です。

日本人はもともと親切で人懐こい国民性があると思うんですが、最近はお互いに壁をつくりすぎています。桃太郎やかぐや姫は、血のつながりのない、おじいさん、おばあさんに拾われて立派な人間に育ちました。かつての日本

ビスの中にある、ヒューマニティーのようなものが再生されるといいなと思います。

津下 そうですね。仕事としてかかわると、その人のことを大切だと思ってかわるのでは、伝わるものが違いますね。

第2次計画の中で、新しい目標として、地域のつながりの強化というのが出てきました。また、東日本大震災のときに人々の絆が注目され、忘れかけていた大事なものを思い出すきっかけにもなりました。これを一時のブームで終わらせずに大事なものとして教育や保健活動の中でも伝えていってほしいです。

辻 今回の計画を立てるにあたり、一つのポイントとなったのは、ソーシャルキャピタル、絆の問題なんです。互

には、それが当たり前前の価値観があったように思います。

私は、地域で高齢者とかかわる中で、日本人が本来持っている良さを再学習できるのではないかと思っています。なっている場所では、認知症の人のところに子どもたちが駆け寄ると、私たちを見て全く反応しなかった人たちの目が光輝き、子どもをあやしめたりする。こうした異世代がいきいきと交流できる場をつくることも大切ですね。

辻 戦後の高度経済成長を通じて豊かになった反面、自給自足できる空間をつくってしまったものだから、一人でも暮らせるということ、どんどん無縁化しています。それが今いろいろ問題を引き起こしています。

先ほどの話で言うと、認知症の人が安全に歩き回れるということは地域の「酬性」と定義されるんですが、お互いがその報酬を受ける。「情けは人のためならず」で、自分に必ず返ってくる、持ちつ持たれつということです。誰かが一方的に誰かを支えようと助けるとかいうことではなく、お互いがお互いを支え合う、助け合うところから豊かな人生をつくっていく。それを健康づくりの中で一つの切り口にしていくわけです。

東日本大震災の被災地でもソーシャルキャピタルがしっかりとっている地域ではメンタルヘルスの問題も少ないといえます。大都市などはそれがあまりないから、自分で生きていかなければいけないということ、ストレスが強くなってしまう。ソーシャルキャピタルに注目して人間関係や社会のあり方そのものを変えていけるのだということ、われわれはもっと発信していきたいですね。

津下 最近では都市部でも新たな絆をつくろうとする動きがあります。会社でもなく、こつてりした地縁でもなく、同じ趣味の人同士で集まるとか、ボランティア活動で新たな人間関係をつくるとか、人とつながるといことがすごく意識されてきたのではないかと思えます。特に今、団塊の世代の熱い方々が地域に戻ってきています。少し前までは健康づくりの講演会に來られるのは女性ばかりでしたが、最近では男性も増えていきますし、健康づくりのボランティアで活躍される姿も目立つようになってきました。

辻 多様性のある社会ですから、われわれはこれまで持っていたツールをもっと広げ、いろいろな人が使えるような、あるいはいろいろな人が興味を持てるようなツールをどんどん増やしていかなければなりませんね。得てして自治体やわれわれが発信する情報と

津下 ここ10年間を振り返ると、運動習慣者がなかなか増えなかったとか、塩分摂取量が下げ止まりになったとか、もう個人の努力で生活習慣を変えられるのは限界に近づいているように思います。その点で今回、社会環境に着目して健康の底上げを狙った意義は非常に大きいと思います。

愛知県は大手自動車メーカーの地元で典型的な車社会です。都市計画部門の人たちと部局横断的な勉強会を開いたときに、「都市計画というのは車が走りやすい道をつくることだ」と聞いて(笑)、これからは要介護状態の人たちでも快適に暮らせるような都市づくりをしましょうという話をしました。そうすると都市計画の方向性がらりと変わるんですね。高度経済成長期に育った私たちは、車中心の社会インフラは壊せないものであるかのような固定観念がありますが、実はまちと

いうのは、正しいけれどもつまらないといわれるのだけれど(笑)。

健康のための社会環境を整備する

津下 実はきょう、ここに来る前に、健康に配慮したレストランに行ってきたんです。それが商売になる時代になったんだと時の流れを感じましたね。高齢者が増え、健康に価値を置く人たちも増えてきて、そういう社会で

変わってきたんです。これからは高齢化に合わせて、まちの姿を変えていくことができるのではないのでしょうか。

辻 大きく変わりますよ。特に今、高齢化を考えた地域包括ケアが重視されてきて、中学校区で保健、医療、福祉、介護がほぼ完結できるような社会を目指そうとしています。

津下 私は介護予防支援センター長も兼ねているので、地域包括支援センターの人たちとよく話をするのですが、地域で高齢者、要介護や要支援者がどういっつながらで生活しているのか、何があれば「日常生活に制限がない」と感じられるのか、などがよく話題に上ります。

その中で、退院するにも住宅事情などで自宅に帰れないケースが多々あり、困っていたのです。ところが、デ



「絆やソーシャルキャピタルの考え方を生かして健康づくりを進めたいですね」

からこそ、健康を売りにする企業活動もできるわけです。

辻 「健康づくりって格好いいな、魅力的だな」と思わせるものが今、世の中にどんどん出てきています。「病院食だから、まずいのは当たり前」というお説教的な話ではなく、「糖尿病の人でも、狭心症の人でも、こんなに食事が楽しめます」という流れに変わってきています。

き、在宅医療をしやすいように住宅をどんどん変えているのを見たんです。「なあんだ、変えられるんだ」と思ったら、すごく気が楽になりました。まちづくり部門の人に、医療や介護の事情を伝えて、まちごと変えるという発想を持つことも大事ではないかと思えます。

それから愛知県では今、「健康応援店」というのをつくっているんです。経営が成り立つには、まずおいしくなければいけないのですが、管理栄養士が食品栄養成分表示をきちんとやろうとすると、どうしても規格外が多くなってしまうんです。でも、「どこか良いところがある一つでもあれば健康応援店ということにしようよ」と、ぎゅぐりした感じで始めました。商工会議所の飲食店部門と市町村の管理栄養士の間で「まちじゅうが、病院食みたいなお店ばかりだったら何の魅力もないよね」ということを確認し合いながら、

メニューづくりを幾つかのお店で始めています。

「今までよりも少しボリュームを落したけれど、お客さんが喜んでくれたのでうれしかった」とか、「健康応援店ということで興味を持って、ネットで探して来てくれたお客さんがいた」とか、かなり手ごたえを感じているようです。

次の動きとしては、そのお店のスタッフが、商工会議所の勉強会で、ほかの飲食店にも勧められるようになりました。今までは市町村の管理栄養士が「健康なメニューをお願いします」とお店に頼んできたのに、今は「お店の価値が高まる」と、自分たちのほうが積極的になっています。また、最初は参入しやすいように敷居を低くして始めたのが、「もっとしつかりやりたいから、お店にグレードをつけたほうがいい」「特に良い店には金星つけてほしい」とか、お店のほうから提案す

お金の使い方も市町村で再編成できる部分が増えています。そこで、第2次計画について市町村で議論するとき、厚労行政の枠を超え、警察や消防、文部科学行政なども含めた大きな地図を独自に描いてほしい。そして、その達成のために何かを考える道具として第2次計画を利用してほしい。つまり、国から出されたメニューを見て、いいところ取りをすればいいんです(笑)。

津下 住民に必要なサービスを組み立てていくという戦略をきちんと立てないとか、やらされ感とか、振り回され感で終わってしまいますよね。そうならないためにも、第2次計画では、先ほど申し上げたように地域のデータをきちんと見るところから入ってほしいです。これは地域保健の原点に立ち返るということなんです。

る動きが出ています。

辻 いいですね、ミシユランガイドの健康応援店版ですね。

今、健康に対する新しい切り口が始まりつつあるので、その流れに乗ると、今まで考えていなかったようなブレークスルーが起きてくると思います。発想の転換が必要だし、ほんのちよっとしたきっかけが成功体験になるような気がします。

津下 最近、商工会議所、企業、役所の観光課など、健康や医療の分野以外とコラボレーションする機会が増えています。その中で専門職しかできないことというのはやはりあると思います。個人に対して専門的な見地でかわるとか、人々をオーガナイズするのが専門職のスキルでしょう。そうして私たちが準備した舞台の上で、いろいろな人たちが活躍してくれたらうれしい

辻 そうなんです。地域のデータの把握は、地域保健の原点なんです。

この10年の間には市町村合併という大きな変化がありました。そのため、第1次のときは最初の計画をつくってから途中でまた変わるなど、なかなかなじまなかったところもあった。でも、今は平成の大合併から5年ぐらい経過して自治体もだんだん統一感が出てきています。第1次の立ち上げ期をへて第2段階に入り、もう一度あらためてどういう自治体を目指すのかを考えるいい機会です。この機会をうまく利用してもらいたいと思います。

津下 第1次の評価を国の検討会でやらせていただいたとき、10年のスパンで評価するというのはすごいことだなと思いました。1年ごとではなかなか見えてこないものも、10年たつと確実に伸びているとか、確実に悪くなっているとか(笑)、はつきりしてくるん

いですね。

辻 そうですね。参加希望者が増えていると思いますよ。高齢化が進み、健康課題は深刻になっていますし、そこに焦点を当てた産業も出てきていますから。発想を転換すれば、いろいろなものが広がっていくし、これからやることはたくさんありますね。

つよつよ本番

辻 これは日本の行政の問題でもあるんですが、今までは国が非常に強い力を持ち、制度をつくり、ガイドラインを策定してきました。国から言われて県が動き、最終的に市町村がやらざるを得ない状況がありました。その結果、市町村では、やらされ感が強くなり、職員が燃え尽きてしまう感じがあったと思います。

しかし、今は地方分権がかなり進み、第1次のときはそれ以前がなかったため、ベクトルの方向すら分からないまま10年の目標を設けました。今回はベクトルの方向も大体分かっていますから、その延長線上でどこに重点を置いたらよいかなど、メリハリをつけやすいのではないのでしょうか。

辻 10年のスパンで目標を決め、どういう国にするか、どういうまちにするかを考える機会というのは、そう多くはありませんからね。今回は目標を立て方も分かり、ようやくなじんできたので、いよいよ本番かなと思います。

津下 これから数年間で、そういう議論がいろいろな市町村で広がるといいですね。

(2012年8月22日収録)

最新医学・第68巻・第1号（2013年1月号 別刷）

特集 肥満症 — 病態・診断・治療—

メタボリックシンドローム
—特定健診・特定保健指導—

津 下 一 代

最新医学社

● 診断・疫学・治療

メタボリックシンドローム

—特定健診・特定保健指導—

津 下 一 代*

要 旨

平成 20 年度から、メタボリックシンドロームに着目した特定健診・特定保健指導が全国の医療保険者によって開始され、年間 50 万人以上の対象者に保健指導を実施している。積極的支援実施群では、行動変容を促す生活習慣改善指導の結果、体重減量をもたらされ、3%程度の軽度な減量によって、血圧、脂質、糖代謝などの検査値改善に結びつくことが判明した。受診率の向上策、効果的な保健指導のあり方、長期的な評価について、検討と改革が進められているところである。

はじめに

健康寿命の延伸と医療保険制度の安定化を図るため、特定健診・特定保健指導制度が平成 20 年度に開始された¹⁾³⁾。「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく政策型健診として制度化されたもので、メタボリックシンドロームに着目して内臓脂肪減量を目指すことにより、生活習慣病の発症を抑制することを目指している。行動変容に繋がる保健指導を広く実施するために、保健指導者に対して国の基準に基づく研修を実施したり、電子的な報告様式を定め共通の評価指標を用いて分析するなど、保健事業の質と量の向上をねらった仕組みを導入している。制度開始後 5 年を迎え、厚生労働省においてはその実施状況

や効果の検証、課題の整理を行い、平成 25 年度からの次期計画（5 年間）の方向性を示したところである。

本稿では国の動きに触れるとともに、研究班などにおける効果分析の結果を示し、今後の方向性について言及したい。

特定保健指導制度の概要

特定健診の項目は表 1 のごとくであり、その結果をもとに表 2 の方法によって保健指導対象者を選定する。積極的支援では、対象者自らが生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標に向けた行動に取り組むことができるように、初回面接実施後 3 ヶ月以上の継続的な支援を行うこと、一定の投入量（180 ポイント）以上の保健指導を行うこと、6 ヶ月後に評価を行うこととなっている。図 1 はその一例である。リスク数が少ない動機づけ支援対象者に対しては、初回面接と 6 ヶ月後の

* あいち健康の森健康科学総合センター センター長
キーワード：メタボリックシンドローム、特定健診、保健指導、減量目標、行動変容

表 1 特定健康診査の検査項目など

対象者	実施年度中に 40～74 歳となる加入者（被保険者・被扶養者） 実施年度を通じて加入している（年度途中に加入・脱退がない）者 除外規定（妊産婦・長期入院・海外在住など）に該当しない者
基本的な健診の項目	○質問票（服薬歴、喫煙歴など） ○身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） ○理学的検査（身体診察） ○血圧測定 ○血液検査 ・脂質検査（中性脂肪、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール） ・血糖検査（空腹時血糖または HbA1c） ・肝機能検査（GOT、GPT、 γ -GTP） ○検尿（尿糖、尿タンパク）
詳細な健診の項目	○心電図検査 ○眼底検査 ○貧血検査（赤血球数、色素量、ヘマトクリット値） (注) 一定の基準のもと、医師が必要と認めた場合に実施

表 2 保健指導対象者の選定と階層化

ステップ 1	ステップ 2		ステップ 3		
腹囲	追加リスク		④ 喫煙歴	対象	
	① 血糖 ② 脂質 ③ 血圧			40～64 歳	65～74 歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2 つ以上該当		あり なし	積極的支援	動機づけ支援
	1 つ該当			動機づけ支援	
上記以外で BMI ≥ 25	3 つ該当		あり なし	積極的支援	動機づけ支援
	2 つ該当			動機づけ支援	
	1 つ該当				

<追加リスクの判定基準>

- ① 血糖 空腹時血糖 100mg/dl 以上 または HbA1c の場合 5.2% 以上 (JDS)
- ② 脂質 中性脂肪 150mg/dl 以上 または HDL-コレステロール 40mg/dl 未満
- ③ 血圧 収縮期血圧 130mmHg 以上 または 拡張期血圧 85mmHg 以上

<治療中の者の取り扱い>

高血圧、糖尿病、脂質異常症に対する服薬治療を受けている者については、特定保健指導の対象としない。
(厚生労働省：標準的な保健指導プログラムより)

図1 積極的支援例 (面接・電話・e-mailを組み合わせたパターン例)

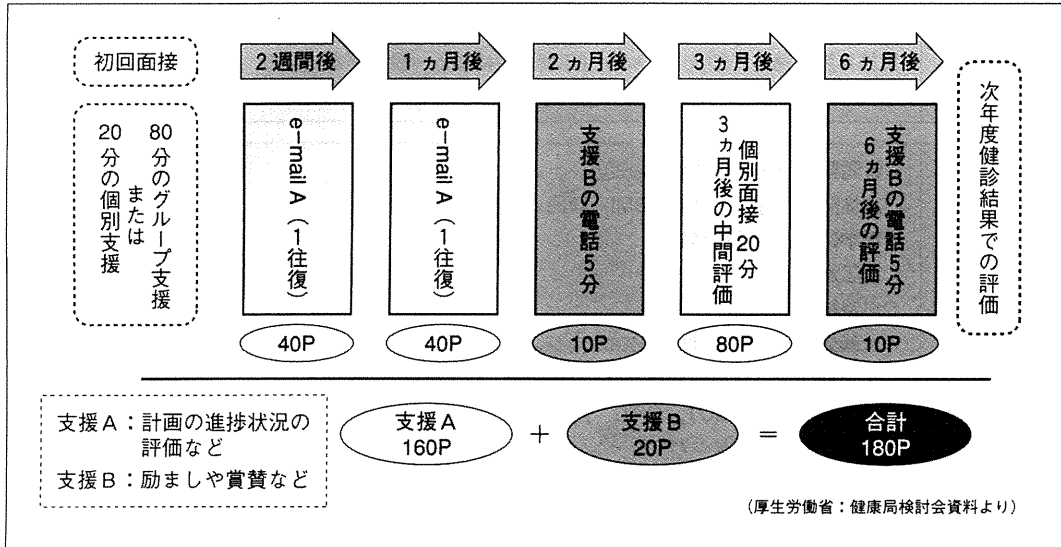
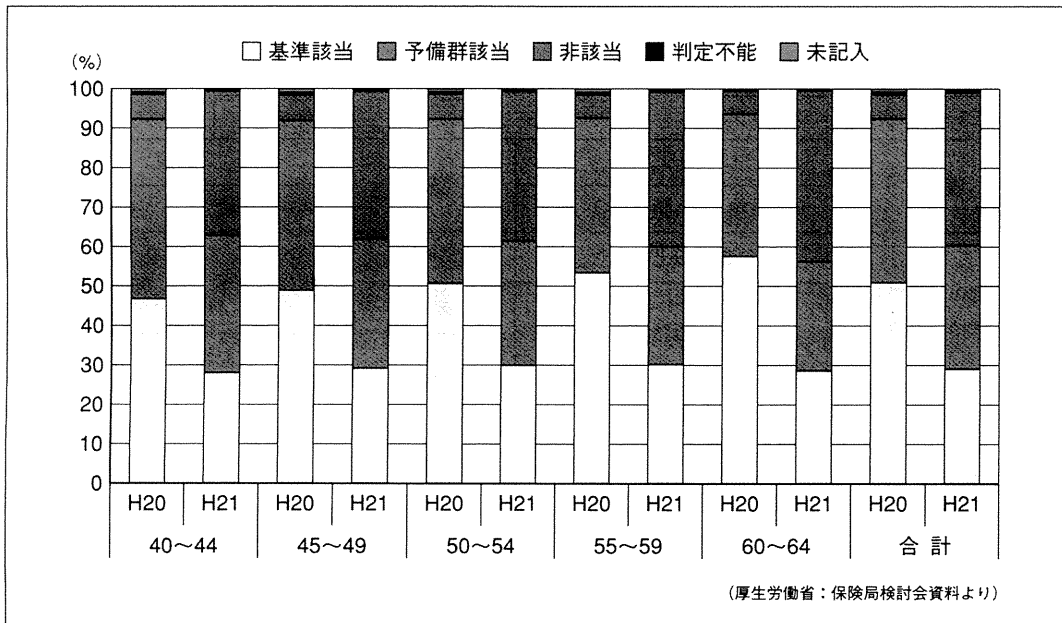


図2 平成20年度積極的支援終了者(約8万人)の平成20・21年度メタボリックシンドロームの状況

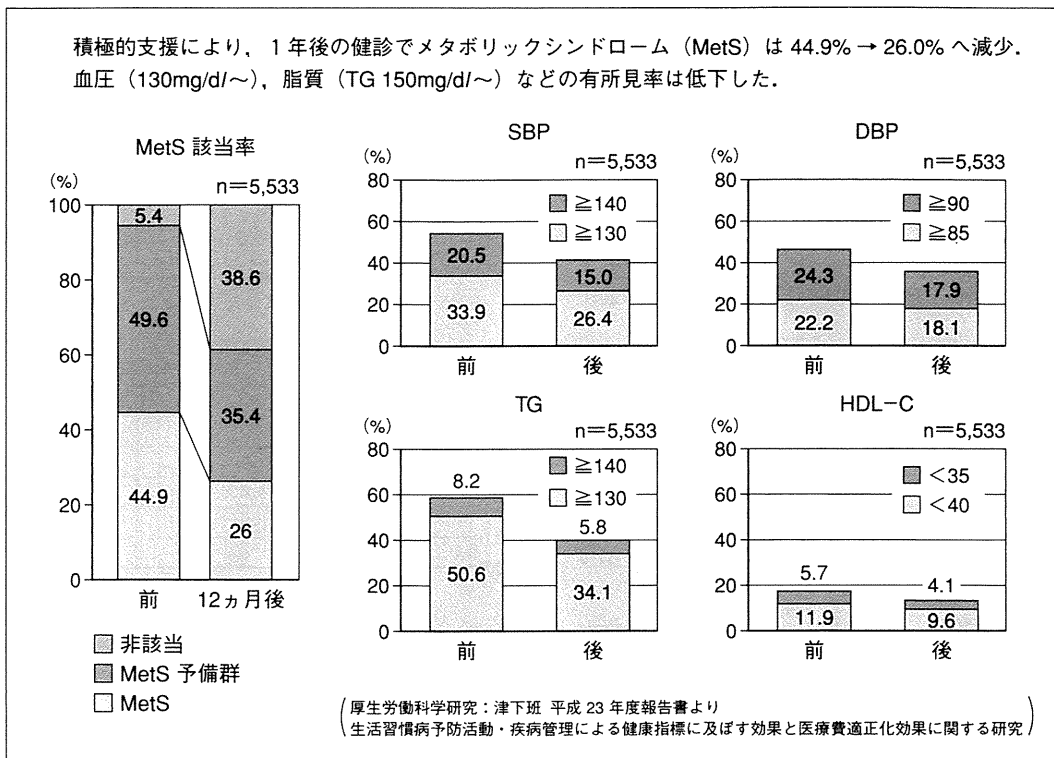


評価を実施するのみである。

なお、平成25年度からの変更点として、HbA1cについてはこれまでのJDS値からNGSP値へと変更される。積極的支援においては支援B(励まし)を必須とせず、支援A(計画の進捗状況の評価などの積極的関与)の

みで180ポイント以上であれば、保健指導終了とすることができるように変更される。クレアチニンの特典健診必須項目への導入については見送られた。

図3 積極的支援による有所見率の低下



特定保健指導の効果検証

厚生労働省の集計値では、平成 22 年度には全国で 2,260 万人が特定健診を受診し、そのうち約 406 万人 (18.0%) が上記基準に該当した特定保健指導の対象者であり、そのうち 55.6 万人が特定保健指導を終了している。受診率向上が課題として認識されており、特に未受診者に対する受診勧奨の徹底、被扶養者の利便性の向上、情報提供の質の向上による「受けたくなる健診」への改善が検討されている。

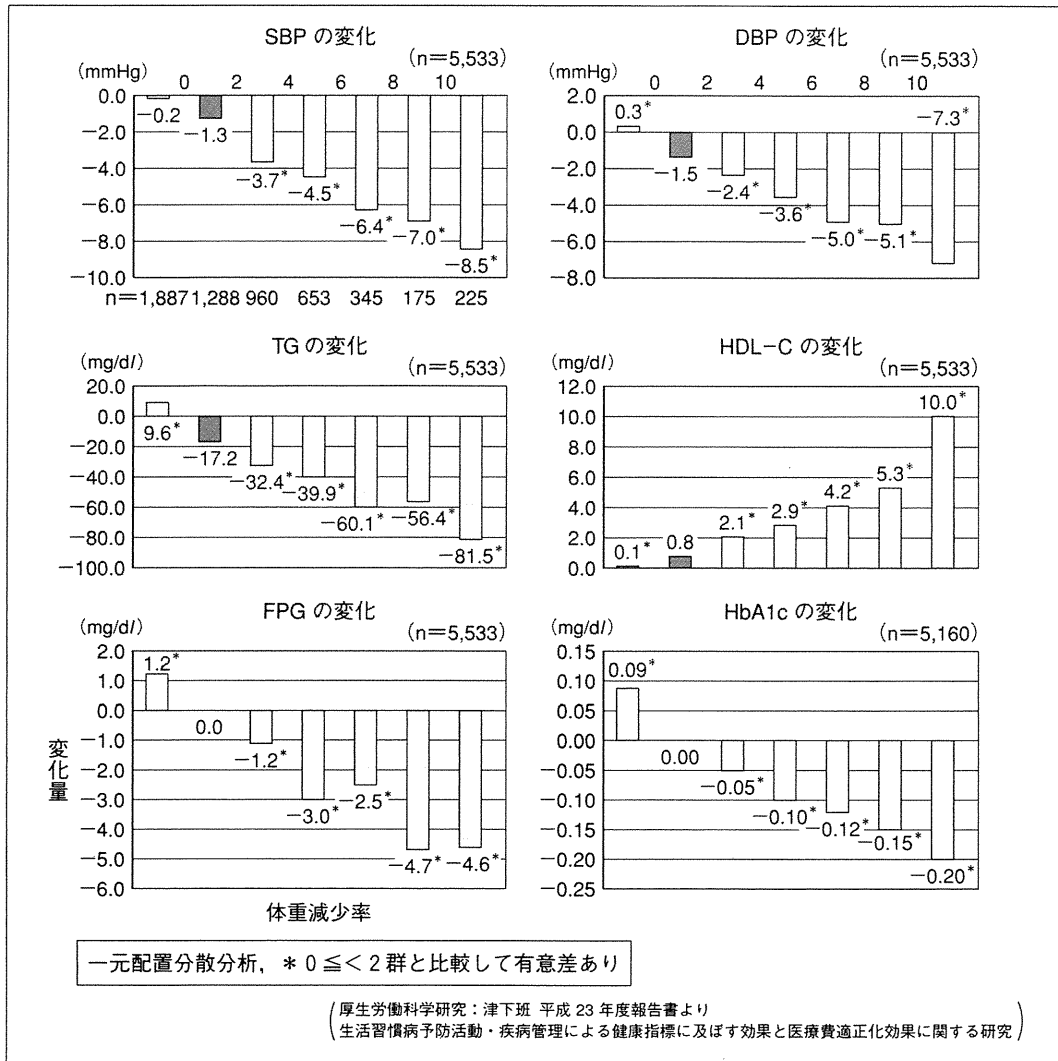
また厚生労働省では、平成 20 年度に特定保健指導を受け、翌年に特定健診を受診した約 23 万人を対象に、平成 20 年度と 21 年度のメタボリックシンドローム判定 (内科 8 学会基準) の状況を公表している。積極的支援終了者約 8 万人においては、メタボリックシ

ンドローム該当者が終了時には約 4 割減少し、メタボリックシンドローム非該当に改善した者 (腹囲が基準値以下、または追加リスクなし) が対象者全体の約 4 割を占めるとしている (図 2)。

特定保健指導の効果分析については、日本肥満学会、日本人間ドック学会などにおいて多くの実践報告がなされている⁴⁻⁶⁾。厚生労働科学研究においては、永井、今井、岡山、津下らの研究成果が報告されている⁷⁻⁹⁾。これらの研究において、特定保健指導実施群において 6 ヶ月、1 年後の検査データの有意な改善を認めており、未実施群との比較においても有意に良好な結果を得ている。

筆者らの研究では、複数の保健指導機関、医療保険者よりデータ提供を受けた 5,533 人の積極的支援実施者について、1 年後の検査データを分析した⁷⁾ (図 3)。全体では 1 年後に

図4 1年間の体重変化率と検査値変化（積極的支援実施群）

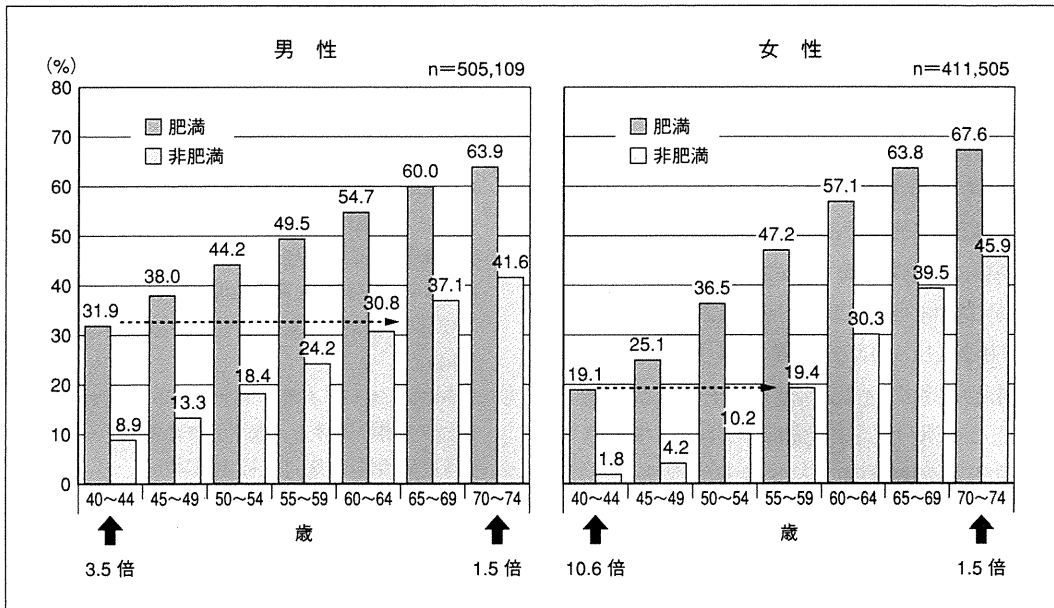


体重が平均 1.3kg 減、血圧 (SBP, DBP)、血清脂質 (TG, HDL-C, LDL-C)、血糖 (FPG, HbA1c)、肝機能 (GOT, GPT, γ -GTP) の有意な改善を認め、集団における有所見率の低下が観察された。メタボリックシンドローム該当者は 44.9% → 26.0%, [メタボリックシンドローム + 予備群] 該当者は 94.5% → 61.4% へと減少した。体重減少率 2% ごとに区分し、検査値の変化量について群間比較すると、SBP, DBP, TG, HDL-C, FPG, HbA1c の変化量に有意差が見られた (図 4)。

体重の変化がほとんどなかった「0~2%群」を基準にすると、2%以上群から有意な改善を認め、4%以上の減量では血圧 5 mmHg 程度、TG で 50mg/dl 程度の改善を認めている。また、積極的支援レベルに該当しているながら保健指導を実施していない対照群との比較において、積極的支援実施群では体重、腹囲、SBP, DBP, TG, HDL-C, LDL-C, FPG, HbA1c, GOT, GPT, γ -GTP の改善が有意に大きかった。

積極的支援を実施した一部の事例 (n=135,

図5 愛知県特定健診受診者 90 万人のデータ分析より
 ー高血糖・高血圧・脂質異常のリスクを2個以上持つ人の割合ー【肥満判定別：平成21年度】



男性) について、アディポネクチン、Angiopoietin-like protein 2 (Angptl2) などのアディポサイトカインを測定し、メタボリックシンドロームの病態に及ぼす保健指導の効果を検証した¹⁰⁾。積極的支援によりアディポネクチンは6ヵ月以降で増加し、Angptl2は3ヵ月後から低下したが、その変化量と体重減少率に関連が見られた。2~4%程度の軽度な減量でも、アディポサイトカインの分泌動態が改善しうることを示唆している。

さらに保健指導の2年後まで追跡した結果(積極的支援実施群 4,075人, 対照群 6,796人), 体重 ($\Delta 1.2\text{kg}$ 対 $\Delta 0.6\text{kg}$), 腹囲 ($\Delta 1.8\text{cm}$ 対 $\Delta 0.9\text{cm}$), 血圧, 脂質, 糖などの検査値は実施群で有意に良好であり, 生活習慣病に関する服薬率は実施群 10.8%, 対照群 14.6% と, 実施群のほうが有意に良好な結果となった。

以上のように, 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

健診受診率は 43.3%, 保健指導実施率はいまだ 14% 程度と低いことから, 実施率を高める方策について検討されている。保健指導効果についても, 保健指導機関, 保健指導者, プログラムなどによる格差が見られるとともに, 喫煙者の減量成功率が低い傾向も確認された¹¹⁾。効果的かつ効率的な保健事業のあり方について, さらなる検討と改革が必要であると考えられる。

特定健診データから見た肥満症対策

特定健診では, 標準化された測定方法による検査データが電子的に報告され, 医療保険者を通じて国へ報告されている。そのデータを分析することにより, 性・年代別の健康課題の抽出, 地域格差の実態を可視化できる¹²⁾。

図5はその一例であるが, 愛知県で特定健診を受診した約 90 万人のデータをもとに, 性・年齢区分別, 肥満 (腹囲基準値以上または $\text{BMI} \geq 25$) の有無別に動脈硬化リスクの保有状況を分析した。高血糖 (FPG 100mg/dl

以上または HbA1c 5.2% 以上), 高血圧 (高値正常以上), 脂質異常症の3つのリスクのうち, 2つ以上重複するものの割合は男女とも年齢とともに増加するが, 肥満者では若年期より有所見率が高いことが明らかである。40歳代前半では男性では3.5倍, 女性では10.6倍, リスク保有割合が高まるが, 高齢者では1.5倍程度であることが分かる。このことから, 40歳未満も含めてより若年期からの肥満対策が必要ではないかと考えられる。また, HbA1c (JDS) が7%以上の割合は, 糖尿病未治療者の1.7%, 治療中の35.1%に上ることが判明し, 未受診者(治療中断者)への対応と, 治療中の人への生活習慣改善支援の必要性を示唆している。

このようなデータを市町村, 地区ごとに分析することにより, 肥満になりやすい生活環境へのアプローチや良好な医療・保健サービスの提供に繋げていくことが重要である。

おわりに

特定健診・特定保健指導制度のもと, 多くのメタボリックシンドロームまたはその予備群の人々への生活習慣介入を行うことができた。その結果, 軽度の体重減量でも有効であることが示された。今後継続的に追跡し, 心血管疾患や糖尿病発症予防などの効果を確認していく必要があると考えている。

文 献

- 1) 津下一代: 特定健康診査と特定保健指導. 日内会誌 100: 903-910, 2011.
- 2) 津下一代: 特定健診・特定保健指導. 糖尿病診療 2010. 日医会誌 139 (2): S338-342, 2010.
- 3) Mizushima S, et al: New Strategy on Prevention and Control of Noncommunicable Lifestyle-related Diseases Focusing on Metabolic Syndrome in Japan. Asian Perspectives and Evidence on Health Promotion and Education, p31-39. Springer, Tokyo, 2011.
- 4) 村本あき子, 他: 特定健診・特定保健指導における積極的支援の効果検証と減量目標の妥当性についての検討. 肥満研究 16 (3): 182-187, 2010.
- 5) 松永里香, 他: 多理論統合モデルに基づく行動変容ステージ別特定保健指導プログラムの開発とその妥当性の検討. 日循環器予防誌 45: 169-179, 2010.
- 6) 沼田健之, 他: メタボリックシンドロームおよびその予備群に対する人間ドックの効果. 日予防医会誌 6 (3): 143-147, 2011.
- 7) 津下一代: 平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究, 2012.
- 8) 今井博久: 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)特定保健指導プログラムの成果を最大化及び最適化する保健指導介入方法に関する研究, 2012.
- 9) 永井良三: 平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)個人特性に応じた効果的な行動変容を促す手法に関する研究, 2012.
- 10) Muramoto A, et al: Angiopietin-like protein 2 sensitively responds to weight reduction induced by lifestyle intervention on overweight Japanese men. Nutr Diabetes 1: e20, 2011.
- 11) 中村正和, 他: 特集「予備群と特定健診」喫煙する受診者への対応は? 肥満と糖尿病 10 (4): 602-605, 2011.
- 12) 津下一代: 特定保健指導の評価を中心とした到達点. 保健師ジャーナル 66 (2): 82-87, 2011.

Metabolic Syndrome: Specific Health Checkups and Health Guidance

Kazuyo Tsushita

Comprehensive Health Science Center, Aichi Health Promotion Foundation

特定健康診査・特定保健指導

—5年間の評価と見直し

津 下一代
Tsuhiba, Kazuyo

あいち健康の森健康科学総合センター

Key-word

特定健康診査, 特定保健指導,
メタボリックシンドローム, 評価

はじめに

特定健康診査（特定健診）・特定保健指導制度が開始されてからまもなく5年^{1,2)}、2013（平成25）年度からは第二期を迎える。厚生労働省検討会ではこれまでの実績や効果等の検証結果をふまえ、第二期の実施方法について議論してきた³⁾。その結果、一部修正を加えるが大筋は現行を継続すること、受診率・利用率向上に向けて新たな目標を設定し、その向上をめざすことが決められた。特定健診ナショナルデータベース（NDB）の分析も始まり、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となる。

本稿では特定保健指導の成果と次期の修正点について要点を述べるが、管理栄養士をはじめとする読者のみなさまの、今後の仕事の参考にしていただければ幸いである。

第一期特定健康診査・特定保健指導の実績と課題

特定健診・特定保健指導の実施率は、2010（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⁴⁾。しかしながら各保険者、健診・保健指導機関等により制度の周知がはかられ体制整備が進みつつあり、徐々に実施率を高めている。2010（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。

積極的支援に参加した対象者については、1年後の健診データの改善が示された。厚生労働省のNDBを用いた解析では、メタボリックシンドローム該当が42.7%減少することが示された。複数の研究班においても特定保健指導による健診データ等の改善効果が報告されている。筆者が班長として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、2~4%以上の減量により各検査項目が有意に改善していた⁵⁾（図）。

一方、保健指導実施率は14%と低いこと、特定保健指導対象外への保健事業のあり方について課題となっている。また、第一期で導入が見送られた検査項目についてもその有効性の議論が行われた。

第二期特定健康診査の変更点

以上を踏まえ、2013（平成25）年度から2017（平成29）年度までの第二期においても現行の枠組みを維持し、実施率向上に向けて取り組むこととなった。第二期の目標は特定健診70%、特定保健指導45%の目標を維持するが、実現性を考慮して保険者種別の目標値を変更した（表1）。今後もエビデンスを蓄積して効果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。

今回の主な修正は以下の通りである。

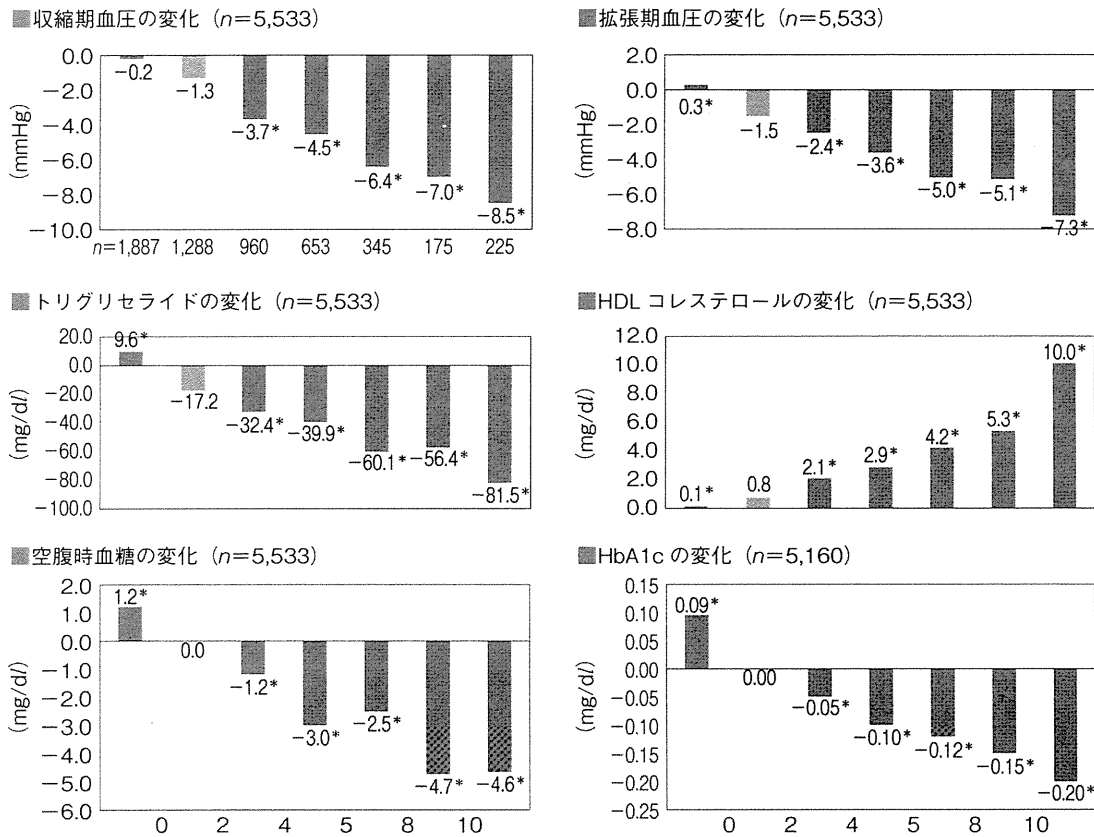


図 1年間の体重変化率と検査値変化 (積極的支援実施群)

一元配置分散分析, * $0 \leq 2$ 群と比較して有意差あり。

(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。)

① 健診項目についての修正点

腹囲の基準値については階層化の第一基準にすべきかどうか,女性の90 cmの値が諸外国の基準よりも高すぎないか,という論点で議論された。前者については,内臓脂肪減少を目的とした保健指導の観点から,現行の方法で第二期も継続することが確認された。ただし腹囲, BMI が基準値未満でもリスクを保有する対象者に対する情報提供のあり方を見直すこととなった(後述)。

女性の腹囲基準値については,男女別の循環器疾患の相対リスクではなく,男女総合的にとらえた絶対リスクを重視すると現行の基準でよいこと,

また女性に「やせ」を推奨する結果にならないような配慮からも,現行の基準が踏襲されることとなった。

HbA1cについては,2012(平成24)年度から日常臨床の現場においてJDS値(日本糖尿病学会)からNGSP値(国際基準)へ変更となっているが,特定健診においてはJDS値のままであった。第二期ではNGSP値へ移行することとなった⁶⁾。JDS値に0.4加えた数値がおおむねNGSP値に相当する。

新たな検査項目の導入については血清クレアチニン検査について議論された。腎不全防止や心臓