

第152回月例セミナー 【ダイジェスト】

「特定健診・保健指導の政策特性と課題」

東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科

環境社会医歯 学系専攻 医療政策学講座 政策科学分野 河原 和夫

●特定健診・保険指導の政策特性と課題

ただいま過分なご紹介を賜りました東京医科歯科大学の河原です。本日は「特定健診・保健指導の政策特性と課題」ということでお話ししたいと思います。

特定健診・保健指導は来年4月からスタートしますが、一連の医療制度改革に伴う事柄、例えば、新しい医療計画や医療費適正化計画は来年4月から全国一斉に新たに実施されていきます。ある意味では特定健診・保健指導も医療制度改革の一環です。本日は、そのような中でのこの事業の位置づけや、政策がどのようなようになっていったかということ、疾病構造の変化、人口や社会の変化の中で捉えていき、いろいろな課題を整理していきたいと思えます。

医療制度改革

2006年に医療制度改革の関連する法律が改正され、2006年から2008年にかけて、順次医療制度改革を進めていくと決まっていますが、この医療制度改革を行う背景には、当然少子高齢化社会の到来という大きな問題があります。諸外国と比べると、特に先進国では、医療制度改革は1980年代後半から1990年代にかけて一応終わっています。日本はある意味で10～15年ぐらい遅れてやっと緒についたと言えます。

この医療制度改革の中で、特定健診・保健指導事業は、健康づくり、特にメタボリックシンドローム対策ということで重要な位置を占めています。その他には、医療費適正化計画や医療計画、あるいは2000年からスタートしている国民全体を対象にした健康増進計画の「健康日本21」があります。また、介護事業計画もあります。介護の部分も介護度が進むにつれてコストがかかります。これは同時に医療を受ける人も増えてくるからで、介護保険法は2年ほど前に改正されました。介護のランク付けにおいては、要支援が要支援1と要支援2となり、あるいは介護予防ということで本格的な介護に移行する前に防いでいくという予防的な要素が入ってきたわけです。そして、個人をターゲットにした今日のタイトルである特定健診・保険指導事業です。このようなものが始まろうとしているのです。

これらの計画の行き着くところは、医療費適正化計画です。これは医療費を適正というか抑制する計画です。つまり、このような計画をやりなさいというのは医療費を抑えようということなのです。ここで注意しないといけないのは、特定健診・保健指導、「健康日本21」も含めた予防事業が果たして医療費の抑制、適正化になるのか、社会保障コストを下

げることにつながっていくのかということです。

しかし、必ずしもそうとは言えず、むしろ逆の結果が考えられます。国民 1 人当たりの医療費は少なくとも年間約 30 万円かかっています。予防により寿命が延びることによって年金の支払い期間も延びるのです。予防事業は、医療費を抑える、病気を未然に防いで医療費を抑制するためだと言われますが、実は逆の場合のほうが考えられます。寿命が延びることによって医療費、社会保障費を上げる効果のほうが大きいはずなのです。「健康日本 21」の基本理念は健康寿命を延ばすことですが、健康に生きる期間が延びても、日本人は一生のうち、大体 5?6 年は健康を損ねている期間です。最後にその期間がきます。いずれにしても寿命が延びることによって社会保障費は上がってくるわけです。特定健診も同じで、メタボリックシンドロームをターゲットにして医療費や健康保険の出費を抑えるということです。健康保険の出費という非常にミクロの部分では抑えることができるかもしれませんが、国全体で見たマクロの場合は必ずしも抑制とはならず逆の効果が出てきます。ですから、予防の目的には理念を整理しないといけません。医療費抑制ではなく、健康に生きて人間として幸せに生きる期間を長くするために予防をするのだという発想が 1 番大事だと思います。

私も「予防関係の事業を行う目的は病気を防いで医療費を抑えるためだ」と短絡的に言っていますが、実は詳細に見ると、必ずしも予防によって医療費は抑えられない、逆にコストがかかる場合があります。では、医療費、社会保障費を減らすにはどうしたらいいかというと、寿命を短くすれば一番いいのです。例えば、タバコを好きな人にはどんどん吸っていただき、タバコの害は 20~30 年後に出るので、年金の受給年限にきたときに肺がんで亡くなってもらいます。後の年金のコストや医療費を比べると、肺がんのコストのほうが安いのです。医療費、社会保障費を抑えようとすると、本当は伸びすぎた寿命を短くするのが効果的ですが、そのようなことは言っていられません。

とにかく、健康に生きる期間を延ばすことは人生の幸せの中で 1 番大事なことから、この事業は医療費の抑制ではなく、他の人生の目的の中で考えていくべきだと思います。また、診療報酬・薬価、看護基準の見直し、病床区分の見直し、在宅支援診療所など、いろいろなことがこの改革の中ではされているわけですが、福田内閣になってやや流れが変わってきました。ご承知のように、後期高齢者の医療の自己負担の問題を先送りするなど、いろいろな議論が出てきており、少し不透明な状況になってきています。

医療制度改革のキーワード

この特定健診・保険指導の事業も含めて、医療制度改革のキーワードは 4 つに整理できると思います。1 つ目は医療費適正化です。2 つ目は情報公開です。3 つ目は国民・住民・患者参加で、これは情報公開と裏表の関係にあります。4 つ目は市場形成です。

2 つ目の情報公開に関しては、医療法の改正のたびに、大体は広告規制の緩和をすることが盛り込まれています。また、来年から始まる医療機能情報公開制度があります。資料に

ある医療機能公表制度は古い言葉で、最近では医療機能情報公開制度といい、今度はそのようなものが設けられることになりました。私は特定健診・保健指導だけでなく、医療計画の見直しにもかかわってきました。この情報公開はどのような視点から必要なのかというと、医療計画は制度として20年ほど続いてきているのですが、ご承知のように病床規制があります。病床規制はそれなりに目標を達成しました。しかし、過剰地域では病院が新たにできないという上限を引いたことで、不足地域である地方の病床が増えたので、医療資源の再配分にある程度は寄与したのですが、それ以外は何の成果もあげていません。そして、どのような医療計画が策定されて実施されているかが住民側から見ると全然分からないのです。医療をよくしよう、あるいは行政計画等の医療にかかわる計画物をよくしようとすると、住民に情報を分かりやすく転移しなければいけません。そして、国民・住民がその正しい情報に基づいて正しく判断しなければいけません。そうすることによって初めて医療というのはよくなるのです。そのような意味での広告規制の緩和ということです。

医療機能情報公開制度とは、全国の診療所、病院、助産所などのいわゆる医療施設の情報、例えばベッド数、診療時間帯、得意とする専門科目、専門医が何人いるかなど、そのようなデータを都道府県に提出し、それを都道府県がまとめて主としてインターネットの形で県民に公開し、県民が正しく医療機関を選択するときの材料にすることです。医療機能情報公開制度は来年4月から始まります。

広告規制の緩和に関しては、医療法の改正の中にも盛り込んでいます。ですから、情報公開は1つの流れであるということです。ただ、例えば、ホームで電車を待っていて向かいの産婦人科の看板が目に入るといったものは広告です。インターネットで医療機関が病院の紹介をするのは、広告ではなく広報です。インターネットを利用する人が自ら進んで情報にあたろうとする、検索していくものは広報になります。いくら医療法を改正して広告規制を緩和しても、今の情報伝達の主体はインターネットです。しかし、インターネットには法規制がありません。インターネット詐欺の問題でもお分かりのように、インターネットという新しい情報ツールはすべての分野において法整備が遅れています。東京都に病院の情報を知らせる「ひまわり」というホームページがありますが、その中でリンクしている病院の情報が不正確、あるいは偽りがある場合はペナルティを課して、1年か半年間は掲載しないという形で、医師会と一緒に自主規制を行なっています。それは自主規制がなければ法がカバーできない領域だからです。広告規制の緩和に関しては、これからもっと現在の社会の発展に応じた法制度の確立が必要になってきます。

3つ目の国民・住民・患者参加は、情報公開で情報を得て、共同で医療や健康づくりに参加することで初めて実現するものです。ですから、情報公開と国民・住民・患者の参加は裏表の関係にあります。

4つ目の市場形成は、競わせようという流れになっています。特定健診・保健指導も、代表的な従来の健診や保健指導は個人保険法に基づく保険事業ですが、たぶん健診や保険指導に関しては医師会や健診機関に委託しています。そうするとそこで完結して、市町村と

の委託契約の中で決まってしまうのです。そのために事業の発展がなかったわけですが、今度の特定健診・保健指導はアウトソーシングということで、民間にも解放しています。これは介護保険と同じスタイルです。2000年に介護保険法ができましたが、介護保険法ができる前は、介護保険法に該当するサービスは主として老人福祉法等の制度の中でされていました。措置制度ということで、極論を言うと利用者は役所が決めたメニューを選択するしかありませんでした。それが介護保険によって、コムスの例にもあるようにどんどん入るような形になりました。つまり、マーケットを形成して、競争して介護サービスの質を上げようとしたわけです。

今度の特定健診・保健指導も同じようなスタイルで、アウトソーシングを受けたところがどんどんサービスの提供に入っていく、質を競い合うことになってきています。ただ、介護保険がなかなかうまくいかないのは、単価が安いからです。従事している人の単価が非常に安いことは、今も社会問題になっています。単価は契約の際に決まるとは思いますが、特定健診・保健指導がうまくいくためには、ある程度単価を保証する必要があります。

ホテルコストと書いてありますが、これは従来、保険でみていた医療費の部分、例えば食事の部分などを自己負担にするということです。今までは治療の一環としてまずい食事でも我慢していましたが、自分がお金を出しているとなると、まずい食事を提供する病院や下請けの会社は淘汰されていくわけです。ですから、ここでも競争を生もうとしています。介護も含めた今の医療制度改革での厚生労働省の流れは、この4つに整理されるのではないかと思います。

医療費効率化計画の主な内容（推進目標を示した項目）

これは医療費効率化計画の主な内容です。生活習慣病対策として、メタボリック症候群の該当者と予備群を25%以上減少します。これが特定健診・保健指導の中にも入ります。25%減少させることによって4兆円削減になると試算されています。問題は、日本の国民医療費を2025年までに49兆円に抑制するとなっていることです。厚生白書を毎年見ていくと、昔は国民医療費が100兆円を超していました。現在はいろいろ努力した結果もありますが、これをどんどん圧縮してきています。そして、2015年までに56兆円に抑えるということです。日本とヨーロッパなどとの違いを見ると、日本の場合は56兆円という上限がまず決まっています。たぶん財務省や厚生労働省で上の目標を決めているのです。そして、56兆円に圧縮するために、診療報酬を何%カットする、あるいはメタボリック対策で25%減らすと4兆円浮くという構造で、上の目標を達成するために下はどうすべきなのかという形でどんどん下のほうへさげてきます。しかし、OECD（経済協力開発機構）諸国のデータと比較すると、ヨーロッパやアメリカのような先進国の医療関係のデータは、どの部門にどれだけ投資されているかということがある程度出ています。ですから、その部分の効率性が悪いときにはそこを手直しするという形で、集計して上に上げてき56兆円が上限というような議論になります。日本の場合はOECDのデータを見ると空欄だらけです。

医療を正しく分析して医療費を効率的に運用しようと思うのなら、本当はそのデータを埋めて、どの部分で非効率が生じているのかを見なくてはなりません。それを分析できるデータはあるのです。例えば、社会保険診療報酬支払基金のレセプトは16億枚ぐらいあります。また、国民健康保険中央会もあります。それを電算化して一瞬のうちにキーワードで検索すると、糖尿病にA病院はこの薬を使っている、同じ状態でもB病院では治療法が違うなど、そのようなことまで分かってきます。現に診療報酬支払基金の東京都支部では、もう電算化が進んでいて86万件のデータを一瞬のうちに検索できます。それによって、どの部分に無駄があるのか初めて分かるのです。それを全国一斉にしないといけないのですが、IT化はまだなかなか進んでいません。介護予防は、要介護になる人を減らしていくということです。余談ですが、介護保険のほうが医療保険よりも早くつぶれると思います。介護保険は、介護総事業費の中で65歳以上の第1号被保険者が負担する保険料率の割合は19%です。これは介護保険法の下で政省令で決まっています。第2号被保険者が負担する割合は31%です。そして残りの半分には税金が投入されます。法律に従うと、19%は必ず65歳以上の人負担しないといけないので、それに応じて介護保険料が上がるのは目に見えています。介護保険には、要介護1から5までありますが、将来的には要介護3?5までしか維持できないと思います。要支援や要介護1、2の人たちに関しては、財政的に難しい問題が出てきて、本当に介護が必要な人のサービスが残っていくと思います。

入院日数の短縮も、診療報酬上は入院日数が短いほど優遇されます。目標は、全国平均の入院日数と最短の県（長野県）との差を半分にすることです。入院日数を短くするほど診療報酬上は優遇されるので、経営上はどんどん短くする努力をしていくわけですが、全国一斉にそれを行うとどうなるのでしょうか。例えば、昔のように平均40日入院していたときと、半分の20日になったときを比べると、医療資源の受け皿が変わらないなら、半年でさばけるのです。病院は残りの半年はからっぽになります。経営上はからっぽになった病院は閉鎖しなければなりません。入院日数を短縮して病床利用率を90%以上にしろといっても、全国一斉に実現することは絶対にありません。どこかから患者を引っ張ってこないと病床利用率は維持できなくなります。入院日数を短くして病床利用率を維持しようと思うと、そのような構図になるわけで、つぶれる病院が出てくるのは当たり前です。つまり、入院日数の短縮には病床削減効果があるのです。

そして、後発医薬品を普及させることも行います。日本の医薬品産業、医療機器産業はほぼ崩壊しました。去年1年間の新薬の申請件数は、日本では13件でした。これは世界ランキングでは60位で、ヨーロッパの小国にも負けています。治験に時間がかかる、コストがかかるなどといったことで日本から逃げているのです。医療機器にしても、アメリカの人工心臓の会社が開発した人工心臓は3世代前のものしか輸入できません。これは保険収載されていないからです。そうすると、アメリカの企業は日本向けの古い部品を取りたくないのです。このように、医薬品や医療機器も非常に問題を抱えています。

そして他に、医療機関への指導強化、診療報酬の包括払い促進、IT化などがありますが、

医療制度改革ということで一括りになっているので、これからの舵取りには非常に難しい問題があります。

確かに今は自民党などの中でも経済政策を巡って路線が分かれています。1つは経済成長派で、経済成長を促して増税はしないというものです。もう1つは、財政再建や増税をするというものです。今の医療費の将来予測は、GDP（国内総生産）が年率3.0%ぐらいで成長するという仮定です。今の時点の成長率は2%ぐらいなので、1%分の税収が減っています。それをどのように賄うかという、医療支出、歳出を抑制するか、増税しかありません。その一方で非常に問題があるのは、赤字国債がたくさんあることです。例えば、経済が5%ぐらい成長すると金利は上がりますが、赤字国債の部分も利率が上がるので増えていくわけです。そのような爆弾を抱えて、経済成長もある一定水準を維持しないといけません。増税をすると、今度は景気が腰折れする可能性があるので、増税するか、経済成長がどうなるか、赤字国債がどうなるか、金利がどうなるかという微妙なバランスの中で、今は社会保障の舵取りを行なっているのです。福田内閣になってからは歳出を増やす形で後期高齢者の問題をやろうとしています。それが将来的にどのような影響があるかということは見ていかないと分かりません。現在の日本がおかれている状況は非常に厳しいです。これをうまく処理できれば、本当の名医だと思います。

生活習慣病対策と医療構造改革

本論である生活習慣病対策と医療構造改革についてです。今度の医療構造改革の1つのツールとしての生活習慣病対策の内容になります。健診・保険指導の重点化・効率化が今日の話になります。また、医療保険者による保健事業の取り組み強化、都道府県の総合調整機能の強化も関係します。また、都道府県健康増進計画の充実とは、「健康日本21」のことです。

今回の健診・保健指導は、予防ではなく医療、疾病管理の一環です。その証拠として、レセプトと照合するという作業があります。特定な疾患、つまり糖尿病を主とする特定の疾患にもターゲットを置いています。つまり、糖尿病の疾病管理です。医療的な管理を要する事業です。

これはねじれ現象を起こしているのですが、厚生労働省の担当部局は、健康局の生活習慣病対策室です。まさに健診・保健指導という名称が予防的な名称なので、予防を所管している課が所管課になったのです。都道府県でもこの事業に取り組むにあたっては、健康関係、あるいは保健予防関係の部局が所管課になっています。しかし、内容を見ると、保険者の話なのです。私も東京都の委員をしているのですが、これでは非常にやりにくいのです。保険者を相手にしたことがない予防関係の部局がまた1からやっているのです。本当は厚生労働省の中では保険局に置くべきです。そして、都道府県レベルでは健康保険を所管しているところに所管課を置かないといけません。

内容的には、まず糖尿病を主とした健診を行い、異常がある人を徹底的に保健指導でフ

フォローします。そして、その効果があったかどうかを数年後にレセプトと照合して見ていきます。そして、保険者がやっているということです。つまり、医療の部分が予防に前倒しになったということです。この事業はそのように考えるほうがよく理解できます。健康局が担当するとしっくりいかないところが出てくるのはそのような背景があるからです。先ほども言ったように、医療費適正化（削減）になるのかというと、むしろ健康状態をよくして寿命が延びると、医療費や社会保障費がかさんでくるのです。

●保健医療指標

次に、保険医療指標を見ていきます。日本の人口

これは日本の人口の推移です。1950年のところで落ち込んでいるのは戦争の影響です。江戸時代末期から明治時代にかけて、日本の人口は約3300万人でした。鎖国状態だったので、その当時の農業水準では3300万人ぐらいしか養えなかったのです。明治維新後は開国をして農業技術などが向上しました。そして、現在の生活は輸入食品によって支えられています。現在の人口は約1億3000万人ですから、考えようによっては私たちの体の4分の3は輸入品でできているのです。国産品で賄おうとすると、4分の1ぐらいしかありません。それだけ輸入に頼っているのですが、人口は一貫して増えてきました。

現在の人口は、去年か一昨年ぐらいから減少に向かっています。15～64歳までの人口を生産年齢人口といいます。14歳以下は子供の人口です。実質の生産年齢人口は20歳～64歳ですが、昔は中学を卒業して働きに出ていた人がほとんどだったので、そのときの名残で15歳から64歳となっています。今後、社会を支えている人口が減ってきます。そして、子供の人口は減り、高齢者が増えています。日本の人口はどんどん減っていき、数字上の予測では600～800年後にはゼロになります。

東京オリンピックぐらいのときに日本の人口は1億人を越えました。このときの人口数をもう1回経験するのは2050年ぐらいです。移民を受け入れない場合、もう1度、1億人に減ります。昭和40年の1億人のときは、高齢者が圧倒的に少なく、働き盛りが多く、子供も多かったので、社会は右上がりのカーブでした。今度の1億人は高齢者が多くて働き盛りや子供が少ないので、非常に大変な1億人です。

高齢化とよく言いますが、高齢者数の絶対数は、あるところから幅が広がらなくなります。65歳以上の高齢者の絶対数はあと20～30年すればもう増えません。高齢化率は子供の数が減るので上がるのです。老人医療のターゲットは、20～30年後には千数百万人ぐらいです。それまで持ちこたえると一息つけるのではないかと思います。その前にベビーブームの世代が一斉に退職するので乗り越えないといけません、これを乗り越えれば日本は何とか持つと思います。

合計特殊出生率

高齢化の1つの背景は寿命が延びたことです。また、少子化の背景は出生数が低下していることです。去年のデータではやや回復しましたが、1.25というショックが続きました。合計特殊出生率とは、1人の女性が一生の間に産む子供の数です。これが2005年に1.25人になりました。2006年では1.32まで回復しましたが、まだ2を超えません。もう2を超えることはないと思います。

Total Fertility Rate; TFR

英語の「Total Fertility Rate」とは合計特殊出生率のことです。これを見ると、戦後間もないころ、女性は一生の間に子供を4~5人産んでいました。丙午の前の年と後の年は出生率が上がっています。計画的に出産したわけです。出生率は下がってきたわけですが、人口が増えるためには、この赤い線の人口の置換水準を越えなくてはけません。現在の医学水準では2.08となります。生まれた子供の中で次の生殖世代になるまでに亡くなる子供がいるので、そのようなことを見越すと子供は2.08人以上いないと人口は増えません。このグラフをみる限り、いずれの見通しでも人口が増えることはないわけです。今後は減り方を緩やかにするしかありません。その間に時間をかせいで社会制度を変えていくしかないのです。

この青い線は、3年ぐらい前に改正された年金の制度設計で1.39となっています。今は少し回復したといっても1.32で、はるかに及んでいません。一昨年は1.25でした。つまり、悲観的な見通しよりまだ悪い水準で今の出生率は推移しているということです。この1.39を超える、あるいは近づけないと、年金の財源は確保できなくなります。出生率をどう解釈するかによって社会の制度設計は大きく変わってきます。

人口や子供が減ると…

人口や子供が減ると働き手が減少し、経済規模が縮小して社会保障財源が減少するという悪循環に入ろうとしているのです。

出生率低下の原因

出生率の低下の原因は未婚率の上昇と晩婚化です。今の政府の少子化対策では、児童手当、育児手当、育児休業、保育の環境を整備しましょうと言っているのですが、結婚している夫婦の子供の数は2.3人ぐらいで、1980年からほとんど減っていません。

今の少子化対策は結婚している人をターゲットにした対策がほとんどです。少子化対策では、とにかく結婚させないといけないのですが、日本国主権のお見合いをするのは政策に馴染まないで、少子化対策は難しいのです。有効な対策ができないのは、結婚しないことには子供が増えないからです。結婚している夫婦には子供が2.3人いるので、それに対する少子化対策を行ってもあまり効果はありません。晩婚化すると生殖可能年齢の関

係で期間も短くなります。これが少子化の要因です。

職業分類年齢階級別分布

これは職業分類年齢階級別分布です。男性の場合は、中学、高校、大学、大学院を卒業して徐々に社会に出て、退職も徐々に迎えていくという台形の形です。女性は M 字形になっています。左の尖っている部分は、正規社員で女性が働いているところです。右の尖っている部分は、出産や子育てが終わって、もう 1 回社会に出てパートや非正規で働いているところです。労働人口が減ってくると、この山のところを男性のような台形に変えないといけないのですが、そのような意味では今の少子化対策は女性が職場に出やすくなっているため、労働力の確保としてはうまく作用するかもしれません。

急激な平均寿命の伸び

寿命は急激に伸びていき、日本は世界一になっていきました。戦後、ごぼう抜きで先進国を抜いていったわけです。

平均寿命

これは平均寿命です。データが少し古いのですが、日本は世界一でした。現在、男性はフィンランドに次いで 2 位になっていますが、女性は 1 位です。

健康寿命

健康寿命とは、健康に生きることができる期間が一生のうち何年あるかということです。端的にいうと、平均寿命から健康寿命を引けば、病気の期間で、入院したり、寝たきりや認知症になっていたりする期間です。日本人はこの期間が大体 5~6 年あり、5~6 年は健康を損ねているということです。この期間を短くしようというのが、「健康日本 21」といった健康増進活動です。ただ、先ほど言ったように、寿命が延びると医療費の削減効果には疑問符が付いてきます。

高齢化社会とは

高齢化社会とよく言いますが、そのために生活習慣病が出てきました。高齢化社会に突入したのは大阪の万国博覧会があった 1970 年です。高齢化社会とは、65 歳以上の人が 7~14% の社会のことです。高齢社会は 65 歳以上の人が 14~21% の社会、超高齢社会は 65 歳以上の人が 21% を超えた社会のことです。

高齢社会へ到達するのにかけた年数の国際比較

問題は、日本の高齢化が非常に早すぎることです。この図は他の先進国と高齢社会へ到達するのにかけた年数を比較したのですが、高齢化率が 7% から倍の 14% になるまで

日本は24年しかかかっていません。ドイツは40年、イギリスは47年、アメリカは予測ですが73年、フランスは115年と、ヨーロッパの2~4倍の早さで高齢化が進んでいます。逆に言うと、日本はヨーロッパよりも2~4倍の早さで高齢化社会に適応した社会をつくらなければいけません。だから、医療制度改革、介護保険、年金の改革などを急いでいるわけです。ただ、残念なのは1990年代に失われた10年があるので、その頃はほとんど何も手が付いていなかったことです。それが時期が遅くなった原因ですが、今からでも何とか間に合う、回復できると思います。

高齢化が進むと…

高齢化が進むと生活習慣病罹患者が増えて、医療や介護の適用者が増えて、社会保障費が増えます。これを断ち切るための特定健診・保健指導であるわけです。

疾病構造の変化とその予後

疾病構造の変化を見ると、昔は感染症が主体でした。感染症が主体のときは、結果は生か死しかありませんでした。今のような生活習慣病が主体の場合は、生か死のほかに障害というものがあります。

感染症のときは自分が注意をしても集団で伝染するので、集団で対策をしないといけません。今は個人の管理が必要になるので、ここに難しい点があるわけです。特定健診・保健指導でも階層化して行うには、この動機付けが1番難しいのです。また、医療費がかかる構造の問題もあります。昔は薬もなく、生か死なので、今日明日がヤマですという形からでも1週間ぐらい何とかがんばって助かると、ピンピンして社会復帰していました。しかし、今は障害があったりして経過が非常に長いのです。そして、医療技術が進歩してコストがかかるということで、医療費を上げる要因の疾病であるわけです。

人生のどの時点から生活習慣病に罹患しやすくなるのか？

今度の特定健診・保健指導は、40~65歳ぐらいがターゲットになっているわけですが、糖尿病も含めて生活習慣病はどのあたりで増えてくるのでしょうか。

悪性新生物、心疾患、脳血管疾患による死亡率：男性

これは男性の場合のがん、心疾患、脳血管疾患による死亡率を見たものです。いずれも40歳から50歳ぐらいにかけて、これらの疾患による死亡率が増えてきます。40歳からターゲットを絞ったことにはそれなりに効果や意味があります。失礼ですが、例えば、後期高齢者に健診をすると異常ばかり見つかります。ですから、健診のコストがかかるだけであまりメリットがないので、後期高齢者はいきなりもう医療機関に行っていたらいいと言ったほうがいいわけです。若い世代に健診をすると異常がないので、健診だけをしても異常者をスクリーニングできません。健診をするコストと効果を考えると、40~65歳あた

りというのはそれなりの理由があるわけです。

悪性新生物、心疾患、脳血管疾患による死亡率：女性

女性の場合も同じことが言えます。やはり 40 歳を越えたころからこれらの疾患による死亡率が増えてきます。つまり、40～65 歳ぐらいがターゲットにすべき年齢であるわけです。

生活習慣病の現状と課題

生活習慣病の現状と課題には、今回の糖尿病を中心にした特定検診・保健指導では、人数にすると非常に多いということがあります。

中高年 2000 万人「内臓脂肪症候群か予備群」

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）は予備群を入れると 2000 万人ぐらいいます。該当する人は 940 万人、予備群は 1020 万ですから、メタボリックシンドロームは大きな国民病です。これは赤ちゃんからお年寄りまで入れた数ですから、壮年期、働き盛りの世代にすると非常に多い健康異常であるわけです。

メタボリックシンドロームの状況 (1) (2) (3)

今回の健診指導はメタボリックシンドローム対策ということなのですが、これは非常に健康異常の割合が多く、多くの疾患に関連しています。予備群を入れた 2000 万人をどうにかしないといけないのですが、2000 万人の 25%を減らせば 4 兆円が浮きます。そのような試算で、他の診療報酬の削減も合わせて国民医療費を 56 兆円にしようとしています。

貧血の問題

肥満の問題もありますが、その一方で若い 20 代の女性の体重は戦後一貫して変わっていません。やせ願望があつて痩せすぎなのに、さらに減らそうとしています。そして、戦後、体重は変わっていないのに身長は伸びています。若い女性はスリムになっているはずなのに、まだ太っているというイメージを自分でも持っていて、減らそうとしているわけです。

同時に、栄養を摂らないので貧血の問題があります。メタボリックシンドロームの問題に加えて栄養のことを言うと、私たちが調査した日本人の女性の結果では、20%の女性が貧血です。貧血は食事で回復するのは非常に大変です。サプリメントなどいろいろありますが、妊娠や出産をすることでも鉄が出ていくので、貧血の状態にある人は改善したほうがいいと思います。

また、日本人にはカルシウムが足りないという問題もあります。それはヨーロッパに比べて日本の畑にはカルシウムが少ないからです。日本の河川は土が火山性なのでカルシウムが河川の中に入りにくく、川の長さも短く急流であつという間に海に流れてしまい、日本の土壌にはカルシウムが溜まりにくく、野菜の中にも少ないのです。メタボリックシ

ドロームばかりに注目が集まっていますが、カルシウムはもちろん、貧血の問題は何とかしなくてはいけない由々しき問題です。アメリカではパンの中に鉄を入れたりしており、日本でもそれをするかどうかという議論を始めなければいけません。

●生活習慣の状況について (1)

生活習慣の状況について (2)

これは朝食の欠食率です。これには痩せのことなどいろいろな問題があると思いますが、男女とも欠食しているということです。

医療制度構造改革と疾病予防

これは先ほども言ったように、健診・保健指導にメタボリックシンドローム対策を導入するという事です。糖尿病の生活習慣病有病者、予備群は2000万人います。これを25%減らして4兆円減らそう、そのために医療保険者に健診・保健指導を義務化するというのが医療制度構造改革に絡むメタボリック対策です。

なぜ糖尿病に絞ったかという、糖尿病患者は予備群を含めると2000万人います。これは赤ちゃんからお年寄りまで入れた数字ですが、数としては非常に多いです。糖尿病は食生活や運動習慣が非常に絡んでくるので、健康増進の意味合いも大きいからです。また、糖尿病の合併症として、網膜症による失明、腎不全による透析、手足の先の末梢神経や血管が障害を受ける神経症があり、糖尿病は予後の経済計算がしやすいからということもあります。

糖尿病と他の生活習慣病等との関係

これらは糖尿病の合併症です。糖尿病は放っておくと失明します。そして、透析になります。また、糖尿病性神経症では手足を切断することになります。この糖尿病コントロールがうまくいくと現状維持できる、あるいは正常に戻ります。しかし、放っておくと、確実にこのような合併症になるので、糖尿病は合併症になったときの経済計算がしやすいです。つまり、網膜症でどれぐらいの医療費がかかるか、糖尿病で予後が悪い人はどれぐらいの確率で網膜症、透析、神経症に移行するかということが計算しやすいのです。

また、糖尿病の背景因子には肥満があります。そして、高血圧、高脂血症によって、脳梗塞や心筋梗塞を引き起こします。糖尿病を抑えることによって、このような合併症や、関連する脳梗塞、心筋梗塞、高血圧等の病気への移行を防ぐことができるわけです。

もう少し前段階をいうと、肥満を抑えると糖尿病には移行しません。健康増進の基本は、肥満対策とタバコ対策しかありません。肥満とタバコは、あらゆる生活習慣病にリンクしています。本当はこの2つさえ抑えれば、生活習慣病対策はかなり成功するわけです。今回は、この糖尿病に焦点を絞って合併症や他の関連する疾患への移行を妨げる、そして肥

満を解消して健康体へ戻すということです。

そして、合併症への移行がどれぐらい防げたか、糖尿病自体はどれぐらい改善したか、あるいは他の関連する疾患に移行していないかということを知るためには、レセプトとリンクしなければなりません。つまり、健診・保健指導が医療費という側面で効果を上げているかということを見るわけです。ですから、これは医療管理、疾病管理の一環です。健診・保健指導は、予防の範疇ではなく、むしろ医療が予防のほうへはみ出してきたと捉えるほうがいいと思います。

また、健診が終わると保健指導がありますが、1つ注意していただきたいことがあります。これからかかわる場面も多いと思いますが、糖尿病の人には鬱（うつ）が多いのです。そして、強く指導するほど鬱が進みやすいのです。今度の保健指導では、階層化して機械的に指導する感じですが、鬱などの精神的な心身面も見ていかないといけません。鬱は自殺を伴うので、鬱とその他の精神的な要素も加味して保健指導を行なっていく必要があります。これにはデータがないのですが、糖尿病を専門にしている人に聞くと、糖尿病の人はなかなか指導を守らないという独特の個性があるようです。鬱のような精神的なものと糖尿病の病態が本当に絡んでいるかは分かりませんが、なかなか言うことを聞いてくれないケースがあるといったことを印象として言う人もいます。ですから、厚生労働省の指針のようにいくかどうかは、実際に自殺などが発生しないように配慮しながら考えていく必要があると思います。

25%削減の目標を達成するために

25%削減の目標を達成するために、健診・保健指導はこのような中に位置づけられています。今までの健診・保健指導は標準化されていませんでした。データの分析・指標の標準化もされていませんでした。問題はここだったのです。今度は保険者に健診・保健指導の実施義務が移りましたが、これが始まる前のそれに相当する事業を考えると、それは老人保健法に基づく保健事業です。その実施主体は市町村です。市町村が実施していたときに、健診の受診率等を出していましたが、日本では健診の受診率に定義がありません。受診率を上げるためにどのような工夫をするのかということ、対象者である分母を減らすのです。自治体、実施主体の市町村によって、検診の対象者は全然違います。あるところは国民健康保険の対象者にして、あるところは国民健康保険の中でも医療を受けている人を除外して、あるところは眼科の場合は健診の対象とするが、内科を受けている場合は健診に相当するものをサービスとして受けているということで除外するなど、対象者の選定が市町村によってバラバラなのです。受診した人の実数は分かりますが、対象者である分母の部分の数が市町村によって全然違うので、都道府県ごとの平均的な健診の受診率や市町村の比較をしても意味がありません。もちろん努力していない部分ではありますが、対象者が把握できないということは、予防ということが全対象者に行き渡らないので、それを改善するために保険者に持ってきたのです。保険者はレセプトも持っていて、被保険者を完全

に把握しているので、保険者に健診の受診義務を負わせて、被保険者、健診の対象者をもれなくしようとしたわけです。ここでは被扶養者の問題は置いておきますが、市町村は今まで対象者の選定もあいまいでした。だから、受診率自体が比較の対象にならないのです。

保健指導も定義があるわけではなく、単に会場に集めて糖尿病教室をしていました。あとはどのような行動変容があろうがなかろうが、それで終わっていたのです。また、老人保険事業は国の補助金で行なっていたので、その算定の目安になるのが受診率や健康教育の開催回数、参加者数でした。そのような健診の実施する目的とは全然違う指標を評価指標にしていたわけです。健診・保健指導の目的は、病気にならないようにする、あるいは病気の人健康を回復して、将来的には健康な人口を増やすことです。だから、本当は病気が回復したかどうか、健康になったかどうかを評価指標にしなければいけないのですが、老人保健法時代の市町村が実施していた健診の評価指標は受診率や健康教育の開催回数でした。そのようなことをしても事業の評価にならないので、このあたりを変えていく必要があったのです。そして、データの分析・評価も何もやっていませんでした。また、異常と正常の基準も市町村で違います。例えば、老人保健法の時代に、A町で健診を受けたとします。ヘモグロビン A1c という糖尿病の判定の指標をやったところもあれば、尿の中に糖が下りているかどうかを見て糖尿病と判定しているところもあります。どの試薬や検査方法を用いて、どのような正常値の範囲で健診を受けた人の血液や尿のサンプルを評価するかといったことは自治体によってバラバラです。ここを統一しなければいけません。検査手法、精度管理、検査が本当に正しい管理体制で行なわれているかということも見ていかなければいけません。それを考えると、やはり市町村で行うのは無理です。健診を受けさせる対象すら分からない、精度管理もできない、評価指標も全然違うものだったので、これを根本的に変えていかなければいけません。

ポピュレーションアプローチは集団を対象とした健康増進の施策です。これは「健康日本 21」に代表されるものです。健診・保健指導は個人を対象、「健康日本 21」は集団を対象にして健康思想を普及していくという、この両輪で健康増進活動をしようとしているのです。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）

これは、その標準的な健診・保健指導プログラムです。今も言ったように健診項目や判定基準は市町村によってバラバラでした。あるところは医師会の正常値のデータ、あるところは学会のデータ、あるところは老人保健法の実施マニュアルの数字を使うといったようにバラバラであったものを統一しなくてはなりません。そして、電子的な提出によってレセプトデータとリンクさせて分析していくのです。

また、健診を受けた人に対する保健指導が保健師や栄養士によってバラバラでした。これにマニュアルや基準を設けて質を管理していこうということが、保健指導の標準化です。

そして、保健指導の成果を客観的に評価できるということで、データの分析・評価も必

要です。何年か後のレセプトデータとリンクして、改善した人はどれくらいいるかといったことを客観的に評価します。この3本柱が今度の標準的な健診・保健指導です。老人保健法に基づく市町村を実施主体とした事業ではこれが全然されてないということで、新たに保険者を実施主体として再構築したのです。

医療保険者に健診・保健指導を義務化

また、医療保険者に健診・保健指導を義務化ということです。これは40～74歳の被保険者・被扶養者が対象になります。また、健診・保健指導のデータ管理では、レセプトと突合することによって医療費との関係を分析できます。しかし、数十年保管しないといけなないのでどのような媒体で保管するのかということや、転勤・転居した場合などいろいろなことが考えられるので、その中で一貫してセキュリティを保ったデータ管理が必要になってきます。また、保健指導実施率、あるいは病気の該当者や予備群の減少率といった数値目標によって管理していこうということです。数値目標で管理をすると、後で評価ができるわけです。現在の厚生労働省の施策では、数値目標で執行管理するものが主要な部分を占めています。その代表的なきっかけが「健康日本21」です。「健康日本21」は2000年に策定され、数値目標によって事業の成否を評価するという仕組みになっています。老人保健法時代のあいまいな評価を徹底的に評価しようというのが今度の健診・保健指導です。

健診体系の見直しと保険者機能の強化

ある意味では保険者機能は強化されたと考えてもいいと思います。しかし、財政的な負担はもちろん出てくると思います。

健診・保健指導の理念の転換

これは先ほども言いましたが、健診・保健指導の理念が転換しているのです。

市町村が実施主体で税（補助金）を投入した従来の健診・保健指導体系から、まだ予防給付までいっていませんが、将来的にはその要素も加えた形で公的保険者・公的保険が主体となった健診・保健指導の体系にパラダイムシフトしていきます。理念はもう変わっているのです。大きくは、税金でやるのをもうやめました。がん検診が一般財源化されて離れていき、徐々に崩壊していきました。あまり効果を上げていないということもあったと思いますが、税方式から公的保険方式へ、実施主体は市町村から保険者へ変わったのが大きな変革だと思います。

ターゲットは3つのグループ

これはターゲットをいかなる疾病グループに向かわせるかということです。これはよく出るスライドですが、不健康な人、予備群に対してどのような指導をしていくのかを階層

化していきます。そして、不健康な生活習慣を送っている人、生活習慣病予備群、生活習慣病の有病者、そのような人に対してどのような保健指導をしていくかという目標を掲げて実行していきます。

このような健診・保健指導の効果は、短期的、中期的、長期的なサイクルで見えていく必要があります。まず短期的に出るのは、健診受診率の増加、保健指導実施率の増加、メタボリックシンドローム該当者の減少、糖尿病等の有病者の減少というような効果で1~2年後です。今までの健診・保健指導は評価を1年ごとの単位で見えていたのですが、毎年見るとしたら受診率等の単位で見ないとどうしようもありません。しかし、先ほど言ったように、健診・保健指導の最終目標は、健康な人を増やして医療費を減らすことなので、短期的、中期的、長期的な目標といった3つに分かれているわけです。

中期的な3~4年後の目標は、健診受診率の増加、保健指導実施率の増加です。そして、アウトカムの指標としては肥満者の推定数の減少、メタボリックシンドローム予備群の数の減少、糖尿病と予備群の減少です。このような疾病を減らすことを中期的な目標にしています。

長期的な5~10年後の目標は、医療費への抑制効果が出るかどうか見ていきます。そのためには、長期的なレセプトデータと健診・保健指導のデータをずっと管理していかななくてはなりません。もちろんこの先もずっと出てきます。毎年健診を受けますから、このサイクルは1年ごとにずれて発生していくわけです。そして、この短期、中期、長期の実績に応じて、事業がうまくいっているかどうかを評価して改善してPDCAサイクルを回していくこととなります。これが健診・保健指導の青写真です。

健康増進施設認定制度について

健康増進施設認定制度は以前からあり、健康運動指導士という人材を育成すると同時に、温泉利用型の施設をつくったりしています。そして、1980年代から医療費控除等の税制上の優遇措置をすることをこなってきました。このような制度も利用しようという趣旨です。

「健康日本21」という一般的な健康増進計画は今の計画の第3期目のものです。第1期目の国民的な健康増進の事業は、昭和53年に10年計画で始まりました。これは栄養、休養、運動という生活習慣のバランスをよくしようという事業で、1日30食品以上食べよう、食塩の摂取率は10g以下にしようということで栄養に力を入れました。第2期目の計画は1988年から始まり、このときは運動に力を入れました。同時に、国家資格ではありませんが、健康運動指導士という運動の指導をする職種をつくるなど、いろいろな制度をつくり、運動習慣を普及しようとしたのです。このようなものは今度の健診・保健指導にもリンクできるところはリンクしようという趣旨があります。

健診・保健指導データ保管期間

健診・保健指導のデータの保管期間は、数十年後の電子媒体がどうなっているかという

予測がつかないので、非常に大変な問題です。レコードから始まり、フロッピーディスクやカセットテープ、MD、今は iPod という形になっています。また、現在の電子媒体であるコンピュータで保存するにしても、情報管理のセキュリティが問題として出てくると思います。

健診・保健指導実施に向けた、医療保険者の新たな作業工程（案）

これは厚生労働省のホームページから取ってきたもので、平成 18～19 年度、あるいは平成 20 年の実施に向けて、それぞれどのような作業をやっていくかという健診・保健指導の実施に向けた、医療保険者の新たな工程表（案）です。先ほども言ったように、都道府県レベルでは保健担当部局がこれを所管しているので、ねじれ現象を起こしており、意思の疎通が保険者、組合とうまくいかないという問題が出てきています。ですから、考え方としては医療が保険のほうに前倒しになった事業と考えたほうが合理的だと思います。

医療保険者による後期高齢者医療支援金の加算・減算

後期高齢者医療支援金についてです。福田内閣になって、後期高齢者医療制度の負担率の問題を半年から 1 年、あるいはその先も据え置きにしようという案が出ています。現在の医療制度を含めた財政的な問題を考えると、歳出を増やすこととなります。そのためにはどこかからお金を持ってこなければいけないのですが、それを消費税でやるのか、経済成長をもう少し加速させるのかは分かりません。せっかくしぼんできた歳出が膨らむ余地、都会と地方との格差ということで、また地方にもばらまく傾向がありますから、歳出が増えてくるのです。

昨日の日本経済新聞にワニの口のグラフが書いてありました。ワニの上顎が歳出、下顎が税収になっていたのですが、1990 年代は不況だったので、公共投資で地方にお金を投資して、景気をよくしようと歳出を増やしました。しかし、その効果はなく、税収が落ちた、あるいは横ばいでワニの口が開いたのです。そして、小泉内閣の構造改革ではワニの口が狭まりました。歳出が減って経済成長もある程度回復したので、下顎が上のほうへ向いていってワニの口が狭まってきたのですが、今は再びワニの口が開こうとしていて、まさしく分かれ目に来ています。なし崩し的にになると、子供や孫の時代にツケが回ってきて、どうしようもない状況になると思います。

いずれにしても、健診・保健指導でうまくいかなかったところは、後期高齢者医療制度の支援金の部分で加算や減算すると言っています。これが保険者にかけられたペナルティです。極論を言うと、ペナルティのお金を払って健診・保健指導をやらないほうが実態的には安いという議論もあります。あるいは、すべての保険者が健診・保健指導で好成績を収めた場合、10%減額してくれるのですが、そうすると後期高齢者の財源が足りなくなります。そのペナルティが本当に機能するかどうかについても今後とも観察していく必要があります。要するに、後期高齢者の支援金に健診・保健指導の実績を反映させるというこ

とです。ペナルティを課す、あるいはうまくいっているところは支援金を減額するなど、そのような動機付けをして、健診・保健指導を軌道に乗せようとしているのです。

従来健康診査の問題点

先ほど言ったように、従来健康診査の問題点は受診率の算定があいまいで、比較にならないことでした。検査方法、試薬、判定基準、精度管理が不統一で、医師の判定がバラバラでした。例えば、愛知県で行なった調査によると、検査データでは高脂血症なのに、受けた人の心理状態を思ったと思うのですが、医師は「異常はないですよ」「異常は軽度ですよ」と、医療の適用であっても軽い判定をするケースがあり、検査による判定と医師の判定のバラつきが出ていたわけです。このような問題は解決しないとはいけません。また、評価の体系がなく、不一致であったという問題もあります。

●健診

今度の健診では、なぜ内臓脂肪症候群に着目したかということです。それは糖尿病を主とする健康異常はあらゆる生活習慣病や合併症にもリンクしているので、糖尿病を抑えることによって疾病の管理がしやすいからです。あるいは経済効果が期待できるということで、糖尿病を中心にした内臓脂肪症候群にターゲットを絞りました。これを実施するために健診の内容を市町村から保険者に移してきて、もれなく国民皆健診に近づけようとしています。

また、保健指導対象者の選定と階層化の基準を設けて、状況に応じてきめ細かく指導し、管理する体制を整えようとしています。また、健診の精度管理をして、本当に正しい検査基準で行われているかをチェックしようということです。そして、健診データ等の電子化、検診及び検診データ管理のアウトソーシング基準を設けて、民間業者が参入して市場を形成し、切磋琢磨して質を上げようということがもくろみです。このようなことが今度の健診・保健指導の要点になります。

保健指導

保健指導の基本的考え方についてです。これは厚生労働省の報告の中にもあります。計画を策定して対象者を設定し保健指導を実施し、指導の結果を評価します。そうすると、保健指導の実施に関してもアウトソーシングができるので、今までの市町村主体の保健指導の体系の問題点をこのようなことで改善していこうとしているのです。

特定健康診査の項目

特定健康診査の検査項目にはいろいろな議論がありましたが、現在の必須項目には、質問表（服薬歴、喫煙歴等）、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、理学的検査（身体診察）、

血液検査、検尿（尿等、尿蛋白）があります。詳細な健診の項目として、もし異常があった場合には、心電図検査、眼底検査、貧血の検査に回すという体系が組みられています。

保健指導対象者の選定と階層化

保健指導対象者の選定と階層化に関しては、それぞれの保健指導の強弱をつけるためにグループ分けをしてターゲットを絞り、そのターゲットに見合う指導を行なって効果を上げていこうとしています。保健指導は指導の回数や時間等の単位が決められていますから、今回は健診を受けた後、面倒といっはいけないのですが、仕事を削ってでも保健指導にかかわる必要が出てきます。

ただ、現在の労働安全衛生法の職域検診も同じですが、健診まで受けたとしても、果たして保健指導を本当に受けるのかということが疑問です。仕事が忙しいのに休む、あるいは土日時間を潰って保健指導に行くかということかなり難しい面があると思います。保健指導にはやはり工夫が必要です。

複数の健診・保健指導体系

現在、複数の健診・保健指導の体系があります。まず、高齢者医療法による健診・保健指導があります。老人保健法を改正して、高齢者医療法によって今回の健診・保健指導をつくりました。また、従来の労働安全衛生法による職域検診があります。今回は、つくった健診と従来の労働安全衛生法の健診では実施の目的が違うということで、一応仕分けしていますが、重なる部分は無駄のないように統一してやると言われています。そして、老人保健法で残ったがん検診などは、健康増進法の中の保健事業に入れられました。残りはどうでもいいような形になっているのです。

今回のメタボリックシンドローム対策の健診・保健指導以外での日本の健診の問題点は、今言ったような対象者の把握、検査方法の違い、市町村によって比較ができないといったことがあります。もう 1 つは、がんを例にとると、がん検診の受診率が低いことです。老人保健法にかかわる市町村が行う健診のデータでは、がん検診の受診率は 10～20%、多くても 30% ぐらいです。日本では、日本国民が人間ドックを含めたがん検診をどれくらい受けているかは全然把握されていません。

まだ日本の健診・保健指導の体系で残された陰の部分はたくさんあるので、今回の健診・保健指導では、メタボリック対策でよしとするのはいけません。がん検診にしても、子宮がんには子宮頸がんや子宮体がんがありますが、子宮頸がんでは例えば 30 歳以上で一律に上限を決めずに検診をしています。ですから、高齢者の子宮頸がん検診ではエビデンスがありません。あるいは毎年やっというエビデンスがないのです。外国では数年に 1 回やっても発見率はほとんど変わらないというエビデンスが出ています。そのようなことも踏まえて、がん検診を主体にして、まだ残されている健診の体系も今後とも見直していく必要があります。

●体制・基盤整備

体制・基盤整備についてです。人材で、保健指導にかかわるのは保健師、管理栄養士、医師といった職種になります。しかし、当然保健師が足りないということで、労働保険の職域保健の経験がある看護師には5年間は猶予措置があります。日本の場合、人材育成はめちやくちやになっています。今、医師不足と言われていますが、医師の年間養成数は7000人余りです。看護師に関しては看護大学をたくさんつくり、看護大学プラス、例えばまだ准看護婦養成校などがありますが、他の専門学校で看護師になるルートもあります。そのようなことも入れると、看護師の年間養成数は5万人です。現在、日本の子供の出生数は100万人を切っています。大学に進学する率は専門学校を入れて50%として、50万人の子供が専門学校や大学に行くという仮定にすると、50万人のうち5万人は看護系の学校に行く計算になります。つまり、10人に1人です。そのようなことは現実無理です。保健師が足りないのですが、一方で看護師の養成の枠が非常に大きくなっているというアンバランスがあるのです。薬剤師も同じです。薬科大学がたくさんできて定員が増えて、年間養成数は1万2500人です。それで現在は定員に満たないようなところも出ているのです。

医療人材の人材育成は、根本的に入学してから世に送り出して活躍するまでトータルで見ないといけません。今日は特定健診・保健指導に限っていますが、やはり保健師が足りません。保健師は従来の就職先としては自治体が多かったわけですが、今後この健診を軌道に乗せるためには保健師を入れて、いろいろな分野に保健師の進出余地をつくっていく必要があると思います。

また、最新の知見を反映した健診・保健指導をしないといけないということで、新しい知見が出るたびに勉強してもらう形も必要です。また、標準的なデータ評価と管理の問題もあり、このようなことが体制、基盤整備として必要です。

特定保健指導の実施者の範囲

今言ったのは保健指導の実施者であり、医師、保健師、管理栄養士であることが望ましいのですが、5年間に限っては職域保健を経験した看護師でもいいことになっています。本当に忙しい職種ですから、どれだけ効率的に時間を配分できるかということが鍵になってくると思います。

後期高齢者に対する健診・保健指導の在り方に関する論点

次は、後期高齢者に対する健診・保健指導の在り方についてです。

75歳以上は原則医療ですから、75歳以上の後期高齢者をどうするのかということになります。先ほど言ったように、健診のコストとベネフィットを考えると、健診をやるべき効果があるグループや年齢層は決まってくるわけですから、40～65歳ぐらいまでが1番効果

的なターゲットだと考えることができます。

その他

また、アウトソーシングの問題があります。これは個別に、例えば事業者と保険者とのいろいろな交渉と契約によって内容が決まってくると思います。介護保険は介護保険報酬で公定価格が決まっていますが、アウトソーシングの場合は交渉の余地が出てきます。いずれにしても、介護は単価が低かったために、コムスンのようなところが出てきたと思うのです。やはりアウトソーシングのほうにもある一定のお金をかけないと質が悪くなり、精度管理ができないという問題が危惧されます。もう少し様子を見ていかないと分かりませんが、そのような問題が出てきます。

新たな高齢者医療制度の創設（平成 20 年 4 月）

先ほどの健診・保健指導が効果を上げているところとそうでないところは被用者保険で、この支援金の部分の負担金に幅を持たせようということです。それによって健診・保健指導を実施する動機付けをしようとしているわけです。

特定健診・保健指導事業

まとめです。冒頭に申したように、特定健診・保健指導事業は、社会保障費の削減に寄与するかどうかということです。健康で寿命が延びると一般的には社会的コストがかかります。だから、本当は医療制度改革の中の医療費適正化計画とはリンクしないわけです。私も聞かれるときは、「予防を心がけることによって、病気になるのを防いで医療費の削減に寄与する」と一応言っていますが、実際はその逆の現象のほうが強く考えられるということです。

個人情報

これは私の大学の大学院生がまとめたものですが、個人情報の問題をもう少し整理しなければいけないということです。まず、アウトソーシングされたところが個人の生活習慣に踏み込むことによるリスクがあります。その情報の管理はやはり徹底しないとイケません。そのあたりの法制度、法整備がどの程度有効性があるかということです。また、受診者を階層化することのリスクがあります。例えば、会社の中での階層化では、その日に保健指導へ行くと会社側は分かるわけですから、それがどのような待遇に跳ね返っていくかというリスクもあります。また、将来の健康状態を予測することのリスクです。これは、もし生命保険会社などに流れると、加入できるかどうかという問題も出てきます。また、データの長期保管については、どのような媒体で何十年保管できるかということです。リスクになるものが完全に把握されているかどうかという問題もあります。また、事業者健診と特定健診を同時に実施することのリスクがあります。それぞれの理念が違うので、衝

突しないかどうかというリスクも出てくると思います。

情報に関しては、今は個人情報保護法等の規制がありますが、もし規制がないとしたら、この情報を保険会社に売れば商売になります。現在はいろいろな個人情報保護法の絡みがあるのでそれはできませんが、そのような可能性があるので情報管理に関しては徹底したリスク管理が必要になってきます。これがやはり今後の問題点です。実施してみて初めて気づく点も出てくると思います。

一方で、医療情報の管理に関する検討会があります。医療情報の利活用という言葉は日本医師会が 1 番嫌うのですが、業者によって外部保管してもらうのが是か非かということです。医師会は反対していますが、現在の産業の流れを考えると、病院等で保管するよりは外部保管でメンテナンスをしてもらったほうが、大地震などを考えたときに情報の継続性が出てきます。そのような委員会の審議結果や内容と、健診・保健指導の医療データの内容の整合性がとれているかどうかを厚生労働省レベルでもう 1 回検討する必要があります。現場の情報管理でも、セキュリティポリシーの策定と周知徹底は保険者に求められます。そして、契約するアウトソーシング先も徹底しておかないと、もし情報が漏れた場合、膨大な補償をしなければならなくなると思います。

従来の補助金（税）方式による健診・保健指導

復習すると、従来の補助金（税）方式による健診・保健指導は市町村が実施して、対象者は不明確でした。そして、実施主体は市町村でした。主たる財源は国、都道府県、市町村の補助金、つまり税が投入されていたわけです。一部自己負担がありましたが、委託先は医師会、歯科医師会、健診機関でした。そして、評価体系は不明瞭でした。これでは予防に寄与しないということで、今までお話しした体系に変わってきたわけです。

特定健診・保健指導

対象者は被保険者、被扶養者、実施主体は保険者です。これはあくまでも医療管理、医療の一環です。医療が保健に前倒しになった部分です。主たる財源は保険料などで、一部は利用者負担も考えられます。委託先はプラスアルファの民間企業等が出てきました。少なくとも、税金というお金を負担してきた政府部門の出資はこれで減ってきます。評価体系は、明瞭に短期的、中期的、長期的な評価をレセプトと突き合わせて行う体制になります。委託先は、医師会、歯科医師会、健診機関、そして民間企業まで出てきます。委託内容は、老人保健法時代よりメニューは増えて、内容も濃くなっています。

本当はこの委託内容をもっと拡大できればいいと思います。そのためには情報の保全というセキュリティの問題もありますが、発想を新たにして、他のものとリンクするしかないと思います。例えば、私は自分が医師でなくても「自己指導や保健指導を受けろ」としつつこく言われるのはイヤです。仕事の合間、あるいは土日をつぶしてまで出ていきたくないということです。発想を転換して、ヘルスツーリズムのように旅行と健診の事後指導を

兼ねるという形にしないと保険指導を受けないと思います。

ヘルスツーリズムはメディカルツーリズムとも言いますが、日本はその分野でも遅れています。東南アジア、インド、アメリカ、フィリピンでは、欧米の観光客の健診を行っており、観光プラス健診のツアーをつくっているのです。タイにはスウェーデンなどの北欧から、インドにはアラブからお客さんが来ます。タイ首都圏のバンコクあたりの病院の医療レベルは日本と同じで、単価が安いです。日本では自由診療でやると非常に高価な単価になるので、観光の費用と合わせるととても外国人を誘致できません。国際的な外国人を相手にした競争は無理ですが、国内の中でヘルスツーリズム的な気分転換をして、健診の事後指導を受ける目的と旅行を合わせるといったことが、動機付けとして必要ではないかと思います。これは1つの例示ですが、そのような工夫をして他産業と結びつける形にしないと、老人保健法時代の健診・保健指導の枠が少し広がっただけの形になります。他の分野、他の保険者と例えばスワップのような形でメニューを交換する、対象者を交換してお金もやりとりする、その相手は観光地に立地している保険者であることなども考えられます。あるいは今年の保険者の健診の予測が目標値にいかない場合は、お金をたくさんもらえるデリバティブのようなものができたらいいと思います。

とにかく、今の厚生労働省の健診・保健指導のマニュアルにとどまる限り、保険者をひとつおとり開拓して、健診・保健指導のメニューを受けて、それで終わりになります。他の分野の産業と連関して、次の委託の内容を膨らませるような形にしないと自立した有望な市場にはなりません。例えば、これは少し極端な例ですが、普天間の跡地利用で、そこに保健指導ドックをつくって観光を兼ねて行くといったようなことも考えられると思います。現在の厚生労働省が提示した枠以外で、情報管理等にも抵触せずに他産業と連関できるような何か抜本的な仕組みができれば開けてくると思いますが、今のままの状態では単価が据え置かれたり安く設定されたりすると、介護保険の二の舞になると思います。

従来の健診・保健指導の委託部分

従来の健診・保健指導の委託部分は、先ほど言ったように医師会などが受けていたのですが、その健診・保健指導の回数によって、「健康教育に来てください」「指導してください」と言って終わりでした。今度の保健指導では、少なくとも民間事業者が参入でき、階層的な事後指導に関してメニューが増えてきたのですが、そこから先を目指さないといけません。それについては私よりも皆さんのほうがはるかに知識があると思いますが、やはり他の制度や他産業と何らかの形でリンクしなければいけないと思います。

行政計画の政策体系のあるべき姿

行政の問題もあります。今までの健診・保健指導がうまくいかなかったのは、行政は医療計画にしても計画物はすべてそうですが、施策体系にややかかったぐらいで、社会理念の表明で終わっているからです。どのように実行していくかという事業計画、執行計画、

実施計画はありませんでした。それが行政の計画がうまく機能しなかった理由です。今回の健診・保健指導は、少なくともこの以下の計画では細部にわたる、より現場に近い計画が充実してきていると思います。

計画と評価の構造（行政計画）

いずれにしても、従来の行政の計画はこの歯車の上の部分だけ回っていました。本当は下の現場のサイクルを回さなければいけないのですが、それがうまく回ってこなかったのです。このあたりを改善して、健診・保健指導を有意義なものにしていく必要があります。

情報の非対称性

情報の非対称性という問題もありますが、医療関係者は圧倒的に情報を持っています。医療や予防活動をうまくしようとするれば、情報を分かりやすく伝えなければいけません。この非対称を緩和しないと、医療、保健指導、保険事業は絶対によくならないと思います。

社会主義システム支える自由主義市場

日本ではよく社会主義といわれますが、医療がまさしくその例で、公定価格の診療報酬があります。そして、計画的に医療計画や医療費適正化計画で枠をはめていっているわけですが、そのプレイヤーは自分の利益を最大限にしようとする自由主義者、自由主義経済の担い手です。例えば、病院の地域連携では地域連携パスなどといれています。地域連携パスは確かに理想的ですが、その地域連携の担い手である地域の医療関係者は自分のところの利益を最大限にしようとして患者を囲い込んでしまうので、本当は連携と逆の方向へ行ってしまいます。地域連携というシステムと個人の医療従事者の行動を調和していくのは1番難しい部分です。

時間となりましたので、以上で終わらせていただきます。