

# 生活習慣病の予防に向けた新しい健康診査・保健指導制度とインパクト

大木拓野



## CONTENTS

- I 生活習慣病対策の新制度発足
- II 生活習慣病の実態と予防アプローチ
- III 医療保険者の機能と外部委託サービス
- IV 標準プログラムがもたらす社会的効果と課題
- V 被保険者と事業主の責務

## 要約

- 1 2008年4月から、健康保険組合などすべての医療保険者は、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対して、生活習慣病対策としての特定健康診査および特定保健指導を実施することが義務づけられた。
- 2 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を中心とした生活習慣病は、日本人の死因の6割に関係し、年間約10兆円の医療費が費消されている。生活習慣病対策には予防が大切だが、効率的に予防を行うためには、健康診査と保健指導の対象者の適切な絞り方が重要である。
- 3 医療保険者は上記の義務を果たすうえで、各種の外部専門機関のサービスを利用できる。創出される関連市場規模は、中核的なサービスだけでも、受診率・実施率が100%になったと仮定すると、年間約5000億～1兆円と予測される。
- 4 生活習慣病対策を進めるに当たっては、被保険者・被扶養者一人ひとりがリスクをもたらす行動を変えることが大切であるが、抵抗感も大きく難しい。医療保険者だけでなく、社員およびその家族が健康であることにより、大きく恩恵を受ける事業主も、自らの責務として新しい制度を活用し、生活習慣病対策の努力を行うべきである。

## I 生活習慣病対策の新制度発足

ここ数年で、「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）」という言葉が一般に定着した。さらにそれをわが国特有の省略語にした「メタボ」が、マスメディアに登場しない日はない。

このメタボリックシンドロームを中心とした生活習慣病を、国全体で予防しようとする新制度の元となる法律が、2006年春の国会で成立し、2008年度から施行される。しかし、そのことを正確に理解している人は意外と少ない。そこで、まずこの新制度が成立した背景と、制度の目的・内容を確認しておきたい。

なお本稿では、「生活習慣病」を、メタボリックシンドローム関連疾患である「高血圧、糖尿病、脂質異常症（高脂血症の新名称）」だけでなく、虚血性心疾患、脳血管疾患などの心血管系疾患や悪性新生物なども含めた、厚生労働省の定義で議論を進める。

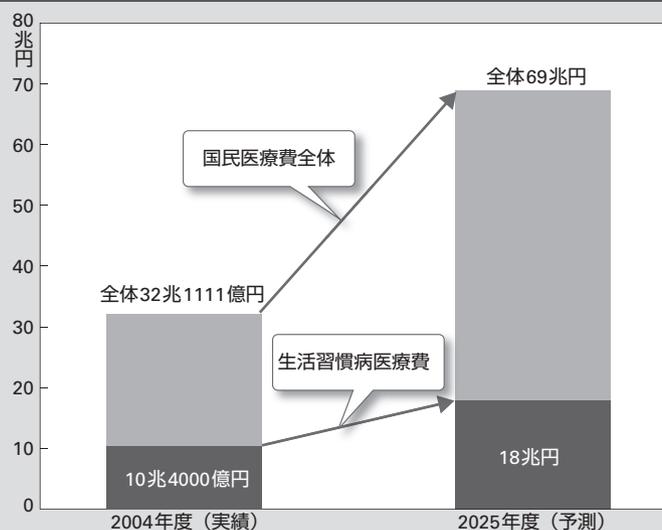
### 1 新制度発足の背景

バブル経済が崩壊し、右肩上がりの経済成長が続かないことを国民全体が理解し始めたころから、国の医療支出をできるだけ抑制する方針が積極的に議論されるようになった。

2004年度の国民医療費は図1のように32兆1111億円に上り、前年度から5737億円（1.8%）増となった。国民所得361兆円強に占める国民医療費の割合は8.9%となり、前年度に引き続き過去最高を更新した。また内訳を見ると、生活習慣病で10兆4000億円（国民医療費全体の約33%）が使われている。

2005年3月に開かれた、「第7回社会保障

図1 わが国の国民医療費と生活習慣病医療費の増加



出所) 厚生労働省「国民医療費の概況」(2004年度)、「第7回社会保障の在り方に関する懇談会」資料(2005年3月)より作成

の在り方に関する懇談会」に厚生労働省が提出した数字によると、2025年度の国民医療費は69兆円に増大すると予測され、その約4分の1に当たる18兆円が、生活習慣病関連による医療費になると推計されている。

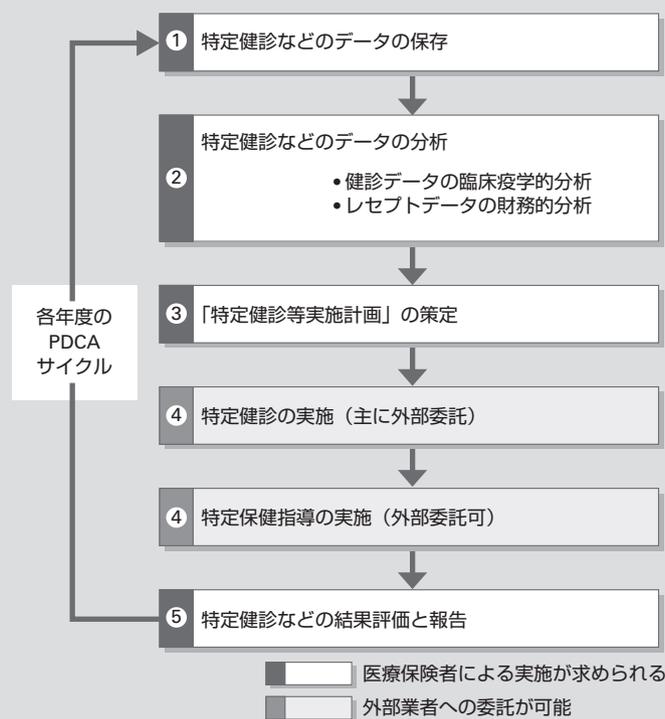
これらを受けて、2005年12月、政府・与党医療改革協議会において、「医療制度改革大綱」が決定された。大綱には、政府による医療制度の積極的なコントロールと医療費の抑制の意思を示す、「医療費適正化の総合的な推進」「新たな高齢者医療制度の創設」「保険者の再編・統合」など、所要の措置を講ずるとの内容が盛り込まれた。

### 2 特定健診・特定保健指導の狙い

医療制度改革大綱に沿って、2006年春の国会で、老人保健法が「高齢者の医療の確保に関する法律」に改正された。

この法律は2008年4月から施行され、すべての医療保険者は、特定健康診査（以下、特

図2 「標準的な健診・保健指導プログラム」の流れ



注) PDCA: Plan (計画)、Do (実施)、Check (評価)、Action (改善)、レセプト: 診療報酬請求明細書  
 出所) 厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」(2007年7月)をもとに作成

定健診) および特定保健指導を、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対し、事前に自らが定める計画に沿って実施することが義務化された。

この特定健診および特定保健指導とは、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者を対象とした、生活習慣病、特にメタボリックシンドロームの予防に特化した健康診査と、その後の保健指導を行うというものである。健康診査の検査結果をもとに、保健指導対象となる3つのリスク層を抽出し、リスクの低い方からおのおのの特性に合わせて3種類の保健指導、すなわち「情報提供」「動機づけ支援(生活習慣の改善のための取り組みにかかわる動機づけ)」「積極的支援(対象者による主

体的な取り組みに資する適切な働きかけを3か月以上継続的に実施)」を、個人、集団での面談や電話フォローなどの方法で、保健師、管理栄養士らが実施する。

現状でわが国の国民医療費の約30%を費やし、国民の死亡原因の約60%に関係している生活習慣病に焦点を当て、医療保険者の義務として、生活習慣の改善や食事・運動による保健指導を、生活習慣病予備群の人々に対して行おうとするものである。生活習慣病の外来・入院受療を抑制し、ひいては生活習慣病の重症化や派生する合併症の発症を回避し、結果として国民の健康状態の向上をもたらして医療費の伸びを抑制することがこの制度の狙いである。

### 3 医療保険者が果たすべき役割

この「高齢者の医療の確保に関する法律」は、医療保険者である健康保険組合などに、さまざまな役割を課している。医療保険者として行うべき役割の流れを示したのが図2である。この流れは「高齢者の医療の確保に関する法律」のなかで、「標準的な健診・保健指導プログラム」(以下、「標準プログラム」と呼ばれている。以下、流れに沿って説明する。

#### ① 特定健診などのデータの保存

特定健診などのデータは、被保険者・被扶養者が加入者となっているかぎり、当該医療保険者が保存する。

#### ② 特定健診などのデータの分析

医療保険者は、健診・保健指導データとレセプト(診療報酬請求明細書)の医療費データとを突き合わせた分析を行い、特定健診等の保健事業などの改善を

図る。

### ③「特定健診等実施計画」の策定

医療保険者は特定健診等基本指針に即し、5年を1期とする「特定健診等実施計画」を定める。

### ④特定健診・保健指導の実施

医療保険者は、「特定健診等実施計画」に基づき、40歳から74歳の被保険者・被扶養者に対して毎年特定健診などを実施する。

### ⑤特定健診などの結果評価と報告

医療保険者は、特定健診などの実施結果を自己評価し、特定健診などの実施率やメタボリックシンドロームの減少率を、社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）に対して報告する。

また、医療保険者は、上記の⑤の特定健診・保健指導の取り組み実績や実施結果に対する評価によって、2013年度以降、後期高齢者支援金（2008年度から施行される75歳以上の高齢者専用の保険に対して、各保険者が支払う負担金）について、10%の加算減算をペナルティ、もしくはインセンティブとして受けることになり、財務上のインパクトが生じる。

## II 生活習慣病の実態と 予防アプローチ

### 1 生活習慣病の実態

厚生労働省が2007年5月に発表した「2005年国民健康・栄養調査結果の概要」（対象3000人）のデータから同省が推計した結果では、40～74歳の人口約5700万人のうち、メタボリックシンドロームの該当者は約920万人

おり、予備群の約980万人と合わせると1900万人になる。

詳しく見ると、メタボリックシンドロームが強く疑われる人は、男性で25.5%、女性で10.3%、予備群と考えられる人は、男性で25.0%、女性で9.5%であり、合計では男性の2人に1人、女性の5人に1人が、メタボリックシンドロームを強く疑われるか、予備群ということになる。

また、メタボリックシンドロームを中心とした生活習慣病は、他の疾患を併発することが多く、重篤な疾患の原因ともなる。このため、生活習慣病が増加することで、その治療に直接必要な医療費だけでなく、関連する疾患の医療費も大きく膨らむ傾向がある。

たとえば糖尿病患者の医療費は、合併症がない場合に対して合併症を3つ併発した場合、約2倍に増加するというデータもある（医療経済研究機構「政府管掌健康保険における医療費等に関する調査研究報告書」2005年）。2004年度の厚生労働省の調査によれば、糖尿病には合併症も含めると約1兆9000億円もの医療費が使われている。

高血圧性疾患（2兆8000億円）、悪性新生物（2兆6000億円）などを加えた生活習慣病全体では、35ページの図1で見たとおり10兆4000億円を要している。

したがって、生活習慣病の拡大抑制は、財政難が続くわが国の医療政策において、最重要テーマの一つといえよう。

### 2 生活習慣病予防に向けた 2つのアプローチ

では、国民の多数にかかわる生活習慣病を、新制度である特定健診・保健指導および

「標準プログラム」は、どのように予防しようとするのか、その予防アプローチの理論を概観してみよう。

厚生労働省の特定健診・保健指導の関係資料でも触れられているように、この「標準プログラム」は大きく2つの予防アプローチによって機能する。

1つは、生活習慣病になるおそれのある、一部のハイリスク（たとえば、血糖値が高めの）層に対して、重点的に保健指導を実施する「ハイリスクアプローチ」と呼ばれるものである。もう1つは、より軽度のリスク層を対象として、一人ひとりには効果が小さくても、対象全体で大きな効果量が得られることを期待する、「ポピュレーションアプローチ」である。

生活習慣病の予防というと、健診の検査値が一定以上の層を抽出し、その対象層に特化した保健指導を実施するハイリスクアプローチが主流となりがちであるが、ポピュレーションアプローチによる方が効果量が大きいと、公衆衛生学では考えられている。

たとえば、健康日本21企画検討会の「健康日本21計画策定検討会報告書」では、国民の最高血圧が2mmHg低下すると、脳卒中による死亡率が6.4%低下し、死亡者数は約9000人減少すると推計している。この数値は、ポピュレーションアプローチの効果の大きさをよく表している。

### 3 ターゲティッド・ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の関連記事のなかには、ポピュレーションアプローチを単純に「集団全体へのアプローチ」と誤解しているものも少なく

ない。

ポピュレーションアプローチにも2種類あり、「ホール・ポピュレーションアプローチ」は母集団全体に対して予防手段を講じるものをいい、世間一般には、このアプローチだけがポピュレーションアプローチとして語られる向きが多い。

しかし、もう一つ、「ターゲティッド・ポピュレーションアプローチ」と呼ばれるものがある。ある疾病を発症する可能性が高いと疑われ、かつ量的効果も期待できる集団を選択し、その集団に対して予防手段を講じる方法である。

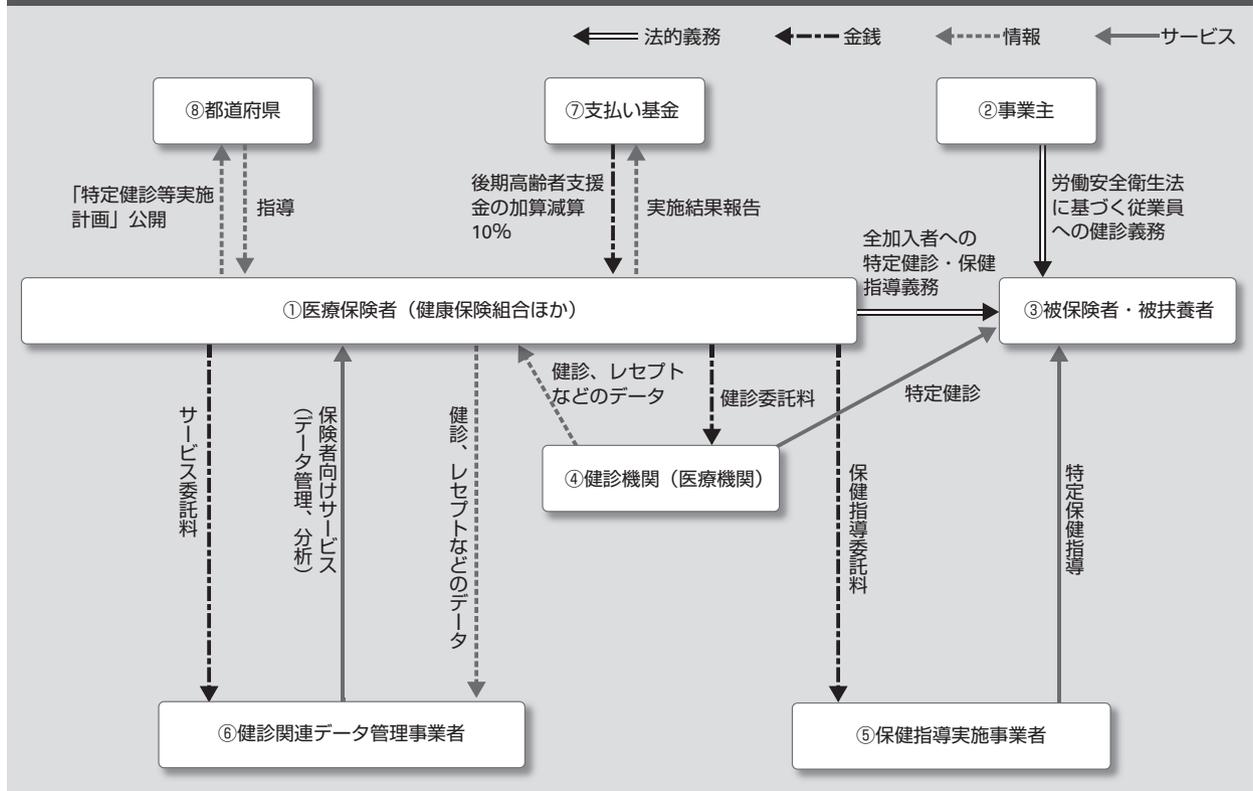
一般的に健康管理においては、「軽症もしくは中程度の症状の人が、母集団全体から幅広く発生することを無視できない」との考え方から、ホール・ポピュレーションアプローチも重要ではある。

しかし、健康保険組合や国民健康保険などの医療保険者にとっては、昨今の財務状況から考えて、加入者全員を対象に多額の対策費を投入することは困難であると考えられる。そこで、被保険者・被扶養者の健康状態や生活習慣病の状態などの綿密な分析に基づいた、ターゲティッド・ポピュレーションアプローチこそが、今般の「標準プログラム」により医療保険者が予防効果を実現させるための最重要方策であろう。

## III 医療保険者の機能と外部委託サービス

次に、生活習慣病予防のための「標準プログラム」が、どのような関係者により運用され、どのようなことが期待されているかを確

図3 「標準プログラム」の運用にかかわる関係者



認しよう。

## 1 「標準プログラム」の運用にかかわる関係者

前述のとおり、「高齢者の医療の確保に関する法律」が特定健診・特定保健指導の実施を義務づけている対象は、医療保険者である。したがって医療保険者は、特定健診・特定保健指導の計画の立案から実行、事後評価に至るまで、基本的にはすべてを自らの責任で実施しなければならない。特に、「特定健診等実施計画」については、医療保険者自らが立案すべし、と明記されている。

しかし、特定健診自体、および健診後の特定保健指導は、医師、保健師、管理栄養士などの医療専門職による実施が不可欠である。

このため、「標準プログラム」にも、外部委託規定や外部委託先機関の施設・体制情報登録書式までが公示されるなど、制度の検討・制定の時点から、外部組織への委託が前提となっている。

つまり、厚生労働省は、実際の「標準プログラム」の運用においては、医療保険者以外の専門組織や団体がかかわることを想定して、制度を策定しているのである。

これら医療保険者以外も含めて、関係者の構造を図式化すると、図3のようになる。すなわち、

- ①医療保険者（健康保険組合ほか）は、
- ②事業主が従業員に実施すべき労働安全衛生法による健診との整合を図りながら、
- ③被保険者・被扶養者に対する特定健診を

④健診機関（医療機関）に委託して行い、その健診結果を分析したうえで、保健指導サービスを、

⑤保健指導実施事業者に委託する。

なお、医療保険者は、健診データの分析と保健指導対象者の抽出のためには、健診データやレセプトデータを時系列で電子的に管理し、適切に分析できる環境を保有する必要がある。この作業についても、

⑥健診関連データ管理事業者に委託することができる。

また、医療保険者は特定健診や保健指導の実施率を事前に「特定健診等実施計画」に目標値として織り込んだうえで公開することが求められているほか、特定健診等の実施実績率などを、⑦支払基金へ報告する。

さらに、⑧都道府県は、「医療費適正化計画」の作成・評価を行うため、都道府県内の医療保険者に対して、「特定健診等実施計画」やその評価結果の提出を求め、指導を行うこともある。

## 2 関連市場規模の推計

前節で述べた「医療保険者以外の専門組織や団体とのかかわり」というところに、新制度下で新たなビジネス機会が創出されるとの期待感から、民間企業は2006年春の新制度成立以来、さまざまなビジネス展開の準備を始めている。

厚生労働省保険局の2006年10月の推計では、制度実施初年度である2008年度の特定健診受診者数（被保険者・被扶養者）は、約5600万人と見込まれている。

また、厚生労働省健康局の「第6回標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会」

資料では、40～74歳の層における特定保健指導が必要な対象者数の割合は、

- 男性：「動機づけ支援」15.5%  
「積極的支援」18.8%  
合計34.3%

- 女性：「動機づけ支援」11.5%  
「積極的支援」4.5%  
合計16.0%

——と推計されている。

男女合わせると、「動機づけ支援」13.4%（約750万人）、「積極的支援」11.5%（約644万人）の合計24.9%（約1394万人）との推計値が公表されている。

一方、特定健診・特定保健指導の実施事業者に対するアンケート調査をもとにした厚生労働省の試算によると、「動機づけ支援」の価格幅は1人当たり7000～1万2000円、「積極的支援」の価格は1人当たり3～6万円となっている（厚生労働省保険局「第6回保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」資料より）。加えて、特定健診の価格は、1人当たり5000～1万円と仮定する（診療報酬による試算や実勢価格から仮定）。

これらの対象者数と価格の推計値を用いて、市場規模を推計すると、次のようになる（ただし、特定健診については、従来から実施されている事業主の一般健診などと兼ねて実施することができるため、下記の特健診市場は全く新規で創出されるわけではない）。

まず、市場の最大の規模感を把握するため、単純に各対象者数の100%の人に対して特定健診・保健指導が実施されたとした場合を推計すると、

① 特定健診の市場：約2800～5600億円

②「動機づけ支援」：約525～900億円

③「積極的支援」：約1932～3864億円

これらの市場規模を合計すると、約5257～1兆364億円となる。

仮に、各対象者の人数が2008年度の推計数から変動せず、厚生労働省の2012年度目標実施率である「特定健診の実施率＝対象者の70%」、「保健指導の実施率＝対象者の45%」が実施された場合には、①の特定健診市場は約1960～3920億円、②と③の特定保健指導市場は合わせて約774～1501億円になると推計される。

つまり、新制度「標準プログラム」の運用が始まり、目標実施率以上の稼動が実現した場合には、少なく見積もって3000億円弱から最大1兆円の市場が動き出すことになる。

なお、以上は新制度の中核部分だけの話である。たとえば保健指導を実施する専門職のコーチング研修費、対象者向け保健指導教材の開発・製作費、健診・保健指導に関連するデータの管理システムの開発・運用費など、周辺ビジネスへの波及効果を加味すると、さらに数千億円の市場の広がりも期待されよう。

## IV 標準プログラムがもたらす社会的効果と課題

### 1 医療および周辺ヘルスケアに与える効果

特定健診・特定保健指導およびその運用などから構成される「標準プログラム」は、国民医療費の約30%を費やし、死因の約60%に関連している生活習慣病を予防・抑制するという意味で、経済的また医学的な影響は非常に大きなものになる。厚生労働省は、特定健

診・保健指導などの実施により、広義の生活習慣病の医療費関連支出を、年間2兆円以上削減することを目指している。

しかし、もう少し医学的・公衆衛生学的な目でこの制度を見てみると、下記の点で世界にも類を見ない取り組みであることがわかる。

たとえば、この「標準プログラム」が長期間実行されると、個人の健診データが経年で蓄積される。また、将来特定健診・保健指導の実施率が限りなく100%に近づき、定着化したと仮定しよう。

すると医療機関では、特定健診を受診している40歳以上の人々に治療を行う場合に、治療担当医はまず蓄積された健診データを確認する。つまり、治療対象者の健康状態の経年変化や平常時の健康状態を踏まえたうえで治療方針を検討でき、「治療の質」が向上することが医学的に期待できるのである。

こうした個人の健診データの経年の蓄積は、診療上の新たな判断根拠となり、EBM（Evidence-based Medicine：根拠に基づく医療）を推進させる可能性がある、と考えている医師も少なくない。

前述の診療上の健診データの活用イメージと同様に、健診データを確認することが、診療だけでなくさまざまな周辺ヘルスケアにおいても前提となるであろう。

たとえば、漢方薬局で漢方薬の調合をしてもらう際、あるいはドラッグストアで健康・機能性食品を購入する際に、自分の経年健診データを提示することによって、自分の健康特性によりふさわしい商品を選別、提案してもらえる可能性が期待できる。

## 2 制度上および実行上の課題

「標準プログラム」は前述のように、医学的・公衆衛生学的に見て、高度な挑戦である反面、制度的に未知な部分や、運用上留意しなければならない部分も少なくない。主なものとして、以下の2点が挙げられる。

### (1) 個人健康情報の厳重な管理と不適切使用の防止

個人の健康情報を他者が保管し、なんらかの健康医療活動に利用する場合、利用のタイミングや用途が増えるほど、その健康情報が流出したり、第三者に悪用されたりするリスクも増す。

関係各省は、「標準プログラム」制定以前から、個人情報保護の諸制度が整備されていくなかで、個人の健康に関する情報の取り扱いについて、いくつかの規定を設置している。

厚生労働省は、2004年12月に「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」や「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を通達し、個人情報の漏えい防止への注意喚起を促している。

また、個人の健康にかかわる情報のうち、最も扱いが慎重であるべき遺伝情報については、2005年4月に経済産業省が、「個人遺伝情報保護ガイドライン」を施行し、産業界の自主規制も含め、今後の個人遺伝情報の取り扱いについて方向性を示した。

さらに、個人の健康情報の取り扱いにおいては、「保護（機密管理）」だけが重要なのではなく、たとえば個人の健康情報が、民間生命保険の加入や、就職、結婚などに際し、い

かなる差別にも悪用されないようにするための法規制と、その運用管理が必要である。

実際に米国では、かつて、保険会社が相互利用する全米規模のネットワーク上で、個人遺伝情報を保険会社が閲覧することにより、特定の遺伝系難病の病歴を有する個人や家族を、医療保険の加入対象からはずしたり、加入させるとしても法外な保険料を要求した時期があった。

しかし、多くの遺伝系難病患者が不利益を被った経験への反省から、現在、米国では、個人遺伝情報により保険料に差をつけることを禁じる規定が制定されている。

わが国でも、特定健診の結果が差別など誤った方向で使われないようにするために、個人情報に関連するガイドラインに加えて、個人健康情報の保管や利用に関する厳格な監視制度・体制の整備が求められる。

### (2) 薬剤投与時期の早期化の懸念

生活習慣病、特にメタボリックシンドロームは、漫然とした保健指導ではなかなか改善効果が得られない、と医学的には考えられている。仮に、「標準プログラム」に沿ってひととおりの保健指導がなされても効果が出ない場合、早期に薬物治療を開始するケースが増えるのではないかと、この懸念がある。

たとえば、特定健診によって抽出された高血圧リスク層の人が、保健指導では血圧が下がらなかった場合に、保健指導をあきらめて早期に医療的対応へ移されることが考えられる。それにより降圧剤投与の時期が早まり、結果として降圧剤の国全体での使用量（販売量）が増加する可能性がある、との指摘が一部専門家から出されている。

特定健診を実施することで、より早期にリスクを発見し、早期治療が可能となり医学的な効果が上がることが期待される。その一方で、不必要な早期治療や薬剤投与がなされないように、治療開始時期の妥当性の点検が必要となるかもしれない。

## V 被保険者と事業主の責務

### 1 個人の自覚と行動の重要性

民間医療保険を中心とした疾病管理の面で先進的な米国においては、米国疾病管理協会 (Disease Management Association of America) が、「メタボリックシンドロームなどの健康状態や疾患の管理は、リスク保有者や患者が保健指導者や医療者に頼るだけでなく、自ら積極的に改善活動に取り組むことが重要である」と提唱している。いろいろな制度や支援プログラムがあったとしても、生活習慣病の予防に必要なのは、やはり「本人の努力」なのである。

厚生労働省が2007年7月、「特定健康診査等基本指針（案）」で示した2012年の目標「特定健診の実施率：特定健診対象者の70%以上、特定保健指導の実施率：保健指導対象者の45%以上、メタボリックシンドロームの該当者と予備群の合計割合の2008年と対比した減少率：10%以上」が実現できるか否かは、制度の対象となる一人ひとりの自覚と行動にかかっている。

### 2 行動変容の促進方策

生活習慣病とその予防法について、ある程度理解がある人でも、生活習慣の改善は容易ではない。生活習慣病の原因行動の改善に向

けて、しばしば次の点が議論される。

#### (1) 環境整備や周囲からの支援の必要性

皮下脂肪は、体が弱って栄養状態が悪化したときなど、体にとって緊急にエネルギーが必要な場合にそれを引き出せるよう、普段から蓄積されている。

一方、内臓脂肪は軽度の運動でも、エネルギーとして消費される。つまり、皮下脂肪に比べて内臓脂肪は、本来燃焼しやすい性質を持っているのである。それにもかかわらず、内臓脂肪は簡単には減らない。その理由は、個人の生活習慣の改善・行動変容の困難さにある。

また、生活習慣病は、自覚症状がないうちに病状が悪化していくタイプの疾患が多い。このため、生活習慣改善のきっかけがつかみにくい。

糖尿病、肥満、脂質異常症、通風、肺がん、アルコール性肝炎などの生活習慣病が、生活習慣と密接な関係にあることはよく知られている。しかし、食べすぎ、飲みすぎ、間食、食べ物の好き嫌い、運動不足、過労、睡眠不足、喫煙など、問題となる行動がなかなか改められないのは、多くの場合、改善行動が苦痛であり、一度身についてしまった行動様式を失うことへの抵抗感があるためである。

そこで、生活習慣病の予防促進に当たっては、予防のための環境整備や、周囲の人たちと一緒に予防活動に取り組むことにより、一人ひとりの取り組みだけでは容易でない生活習慣の改善を行いやすくする、という発想と行動が必要である。

たとえば、ある大規模な健康保険組合が、

被保険者に歯磨き用具を支給し、昼食後の歯磨き促進を事業所単位で実施したところ、翌年の歯科医療費が大幅に削減された、という実例もある。

## (2) 若年からの予防の重要性

また、生活習慣病の予防活動は、できるだけ若いうちから始めることが望ましい。若年からの予防活動は、医学的に推奨されるだけでなく、人間の行動原理・動機づけの面からも望ましいといえる。

2006年10月に内閣府が発表した「体力・スポーツに関する世論調査」によると、運動不足だと感じている人は、30代で80.7%いるが、40代以上になると年齢とともに運動不足を「感じない」人の割合が高くなる。また、自分が肥満だと感じている人の割合は、40代で57.0%と最も多く、50代以上は年齢とともに肥満だと「感じない」割合が高まる。

つまり、私たちは年をとると自分の健康管理に「鈍感」になってしまうようである。したがって、予防活動は、動機づけがしやすい若年時からスタートすることが重要といえる。

## (3) リスクに相応した負担の強化

生活習慣病の予防に関するいろいろな理論や方法を並べられて、それでも「自分の人生、好き勝手に生きさせろ」とばかりに、多量の喫煙などハイリスクな生活習慣を意図的に改善しない人も見受けられる。

そうした確信犯的ともいえる「不健康愛好家」は、「受診勧奨されるくらい検査値が悪化しているにもかかわらず、医療機関を受診して治療を始めない人たちについては、健康

保険の料率あるいは医療費の窓口負担率を高くすべきである」という、リスク相応医療費負担論を唱える医療政策研究者の意見に耳を傾ける必要がある。

受診勧奨レベルまで悪化している検査値を、健診データベースから個人別に抽出する一方、保健指導の実施記録や医療機関受診レセプトとの突き合わせで、生活習慣病の改善活動を起こさない個人を特定し、その人には健康保険料率や医療費自己負担率の引き上げというペナルティを科す。これ以上医療財政が逼迫していくと、国家によるこのような個人の健康管理も、SF映画の世界と笑っていらなくなるかもしれない。

## 3 事業主による行動の重要性

近年、疾病の原因は個人の肉体的・精神的な要素のみにあるわけではないということが、医学的・公衆衛生的に明らかになってきている。社会経済的な要素もまた健康を左右し、これを「健康の社会的決定要因」という。

たとえば、高血圧傾向の人について、その原因が、職場のストレスからきている場合には、塩分コントロールだけでは完全な改善は期待できない。また、職場のストレスで過食となり、それがメタボリックシンドロームの重要要因となっている人々も少なくないのではないだろうか。

こうしたケースは、職場のストレスが健康の社会的決定要因になっている。本人の健康管理努力だけでなく、雇用者・事業主側も積極的に個人（従業員）の健康管理を支援することが望まれる。

米国では、従業員の健康だけでなく、金

銭、家族など、あらゆる個人的な問題について企業内外の専門家が解決のための支援をするEAP（Employee Assistance Program：従業員支援プログラム）という取り組みがある。

本稿で取り上げた特定健診・特定保健指導は、制度上は医療保険者の義務ではあるが、特に健康保険組合の場合には、「標準プログラム」をこうしたEAPの一環として位置づけ、健康保険組合が事業主と協力をしながら、従業員の生活習慣病をはじめとする健康全般の維持向上を図っていく、という考え方が必要ではないだろうか。

生活習慣病の社会的決定要因が職場にある場合には、その予防・改善の努力責任は事業主の側にもある。その努力の成果は、従業員の健康状態の向上にとどまらず、労働生産性や企業活力の向上といった大きな効果となって顕在化するだろう。

#### 著者

大木拓野（おおきたくや）

ヘルスケアイノベーション事業部上級コンサルタント

専門は医療政策経営、ヘルスケア分野の事業企画推進