

ヘルス・プロモーション（健康向上施策）の動向と事例〈健康・医療研究会〉

健康保険組合連合会 村山 令二

司会 おはようございます。定刻になりましたので、セッションGをスタートさせていただきたいと思っております。

本日は、健保連の村山令二様から、健康・医療研究会の研究成果である「ヘルス・プロモーション（健康向上施策）の動向と事例」という題で、ご講演いただきます。

それでは、村山様、よろしくお願いいたします。

村山 健康・医療研究会の村山でございます。

それでは、健康・医療研究会の研究成果ということで、一員である私の方から、ご説明させていただきます。資料の方は、入り口のところでもありますように、「ヘルス・プロモーション（健康向上施策）の動向と事例」ということで、説明させていただきます。

まず発表内容でございますけれども、「健康・医療研究会、当研究会の活動」、それから、「日本における政策動向」、あるいは、「WHOのヘルスプロモーションの動向」から「日本における取り組みと事例紹介」ということでございます。

<h2>ヘルス・プロモーション （健康向上施策）の 動向と事例</h2> <p>健康・医療研究会プレゼンテーション 発表者 村山 日本アクチュアリー会年次大会 2015年11月</p> <p>1</p>	<h2>発表内容</h2> <ul style="list-style-type: none">○ 健康・医療研究会の活動○ 日本における最近の健康・医療政策の動向○ WHO(世界保健機関)のヘルス・プロモーションの動向○ 日本におけるヘルスプロモーションの取り組み○ 事例紹介<ul style="list-style-type: none">・データヘルス計画の例・健康格差の研究・特定健診・保健指導の医療費適正化効果・平成27年医療保険制度改正・日本健康会議・健康増進・予防サービスプラットフォーム <p>2</p>
---	--

まず、「健康・医療研究会の最近の活動」ということでございますが、外部講師による勉強会ということで、数多くの勉強会をしております。中でも、二つめでございます、National Clinical Database、NCDというデータベース（外科関連学会を中心とする各種専門医制度と連携した症例データベース）の講演をされた東京大学の宮田先生でございますが、塩崎厚生労働大臣の肝いりで「保健医療 2035」という検討会がございますが、この委員に就任されております。それから、更に下から二つめのところで、国立がん研究センターの石川先生は、2014年11月に、「NHKスペシャル」の「医療ビッグデータ 患者を救う大革命」という番組にもご出演されている方で、医療ビッグデータの専門家でございます。

それから、自主研究ということで、IAAのヘルスセクションのウェブセミナーの聴講内容についての共有やシンポジウムの共有、それから、全てをご紹介している訳でないので恐縮ですが、研究活動の共有ということで、会員の皆様の、ここにごございますような研究成果を共有しているということでございます。

健康・医療研究会の最近の活動

(2013年度以降)

○外部講師による勉強会

- ・最近の医療費の動向(厚生労働省 秋田氏)
 - ・National Clinical Database(NCD)の保険業界での活用(東京大学 宮田氏、大久保氏)
 - 宮田氏は保健医療2035の委員に就任、NCDのようなDB構築の提言
 - ・個別化健康管理サービス(Quintesensia Lipowski氏、鍵山氏、Runge氏)
 - その後、疾病管理から健康管理へ領域の拡大
 - ・「医療の質改善」の方向性(関東労災病院 小西氏、坂本氏)
 - ・大規模DPCデータを用いたがん診療の実態分析(国立がん研究センター、石川氏)
 - NHKスペシャル 医療ビッグデータ 患者を救う大革命(2014年11月)に出演
 - ・遺伝子解析に基づくがん治療薬候補情報提供サービス(三井情報 柳澤氏、佐久間氏)
 - その後、サービス開始リリース

3

健康・医療研究会の最近の活動(続き)

○自主研究

- ・IAAHSのウェブセミナーの聴講の共有
- ・シンポジウム(日本医師会)聴講の共有
- ・論文読解(A Predictive modeling approach to increasing the economic effectiveness of disease management programs」 by Andreas Bayerstadler他)
- ・研究活動の共有:
 - 「レセプトデータを使ったがん患者の受診行動の研究」
 - 「病院のERM」
 - 「オバマケア改革における医療保険数理」
 - 「脳血管疾患発症者の医療機関受診状況の変化～公的統計による時系列分析」
 - 「脳血管疾患による長期入院者の受診状況～レセプトデータによる入院前から退院後5年間の受診の分析」
 - 「がん罹患者の医療費自己負担額～レセプトによる高額療養費制度を考慮した自己負担額の推移」

次は、「日本における最近の健康医療政策の動向」ということで書かせていただいております。ただ、お断りしておきますが、右下にありますように、医療の場合には、まず財政の話がございますが、その分については、あまり触れておりません。それから、医療の提供体制の話のところも今回は省略しておりますが、大まかな流れですと、古くは2000年に「健康日本21」という、これは第3次国民健康づくり対策ということなのですが、その後に、今回のお話であるヘルスプロモーションに関係しております健康増進法の制定、施行ということが、大きなエポックとしてございます。その後、その流れを受けて、老人保健法という法律を改正しまして、高齢者の医療の確保に関する法律の施行ということがあって、この中で、特定健診・特定保健指導、いわゆるメタボの話ですが、メタボ関係のこと、それから、医療費の適正化ということが制度化されたということがございます。

それから、もう一つ大きなものは、三つめの「NDB、National Database」というものです。これは、法

律事項として決まったということで大きな話です。

医療保険に詳しい方がおられるのに申し訳ないですが、一応、念のために申し上げておきますと、National Database といいますと、国のデータベースということです。

医療保険というものは、皆様、もちろん若いですので、お医者さんに行きますと3割負担をします。つまり、「3割のお金を払って終わり」ということなのですが、残りの7割は、医療機関はどこから収入するかといいますと、その患者が加入しております医療保険者に7割分を、「おたくのところ加入している人が来て、これこれの治療あるいは投薬をやったから」ということで請求書を回すわけですね。その保険者の方から7割分を払ってもらうという仕掛けという訳です。そのときの請求書、内訳書、正確には診療報酬明細書ですが、ふつう「レセプト」といいます。この請求書を、一時代前までは、1か月ごとに患者1人1枚ずつ手書きで、内訳を全部かく、その患者の氏名、生年月日、どのようなことをやったかを全部書いて、それで保険者に送っていたのです。

「とてもではないが大変」ということで、「レセプトの電子化」といって、オンラインあるいは磁気媒体によるレセプトの電子化が、このところ急速に進みました。ほぼ8割、9割以上のところで電子化が進んだということもあって、皆様を受診しますと、全ての診療報酬明細書を国が全部吸い上げております。ただし、名前だけは匿名化されております。生年月日は全部入っているのですが、名前は入っておらず、基本的に匿名化した形で全部吸い上げております。10億近くの枚数になりますが、そのデータベースがあります。

それから、もう一つは、メタボで健診をされますが、その健診結果は、加入している医療保険者の方から、これまた国の方に個人単位で報告されています。もちろん、名前は匿名化されます。

その二つのデータを使っていろいろやるということで、この National Database というものは、医療の細かい内容が入った、いわゆるレセプトのデータと健診のデータ、両方を全部集めたものということになります。これは、法律の中で医療保険者は出さなければならないことになっていて、しかも「電子データを使って出せ」ということになっていて、現に動いているというものでございます。

その次が、「健康日本21」です。第2次というものが2012年に示され2013年から行われています。それから、私は健康保険組合連合会という医療保険の団体におりますが、医療保険者にデータヘルス計画というものが義務づけられている。それから、つい、この5月に成立いたしました、医療保険制度の改革法というものがあまして、そこに、保健事業に関する、後で詳しく申し上げますが、このような改正がありました。それから、現在、「保健医療2035」という、厚生労働大臣のもとで検討が行われているもの。それから、この7月に「日本健康会議」という政・官・民、マスコミ、全て引くくめたような大きな会議がありますが、発足しました。それから、「骨太の方針」というものがある。このような大きな流れでございませう。

日本における最近の健康・医療政策の動向

- 健康日本21(2000年)
- 健康増進法の制定・施行(2003年)
- 高齢者の医療の確保に関する法律の制定・施行(2008年4月)
 - ・特定健診・特定保健指導の実施と、実施実績による後期高齢者支援金の加算・減算
 - ・医療費適正化計画の策定
 - ・NDB(ナショナルデータベース)
- 健康日本21(第2次)(2012年 2013~2022年)
- データヘルス計画(2014年)
- 医療保険制度改革法による個人の自助努力の支援(2015年)
- 保健医療2035(2015年)
- 日本健康会議(2015年)
- 骨太の方針2015(2015年) *医療提供体制の改革は省略

WHO(世界保健機関)のヘルス・プロモーションの動向

- WHO憲章(1946年)の採択
 - ・健康の定義
- アルマ・アタ宣言(1978年)
 - ・プライマリーヘルスケア
- オタワ憲章の採択(1986年)
 - ・ヘルスプロモーション
- バンコク憲章の提唱(2010年)
 - ・ヘルスプロモーションの定義に「決定要因」を追加

まず、「ヘルス・プロモーション」の話でございます。WHO、世界保健機関のヘルス・プロモーションの動向ということで、この辺りからは、実は種本がございます。後で出てまいります、順天堂大学教授の島内憲夫先生という方が、ヘルス・プロモーションについての2冊の著作がございまして、当会の委員長であります榎引さんがお知り合いでもあり、いろいろ教えてもらったということで、今回、この内容も含めた形でのご紹介ということでございます。

まず、WHOの方でございます。WHOが発足した直後に、WHO憲章ということで、加盟国が「採択」ということは、全加盟国が同意したということだと思っておりますが、健康の定義がWHO憲章の中にあります。それから、その後、アルマ・アタ宣言ということで、プライマリーヘルスケア、全ての人たちがヘルスケアにアクセスするという話です。この「アルマ・アタ」という面白い名前ですが、これは旧ソ連のカザフスタンというところにある地名です。そこで宣言が出されて、その後、オタワ、これは、もちろんカナダのオタワですが、本日の議題でありますヘルス・プロモーションについて、オタワ憲章というものが採択された。要するに、加盟国は、これに基づいて活動するということになった。その後、2010年に、タイのバンコクでのバンコク憲章。これは採択までは至っておらず、ほぼコンセンサスが得られつつあるとのことですが、ヘルス・プロモーションを更に発展されたものが提唱されているという流れです。

では、「ヘルス・プロモーションとは何ぞや」ということです。「WHOのヘルス・プロモーションの経緯・理念」ということで、先ほどの流れに沿っての話です。まず、「健康の定義」。中学高校以来の保健体育で習ったことなのですが、一応そのまま、この先生の訳の通りに書いてあります。「健康とは、肉体的、精神的、そして社会的に良好」、この「Social well-being」と書いてあるところですが、「社会的に良好な状態」ということです。健康とはこの三つを指すものだということで、「病気や虚弱でないということだけではないのだ」と。これが、WHO憲章における健康の定義ということですよ。

その下にあります「和訳の出典」というものが、種本でございます。なかなか手に入りにくいようですが、保健・医療研究会の榎引委員長にお願いしてみたらいかがでしょう。

次は、「オタワ憲章におけるヘルス・プロモーション」ということで、ここでヘルス・プロモーションが定義されたということでございます。ヘルス・プロモーションというものは、「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである」ということで、少し分かりにくいところがあるのですが、「自分の健康をコントロールして、更に改善することができるようにするプロセスだ」ということになっているのです。バンコク憲章で一步進めて、下線を引いておりますが、要するに、改善する前に、自分自身が、そのような形で健康をコントロールして改善するというときに、周りの環境、今日ここも禁煙だと思いますが、そのような環境の問題、決定要因 (determinants) という言葉だそうですが、その言葉が付け加えられて、「人々が自らの健康と、その決定要因をコントロールし」ということで、「決定要因」という言葉が入ってきて、環境や要因というところにスポットが当てられて更に進化しているという状況です。

更に、オタワ憲章の方は、結構長くて、原文を見てもらうと、先ほどの数行ではなくて、何ページにもわたるような長いものなのです。その訳が実は本になるぐらいですから、それなりのものなのですが、内容的には、その続きの中に書いてあることで、「身体的、精神的、社会的」、先ほどの健康の定義なのですが、「そのために、個人や集団が望みを確認実現し、ニーズを満たし」、その後、「環境を改善し、環境に対処することができなければならない」ということで、後で概念図がありますが、個人の努力だけではなくて、その環境の改善や、それに対処することができる、ということまで含めた概念ということですよ。

それから、よく「健康が目的なのか？」といわれますが、そうではなくて、「健康は生きる目的ではなく毎日の生活のための資源だ」ということが書かれているということですよ。更に、「身体的な能力であると同時に、

社会的・個人的な資源である」ということを強調するという積極的な概念だ、ということです。

それで、ヘルス・プロモーションというものは、いわゆる健康のことだから、保健部門だけの話かといいますが、そうではなくて、健康的なライフスタイルということを超えて、もっと広い、ウェルビーイング (well-being) にもかかわることだ、ということでございます。

それで、そのための三つのこと、活動ということで、オタワ憲章では、健康のための前提条件、あるいは、健康唱道を普及していく、そのための能力の付与、調停というようなことが、重要な事柄として取り上げられております。

オタワ憲章では三つしかないのですが、ここには書いていませんが、バンコク憲章の場合には、更に、「唱道」の後に「投資」というものが付け加えられて、唱道と投資という形でのプロセスが追加になっています。それから、「能力付与」と書いてある内容につきましても大きく更に二つに内容が分かれまして、「能力の形成」、それから、「規制」、「法規制」というところも新たに展開するという形になって、更に進化しているという状況でございます。

具体的な活動の方法ということでは、ここに五つ挙がっております。「健康的な公共政策づくり」、「健康を支援する環境づくり」、先ほどのプロモーションの考え方からすると、このようなものが入ってくるのですね。あと、「地域活動の強化」、「個人技術の開発」、「ヘルスサービスの方向転換」ということでございます。

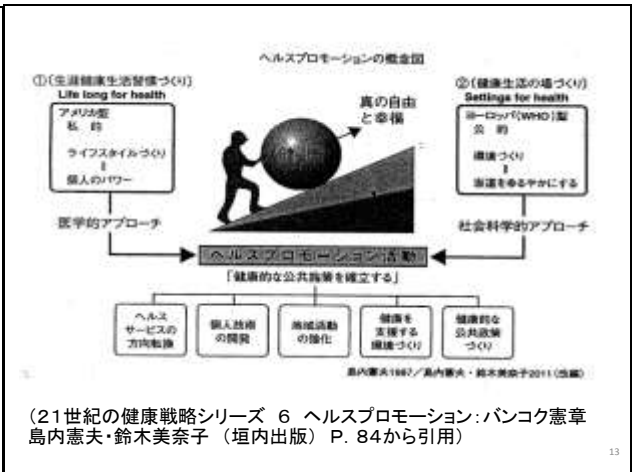
<p>WHOのヘルスプロモーションの経緯・理念</p> <p>○ WHO憲章における健康の定義</p> <p>Health is a state of complete <u>physical, mental and social well-being</u> and not merely the absence of disease or infirmity.</p> <p>健康とは、肉体的、精神的、そして社会的に良好な状態であって、単に病気や虚弱でないというものではない。</p> <p>(注)和訳の出典 ヘルスプロモーション WHO:オタワ憲章、島内憲夫・鈴木美奈子、21世紀の健康戦略シリーズ1・2 垣内出版</p> <p style="text-align: right;">7</p>	<p>オタワ憲章におけるヘルスプロモーション</p> <p>Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health.</p> <p>ヘルスプロモーションとは、人びとが自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。</p> <p>(バンコク憲章(2010年)下線部が追加。)</p> <p>Health promotion is the process of enabling people to increase control over their health <u>and its determinants</u> , and <u>thereby</u> improve their health.</p> <p>(注)和訳の出典 ヘルスプロモーション WHO:オタワ憲章、島内憲夫・鈴木美奈子、21世紀の健康戦略シリーズ1・2 垣内出版</p> <p style="text-align: right;">8</p>
---	--

<p>(オタワ憲章の続き)</p> <ul style="list-style-type: none"> • To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and <u>to change or cope with the environment</u>. • Health is, therefore, seen as <u>a resource for everyday life, not the objective of living</u>. <p>・身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態に到達するために、個人や集団が望みを確認・実現し、ニーズを満たし、環境を改善し、環境に対処することが出来なければならない。</p> <p>・それゆえ健康は、生きる目的ではなく、毎日の生活の資源である。</p> <p>(注)和訳の出典 ヘルスプロモーション WHO:オタワ憲章、島内憲夫・鈴木美奈子、21世紀の健康戦略シリーズ1・2 垣内出版</p> <p style="text-align: right;">10</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. • Therefore, <u>health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.</u> <p>・健康は、身体的な能力であると同時に、社会的・個人的資源であることを強調する積極的な概念である。</p> <p>・それゆえヘルスプロモーションは、保健部門だけの責任にとどまらず、健康的なライフスタイルをこえて、well-beingにもかかわるのである。</p> <table border="0"> <tr> <td>Prerequisites for Health</td> <td>健康のための前提条件</td> </tr> <tr> <td>Advocate</td> <td>唱道</td> </tr> <tr> <td>Enable</td> <td>能力の付与</td> </tr> <tr> <td>Mediate</td> <td>調停</td> </tr> </table> <p>(注)和訳の出典 ヘルスプロモーション WHO:オタワ憲章、島内憲夫・鈴木美奈子、21世紀の健康戦略シリーズ1・2 垣内出版</p> <p style="text-align: right;">11</p>	Prerequisites for Health	健康のための前提条件	Advocate	唱道	Enable	能力の付与	Mediate	調停
Prerequisites for Health	健康のための前提条件								
Advocate	唱道								
Enable	能力の付与								
Mediate	調停								

Health Promotion Action ヘルスプロモーション活動の方法

- Build Healthy public policy 健康的な公共政策づくり
- Create supportive environments 健康を支援する環境づくり
- Strengthen community action 地域活動の強化
- Develop personal skills 個人技術の開発
- Reorient health services ヘルスサービスの方向転換

(出典:ヘルスプロモーション WHO:オタワ憲章、
ヘルスプロモーション WHO:バンコク憲章
島内憲夫・鈴木美奈子
21世紀の健康戦略シリーズ1. 2. 6 垣内出版)



これが、ヘルス・プロモーションの、この先生のご概念図です。これは、実は、概念を一番よく表しているということで、よく使われている図のようでございますが、ヘルス・プロモーションの概念図ということなのです。

人間がおります。この人は、ボール、健康というものを押し上げて、真の自由と幸福というところに向けてボールを押し上げようとしているということなのですが、何かと障害が、いろいろあるということなのです。少し見えにくいのですが、ここに坂があって結構大変ということで、アメリカ型的な発想だと、「私的」と書いてあるように、「何と言っても、個人が頑張って坂を押し上げていくのだ」という発想ですね。「個人のパワーが中心」ということがアメリカ的な「個人が頑張って何とか押し上げる」ということです。一方、ヨーロッパ型の方ですと、「そうは言っても、坂が急なところで虚弱な人やお年寄りでは、とてもではないが個人の方では押し上げられないでしょう」ということで、「坂を緩やかにするという環境づくりを通じて、個人が健康のボールを押し上げられるようにするのだ」という社会科学的なアプローチです。

この島内先生は、「こちらの方が重要で、従来の医学的アプローチでは、やはり限界がある」ということで、ヘルス・プロモーションというものは進んできているのだ、ということでございます。

あと、図の下にある五つの事項は、先ほど申し上げたような内容でございます。

このようなWHOの方での概念の展開は分かるが、日本ではどうなのか。実は、日本の方が進んでいるのかもしれないですね。外国の方では、先ほどのようなヘルス・プロモーションの考え方で、国連でも「健康というものは権利だ」ということを主張するようになったということなのですが、日本では、終戦直後、日本国憲法において、「国民の権利及び義務」、いわゆる「基本的人権」の一つとして、既に「健康」が取り上げられているでしょう、と言っているわけです。25条、いわゆる社会保障関係の全ての根源をなしている条文ですが、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」ということで、「既に健康というものが権利及び義務、基本的人権の条文規定にあるのだ」ということを言っている訳です。

ただし、この下の注は私が追加したのですが、健康の英文は、普通、ヘルス (health) ですが、憲法の英文を見ますと、ホールサム (wholesome) と読むのだと思うのですが、内容的には同じですね。「身体的、精神的によい」、「道徳的・精神的にためになる」、やや硬い言葉のようですが内容的には同じようなことで、日本では既に基本的人権の一つとして認識されているということだろうと思います。

日本におけるヘルスプロモーションの取り組み

日本国憲法(抄)

第三章 国民の権利及び義務

第二十五条

すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

(筆者注:「健康」の英文は、「health」ではなく、「wholesome」 Wholesome: 身体的・精神的に健康に良い、道徳的・精神的にためになる)

14

そのことが実際に実現したのが、先ほどの流れの中でご紹介した健康増進法ですね。この健康増進法という法律が平成24年にできまして、この「健康増進」が、恐らく「ヘルス・プロモーション」の直訳だと思います。確かにそうだな、とは思いますが。ですから、WHOの方でオタワ宣言が出た後の話ですので、それを意識してつくっているということです。下線を引いているところは、ヘルス・プロモーションの言葉が漢字になって置き換えられているということですね。

第2条のところに、「国民は健康の増進に努めなければならない」という、個人の努力。第3条の方では、今度は「環境整備」ということで、先ほどのプロモーションに準じたような、国、地方公共団体に責務を課している。更に「基本方針」ということで、厚生労働大臣は、健康増進、ヘルス・プロモーションを推進するための基本方針を決めなくてはならないということになっている。ということで、実際、この後すぐ決められた「健康日本21(第2次)」というものが、まさしく、この厚生労働大臣が定めた基本方針なのですね。第2次の概念図ということでございます。

目的は、後からご説明いたしますが、通常計算されている平均寿命ではなくて、健康寿命の延伸と健康格差の縮小ということです。そこから先が分かれて、左には、生活の質の向上という個人の要因、右には社会環境の質の向上ということで環境要因です。個人と環境の両側から、ということです。左側の色が青いほうが、どちらかといえば個人だと思いますが、右の方は、どちらかといえば周りの社会環境の整備ということで、先ほどのプロモーションの概念図でいえば、個人の努力の部分と、社会科学的な周りからの部分と、ほぼ平行に対応した概念が描かれているということです。

健康増進法（平成24年）（抄）

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、我が国における急速な高齢化の進展及び疾病構造の変化に伴い、国民の健康の増進の重要性が著しく増大していることにかんがみ、国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の栄養の改善その他の国民の健康の増進を図るための措置を講じ、もって国民保健の向上を図ることを目的とする。

（国民の責務）

第二条 国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。

（国及び地方公共団体の責務）

第三条 国及び地方公共団体は、教育活動及び広報活動を通じた健康の増進に関する正しい知識の普及、健康の増進に関する情報の収集、整理、分析及び提供並びに研究の推進並びに健康の増進に係る人材の養成及び資質の向上を図るとともに、健康増進事業実施者その他の関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努めなければならない。

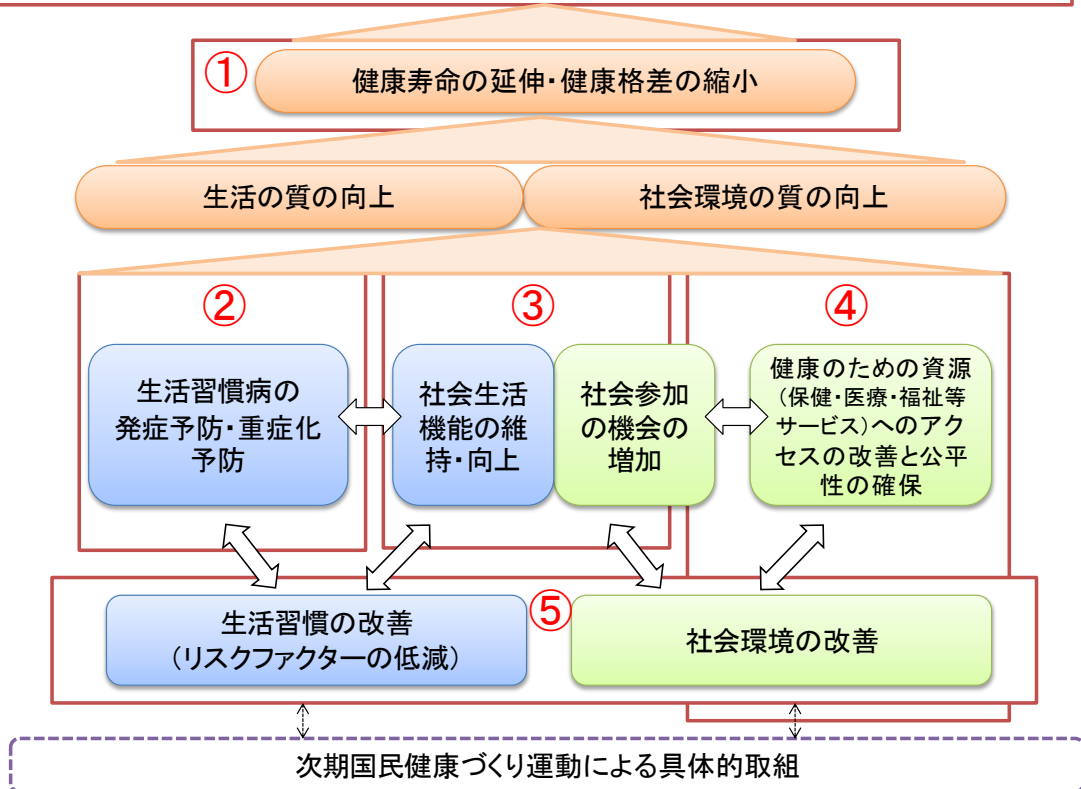
（基本方針）

第七条 厚生労働大臣は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（以下「基本方針」という。）を定めるものとする。

15

健康日本21（第2次）の概念図

全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現



具体的な文章が、これです。2012年に、厚生労働省の告示、省令ということで方針が出ていて、「生活習慣」という個人の話と、「社会環境の改善」という環境の話をつなぐというわけです。ここでは、日本らしくて、その結果の後の下線ですが、「社会保障制度が持続可能なものとなるよう」と。WHOの方には、あまりそのような話は書いていないのですが、日本では、即、医療保険の財政という話がリンクしてくるということで、医療保険の方の話につながる文章が入っております。

あと幾つかあるのですが、簡単に見ていきます。まず一つは、健康寿命の話です。健康寿命は平均寿命と違っていて、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間を延伸するというのが目的。それからもう一つは、後で具体的に言いますが、良好な社会環境で健康格差、地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差のことですが、この縮小をする、という大きな二つの目標にのっけているということです。

健康日本21（第2次）（2012年）

（厚生労働省告示第430号）

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針

この方針は、21世紀の我が国において少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう。以下同じ。）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な事項を示し、平成25年度から平成34年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第2次）」（以下「国民運動」という。）を推進するものである。

17

第一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向

一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

我が国における高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間をいう。以下同じ。）の延伸を実現する。

また、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差（地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差をいう。以下同じ。）の縮小を実現する。

二 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCDの予防）（中略）

18

2番は省略して、3番のところです。「社会生活を営むための機能」ということで、生活習慣づくり、メンタルヘルスということでは事業所等における展開があると思うのですが、メンタルヘルス対策が入っています。あと4番目は、社会環境の整備。元々、ヘルス・プロモーションの中での社会環境の整備ということでは、行政機関が対応主体と考えることが多いです。普通、保健活動といいますが、市町村あるいは保健所等の行政機関の方から展開するのですが、そうではなくて、広く国民の健康づくりを支援する企業、民間団体等の積極的な参加協力を得るということですね。社会全体が皆で支えながら国民の健康を守る環境整備という考え方になっています。

三 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

国民が自立した日常生活を営むことを目指し、乳幼児期から高齢期まで、それぞれのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上につながる対策に取り組む。

また、生活習慣病を予防し、又はその発症時期を遅らせることができるよう、子どもの頃から健康な生活習慣づくりに取り組む。

さらに、働く世代のメンタルヘルス対策等により、ライフステージに応じた「こころの健康づくり」に取り組む。

四 健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要であり、行政機関のみならず、広く国民の健康づくりを支援する企業、民間団体等の積極的な参加協力を得るなど、国民が主体的に行う健康づくりの取組を総合的に支援する環境を整備する。

また、地域や世代間の相互扶助など、地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的又は精神的にゆとりのある生活の確保が困難な者や、健康づくりに関心のない者等も含めて、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備する。

19

20

あと、具体的な話として、5番目に生活習慣や社会環境の改善について具体的に幾つか書かれています。これは、後で日本健康会議につながってくる話なのですが、このようなものです。あと、具体的な目標、実は、「健康日本21」には数値目標が掲げられていて、それが列挙されています。ここには目標そのものは掲げ

ておりませんが、その数値目標の考え方が述べられている中で特徴的な4番のところ、「健康を支え守るための社会環境の整備」。これが、後で述べる日本健康会議の目標に直結しているのですが、社会環境の整備ということで、国民、企業、民間団体等のいろいろな主体が参加するということです。地域のつながり、主体的に関わる国民の増加、自発的に情報発信を行う民間企業、それから、民間団体、地方公共団体、それぞれの主体が自発的に取り組む、ということになっているわけです。

五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口くう腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

上記一から四までの基本的な方向を実現するため、国民の健康増進を形成する基本要素となる栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口くう腔の健康に関する生活習慣の改善が重要である。生活習慣の改善を含めた健康づくりを効果的に推進するため、乳幼児期から高齢期までのライフステージや性差、社会経済的状況等の違いに着目し、こうした違いに基づき区分された対象集団ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

その上で、その内容に応じて、生活習慣病を発症する危険度の高い集団や、総人口に占める高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青壮年期の世代への生活習慣の改善に向けた働きかけを重点的に行うとともに、社会環境の改善が国民の健康に影響を及ぼすことも踏まえ、地域や職場等を通じて国民に対し健康増進への働きかけを進める。

21

第二 国民の健康の増進の目標に関する事項(抄)

二 目標設定の考え方

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

2 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

3 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

4 健康を支え、守るための社会環境の整備

健康を支え、守るための社会環境が整備されるためには、国民、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことが重要である。

具体的な目標は、別表第四のとおりとし、居住地域での助け合いといった地域のつながりの強化とともに、健康づくりを目的とした活動に主体的に関わる国民の割合の増加、健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業数の増加並びに身近で専門的な支援及び相談が受けられる民間団体の活動拠点の増加について設定するとともに、健康格差の縮小に向け、地域で課題となる健康格差の実態を把握し、対策に取り組む地方公共団体の増加について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康づくりに自発的に取り組む企業、民間団体等の動機づけを促すため、当該企業、団体等の活動に関する情報提供やそれらの活動の評価等に取り組む。

22

ここから先は、事例紹介ということで幾つかの事例を紹介させていただきます。

事例紹介

- データヘルス計画の例
(明治安田生命健康保険組合)
- 健康格差の研究
- 特定健診・保健指導の医療費適正化効果
- 平成27年医療保険制度改革
- 日本健康会議
- 健康増進・予防サービスプラットフォーム

23

一つは、医療保険者が今取り組んでいるデータヘルス計画です。ここで取り上げている明治安田生命健康保険組合では、データヘルス計画は、全医療保険者が実施計画を立てているのですが、何分にも「どのようなことをやっていいのかわからない」ということで、先行的に幾つかの健保組合の方に実際に計画を作ってもらい、厚生労働省のホームページに載せて「これから策定する保険者の参考に」ということで開示しています。かなり早い段階で作ってもらっています。そのときの一つの事例として明治安田生命の健康保険組合がありましたので、取り上げています。この組合が先行的、試行的に作ったものの一部が、現在、共通の様式として取り上げられていますので、取り上げさせていただいたということです。

健康保険は医療保険ですので、患者がお医者さんにかかったときの費用を、保険料を集めて賄うということが普通の意味合いなのですが、それ以外に、いわゆる保険者機能ということで、「健康づくり」ということも、実は、法律で規定されているのです。そのとき、健康づくりに関して、国の方でそれぞれ指針を出すことになっておりまして、それが、このデータヘルス計画という流れの中で新しく改正されております。

最初の「健康保険法に基づく保険事業の実施」です。健康保険法というものは、医療保険の保険者の中でも皆さんが加入している健保組合、ほとんど皆さんが健保組合だと思いますが、それから中小企業が作っている協会けんぽに関して書かれている法律、そのような保険者についての法律なので、そちらの方の事業のことです。もう一つは、市町村が行っております自営業の方が入っている国民健康保険があるわけですが、そちらの方を規定している法律。そちらでも、もちろん、医療保険者ですので保健事業を展開しているわけですが、それについて、告示の改正があったということです。

改正の内容の頭のところに簡単に書いてありますが、「健康・医療情報を活用して」という、この2文字なのです。今までは、保健事業は、とにかく、いろいろな事業をやっていけばいいということだったのですが、そうではなくて、「健康や医療というデータに基づいてP D C Aサイクルで評価をしながら効果的にやっていくのだ」という形になっております。いわゆるP D C A、特に「P」のところは、後で具体的に見たほうがいいと思うのですが、「分析、比較、実施、評価、改善」という形でP D C Aサイクルを回す、という言い方でやっております。

健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部を改正する件(告示)及び 国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部を改正する件(告示)の概要

1. 改正の内容

保険者は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定し、実施する。具体的には、以下の取組を進める。

P(計画)：健康・医療情報を分析し、加入者の健康課題を明確にした上で、事業を企画する

D(実施)：費用対効果の観点も考慮しつつ、次のような取組を実施する

- ・加入者に自らの生活習慣等の問題点を発見しその改善を促すための取組
(例：健診結果・生活習慣等の自己管理ができるツールの提供)
- ・生活習慣病の発症を予防するための特定保健指導等
- ・生活習慣病の症状の進展及び合併症の発症を抑えるための重症化予防
(例：糖尿病の重症化予防事業)
- ・その他、健康・医療情報を活用した取組

C(評価)：客観的な指標を用いて保健事業の評価を行う

(例：生活習慣の状況(食生活、日常生活における歩数、アルコール摂取量、喫煙の有無等)、特定健診等の受診率およびその結果、医療費など)

A(改善)：評価結果に基づき事業内容等を見直す

2. 適用期日

平成26年4月1日

25

具体的に明治安田生命さんのこの様式は、全健保組合の共通様式という形になっております。「基本情報」ということで、これは当然、組合加入者の構成ですね。左上の被保険者数のところに「男女別」という記載があります。平均寿命も含めて男女は違いますので、男女別の適用状況になっています。それから右の方に、健康保険組合あるいは事業所には、医療専門職という専門の方がいらっしゃるのですが、その状況。それから右の下のところで、コスト、どのくらいお金をかけているかということ。これが基本情報ということです。2番目は、実際にやっている実施状況ということ。

その次の3番目。ここが分析になるわけですね。健康・医療情報のデータソースとなる一番大きなものは、医療情報としては、先ほど言いましたレセプトですね。患者負担以外の7割相当について請求するために、医療機関から、「どのようなことをやった」、あるいは、「どのような人に幾らかかったか」という情報を、そこから全て収集しますので、その分析ということでございます。給付額の時系列や通常の統計分析がある。これが一つ。実際には、保健事業との関係ということですので、ある意味では4番目のほうが大事で、「疾病との関係で医療費はどのようになっているか」、「疾病別の上位は、どのようなものか」。金額は事情があって抜いてあると思いますが、割合や伸び率などは載せています。「疾病分析」と書いてありますが、このような形で分析しているということですよ。

実は、その後、全健保組合の共通になったものが、5番目にある「健康分布」という、この左側の図ですね。この図が、全健保組合の共通様式になっています。それで取り上げたということなのですが、「健康分布」という名前になっています。白抜きで実数は入っていないのですが、面白いグラフです。

まずは、これは「合計」と「男女」がありますが、どのグラフでもいいのですが、基本的に、加入者なり対象の人を「非肥満」と「肥満」、これは肥満のルールがあるのですが、その分類の基準に従って分けて、更に、それぞれの中身を、超高リスク、実際に受診しなければいけない人たちのグループ、それよりリスクが低いグループというように、このように分けて、これが健康事業の展開でどうなるかをみる。まず、肥満、この割合がどう動くかをみると、こちらが減るということですね。それから、肥満のなかのリスクの高いグループがへこむという形で、「健康分布図」という名前のもとに作られております。

これは、データヘルス推進のときに参加している先生も提案していたのですが、このような形で作って、全医療保険者が、この形を眺めて事業の進展を見ているということでございます。

あと6番目の左上の図は禁煙です。実は、「健康増進法」という法律の中では、禁煙ということは決められていないのですが、受動喫煙の防止は規定されていて、「公共の場の管理者は受動喫煙を防止する措置をとるよう努力しなければならない」という努力義務を課しているのですね。法律で課しているわけです。従って、役所に行ってもたばこを吸うところがないということは法律の下で行われている話で、公共の場所の管理者の努力義務なので罰則はないのですが、この健康増進法の中で喫煙について規定されております。そのようなことがあって、喫煙率が経年変化で、このような形になっているということですね。

あとは、今までのデータ分析の主な内容はレセプト、健康診断、喫煙等の状況なのですが、そのような状況から健康課題を抽出して、「具体的に、どのような展開をするのだ」という計画を立てるという形になっているということです。

実は、既に医療保険者全体がデータヘルス計画を作ったので、当初は集計した結果が公表になるという話を聞いていたので、本日の発表に間に合えばお示しできるかと思ったのですが、どうやら延期になったようです。年度末までには、役所で集計して公表するのではないかと聞いております。健康保険組合の方は、一部、ホームページで公表されております。



STEP 1-4 ①レセプト (コスト) 分析の概要

被保険者男女の中分類別給付費(着色は生活習慣病)
オ. 男性

疾病	前年度	後年度	増減率
その他の高血圧性疾患(新薬類のみ、高血圧症)	1,015	1,475	46.3%
糖尿病	1,475	1,875	27.1%
高血圧性疾患	2,250	2,775	23.3%
その他の高血圧性疾患(新薬類のみ、高血圧症、高血圧症)	4,275	5,025	17.5%
その他の高血圧性疾患(新薬類のみ、高血圧症、高血圧症)	4,275	5,025	17.5%
高血圧性疾患	4,275	5,025	17.5%
その他の高血圧性疾患(新薬類のみ、高血圧症、高血圧症)	4,275	5,025	17.5%
高血圧性疾患	4,275	5,025	17.5%
その他の高血圧性疾患(新薬類のみ、高血圧症、高血圧症)	4,275	5,025	17.5%
高血圧性疾患	4,275	5,025	17.5%

カ. 女性

疾病	前年度	後年度	増減率
高血圧性疾患及びその他の高血圧性疾患(新薬類のみ、高血圧症)	1,015	1,475	46.3%
糖尿病	1,475	1,875	27.1%
高血圧性疾患	2,250	2,775	23.3%
その他の高血圧性疾患(新薬類のみ、高血圧症、高血圧症)	4,275	5,025	17.5%
その他の高血圧性疾患(新薬類のみ、高血圧症、高血圧症)	4,275	5,025	17.5%
高血圧性疾患	4,275	5,025	17.5%
その他の高血圧性疾患(新薬類のみ、高血圧症、高血圧症)	4,275	5,025	17.5%
高血圧性疾患	4,275	5,025	17.5%
その他の高血圧性疾患(新薬類のみ、高血圧症、高血圧症)	4,275	5,025	17.5%
高血圧性疾患	4,275	5,025	17.5%

キ. 高額の医療費(医療費100万円以上/月)を要した方の給付費総額

年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
医療費100万円以上の者 (人)	170人	210人	210人	210人	210人	210人
医療費100万円以上の者 の医療費総額(百万円)	1,015	1,475	1,875	2,250	2,775	3,225
医療費100万円以上の者 の平均医療費(万円)	5,971	7,024	8,929	10,714	13,214	15,357
1人/日(円)	10,951	11,961	12,118	12,118	12,118	12,118

ク. 疾病別医療費(上位)

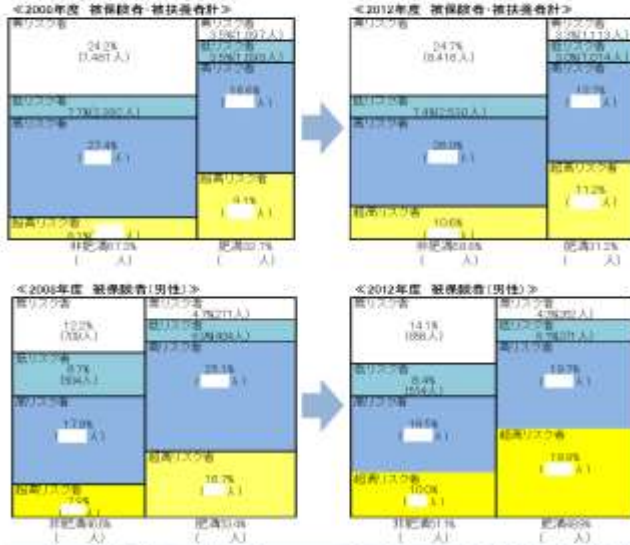
疾病	疾病別	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
1	高血圧性疾患	1,015	1,475	1,875	2,250	2,775	3,225
2	糖尿病	1,475	1,875	2,250	2,775	3,225	3,675
3	高血圧性疾患	2,250	2,775	3,225	3,675	4,125	4,575
4	その他の高血圧性疾患(新薬類のみ、高血圧症、高血圧症)	4,275	5,025	5,775	6,525	7,275	8,025

オ カ 被保険者男性は上位11疾患、被保険者女性は16疾患で医療費全体の過半数を占めている。とくに、男性は上位5疾患、女性は上位7疾患で全体の約3割を占め、男女とも生活習慣病(黄色に着色)の高血圧性疾患、糖尿病が含まれている

キ ク 医療費100万円以上(入院等の重症化)の人数も、2013年度は対前年度比で増加の勢い。そのうち疾病別医療費は、1生活習慣病、2悪性新生物、3うつ病の順で、生活習慣病では虚血性心疾患が大幅に増加傾向であり、悪性新生物中、乳房、胃・結腸・直腸の20%前後の伸びが目立つ

STEP 1-5 ②健診 (リスク) 分析の概要

ケ. 健康分布の経年変化



コ. 2009年度特定保健指導対象者の3年後の腹囲・体重・BMIの変化

利用状況	2009年度	2012年度	2014年度	2016年度
利用なし	0.03	0.03	0.03	0.03
初回指導のみ	0.03	0.03	0.03	0.03
終了	0.03	0.03	0.03	0.03
合計	0.03	0.03	0.03	0.03

サ. 2009年度特定保健指導対象者の3年後の一人当たり給付費額の変化

2009年度	2009年度	2012年度	2014年度	2016年度
利用なし	1,310	80,505	116,105	78,105
初回指導のみ	140	79,080	64,845	16,380
終了	310	80,120	60,105	37,080
合計	1,860	80,505	140,845	131,565

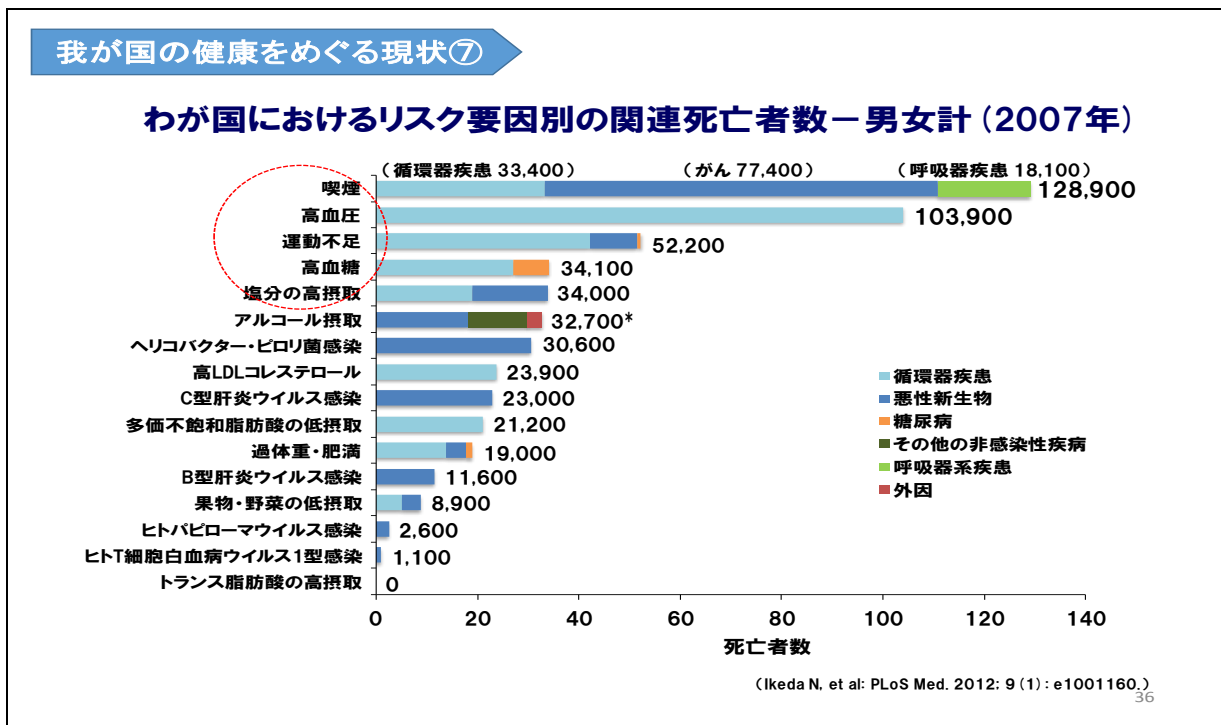
ケ 「肥満」の割合は、32.7%から31.2%に微減したが、特定保健指導の実施による効果とみられる

ケ 2011年度から開始した受診勧奨の継続実施もあり、「高リスク」が44.0%から39.7%に減少し、「超高リスク(服薬)」が17.2%から21.8%に増加。リスクを放置せず治療を開始する者が増加

コ 2009年度の特定保健指導対象者のうち、未利用者と終了時評価まで実施した人を比較すると、腹囲・体重・BMIいずれにおいても、終了者の数値が未利用者にくらべ減少(改善)

サ 保健指導終了者は利用なしと比べ一人当たり給付費は低く、給付費の伸びも低い

Diseases」、いわゆる非感染症と言われているものが注目されている。具体的にはこの左に載っている四つ。WHOはこの四つを取り上げているのですが、がん、循環器、糖尿病とCOPD。COPDは、あまりなじみがないのですが、肺気腫や慢性気管支炎のようなものです。COPDは、正確には、慢性閉塞性肺疾患という何か難しい名前なのですが、COPDという名前を通して通っているようです。それぞれには、このような、右にある、「たばこ、食事、活動、飲酒」というところがリンクしているので、これは、ある意味では、個人の努力でかなりできるものもあるということで、「予防可能」ということになっているということでございます。



NCDと生活習慣との関連 —これらの疾患の多くは予防可能—

	禁 煙	健康な食事	身体活動の増加	リスクを高める飲酒の減少
が ん	○	○	○	○
循環器疾患	○	○	○	○
糖 尿 病	○	○	○	○
C O P D	○			

それで、このような一般的な状況の中で、「健康格差とは、どのようなところで出てくるのか？」ということです。端的に言いますと、所得ですね。まず、所得の面から見たものが、これです。左側の方が実際の要因、右側の方が所得の区分ということで、縦横で見ていただくのですが。体型で見てもらうと、私も人のことは言えないのですが、「肥満者の割合」では、所得の低い方が、はっきり言って太っているということで、先ほどの健康分布図で言うところ「健康にあまりよろしくない」ということ。あるいは、朝食の欠食者も所得の低い方が多い。それから、食生活の方では野菜等があまり取れていないということです。原因は、よく分かりませんが。あとは、運動ですね。運動習慣がない人も低所得者に多い。それから、たばこも低所得者の方が多いということ。それから、一番下の睡眠ですね。睡眠の質が悪いということも多い。ということで、健康格差があるという認識です。

これは所得ですが、次は「地域」ですね。都道府県別の肥満や生活習慣の状況ということで、地域においても違いがある。肥満や食生活ですね。上位の県と下位の県では、ご覧のような差があるということです。

実は、これらについては、右下に書かれている「平成22年の国民健康・栄養調査」という資料があるのですが、この国民健康・栄養調査は、さきほど紹介した健康増進法というヘルス・プロモーションを規定している法律にあり、法律で実施すると書かれている調査なので。毎年、国民健康・栄養調査が行われて、その結果が公表されています。まさしく、生活習慣の違い、検査値の違いなど。よく、「糖尿病が何千人いる」という話は、全て、この調査から出しているということでございます。残念ながらサンプルはかなり少ないので、少しぶれたりすることがあるようです。

我が国の健康をめぐる現状⑨

世帯の所得の違いにより、肥満や生活習慣に差

所得と生活習慣等に関する状況(20歳以上)

		世帯所得			200万円未 満**	200万円以 上~600万 円未満**
		200万円未 満	200万円以上 ~600万円未 満	600万円以 上	割合または平均	
体型	1. 肥満者の割合(男性)	31.5%	30.2%	30.7%		
	(女性)	25.6%	21.0%	13.2%	★	★
	2. 習慣的な朝食欠食者の割合(男性)	20.7%	18.6%	15.1%	★	★
	(女性)	17.6%	11.7%	10.5%	★	
食生活	3. 野菜摂取量(男性)	256g	276g	293g	★	★
	(女性)	270g	278g	305g	★	★
	4. 食塩摂取量(男性)	10.9g	11.7g	11.4g		
	(女性)	9.6g	10.0g	10.1g	★	
運動	4. 運動習慣のない者の割合(男性)	70.6%	63.7%	62.5%	★	
	(女性)	72.9%	72.1%	67.7%	★	★
たばこ	5. 現在習慣的に喫煙している者の割合(男性)	37.3%	33.6%	27.0%	★	★
	(女性)	11.7%	8.8%	6.4%	★	★
飲酒	6. 飲酒習慣者の割合(男性)	32.6%	36.6%	40.0%	★	
	(女性)	7.2%	6.4%	8.0%		
睡眠	7. 睡眠の質が悪い者の割合(男性)	11.1%	11.8%	10.8%		
	(女性)	15.9%	15.4%	11.4%		★

資料:平成22年国民健康・栄養調査

表2 都道府県別の肥満及び主な生活習慣の状況

※平成18～22年の5年分のデータを用いて都道府県別に年齢調整を行い、高い方から低い方に4区分に分け、上位25%の群を上位群、下位25%の群を下位群とした。

	全国平均	都道府県の状況	
		上位群	下位群
1. 肥満者（男性, 20～69歳）の割合（%）	31.1	39.7	25.2
2. 野菜摂取量（g/日）			
男性（20歳以上）	301	339	272
女性（20歳以上）	285	321	253
3. 食塩摂取量（g/日）			
男性（20歳以上）	11.8	12.7	11.0
女性（20歳以上）	10.1	10.8	9.4
4. 歩数（歩/日）			
男性（20歳以上）	7,225	7,659	6,271
女性（20歳以上）	6,287	6,613	5,551
5. 現在習慣的に喫煙している者（男性, 20歳以上）の割合（%）	37.2	42.2	33.5
6. 飲酒習慣者（男性, 20歳以上）の割合（%）	35.9	43.3	31.4

39

それで、健康寿命の話です。むしろ、こちらの方が、皆様にとって、本当は重要かもしれません。

「健康寿命の計算方法」ということです。サリバン法という方法を使っているやり方です。サリバン法は、皆さんプロなので、ご存じだとは思われますが、定常人口と生存数で平均寿命を計算します。2行目にありますが、国民生活基礎調査という厚生労働省で毎年行っている調査があります。質問で、「あなたは、現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか？」という問い形式の質問がありまして、「ある」と「ない」ということを回答してもらっています。そのうち、「ない」という回答をした人を「日常生活の制限なし」ということで割合を求めて、定常人口のカーブがございしますが、そのところから「ない」という人の割合を掛けて下げるわけですね。生存数、定常人口を少し下げて、それで、そこに書いてある通り、定常人口に割合を乗じることで、日常生活の制限のない定常人口を求めて、そこから平均の生存数を除して期間を得るというやり方ですね。このようなやり方で計算をしたものが、サリバン法です。

実際には、国民生活基礎調査は3年に1回大きな調査があって、都道府県別の調査をしていますので、その調査結果と都道府県の人口、死亡率を基礎として計算をします。都道府県別の生命表は公表されていますので、それで計算ができるということです。これは日本全体の状況ですが、平均寿命と健康寿命の差ということで、今、公表されているものは平成22年、これが最新の様です。男性の平均寿命は79.55歳で、これは死亡するまでの平均寿命なのですが、健康寿命としては、70.42歳で、不健康と言ったらいいのでしょうか、生活に支障があって生きている期間が9年ぐらい。女性の場合ですと、もっと長くて12年程度の差があるので、ここの健康寿命を延ばすことで、「ぴんぴん、ころり」ではないですが、「そこをもっと延ばしていきましょう、赤いほうを延ばしましょう」という話になっているわけです。

都道府県別では、このような形ですね。一番上が、男の場合だと愛知県ですね。ずっと来て、一番下の青森まで。それから、女性は、静岡から滋賀までということ。日本全体でも、最長と最短が3年ぐらいあるということで、いわゆる健康格差になっているわけですが、「これを縮小していきましょう」ということですね。これが一つです。

〈健康寿命の算定方法〉

「日常生活に制限のない期間の平均」の算定方法

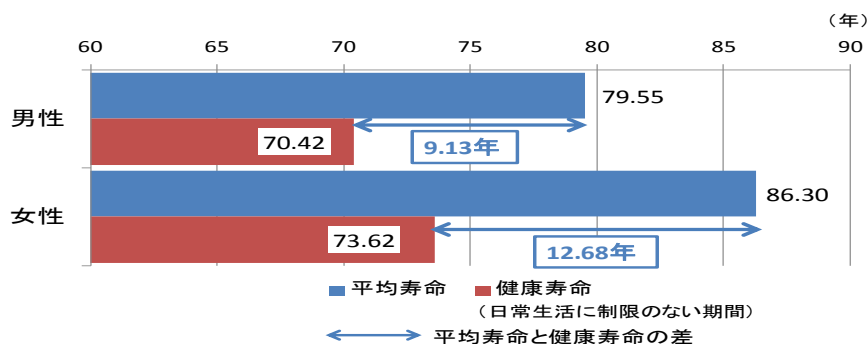
「日常生活に制限のない期間の平均」は国民生活基礎調査と生命表を基礎情報とし、サリバン法（広く用いられている健康寿命の計算法）を用いて算定する。すなわち、国民生活基礎調査における質問の「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」に対する「ない」の回答を日常生活に制限なしと定め、性・年齢階級別の日常生活に制限のない者の割合を得る。生命表から定常人口と生存数を得る。性・年齢階級ごとに、定常人口に日常生活に制限のない者の割合を乗じることにより、日常生活に制限のない定常人口を求め、次いで、その年齢階級の合計を生存数で除すことにより、「日常生活に制限のない期間の平均」を得る。

都道府県においては、国民生活基礎調査と都道府県の人口と死亡数を基礎情報とする。国民生活基礎調査から都道府県の性・年齢階級別の日常生活に制限のない者の割合を得る。都道府県の人口と死亡数からチャンの生命表法（広く用いられている生命表の計算法）を用いて、都道府県の定常人口と生存数を得る。日常生活に制限のない者の割合、定常人口と生存数から、上記と同様の方法で「日常生活に制限のない期間の平均」を得る。

40

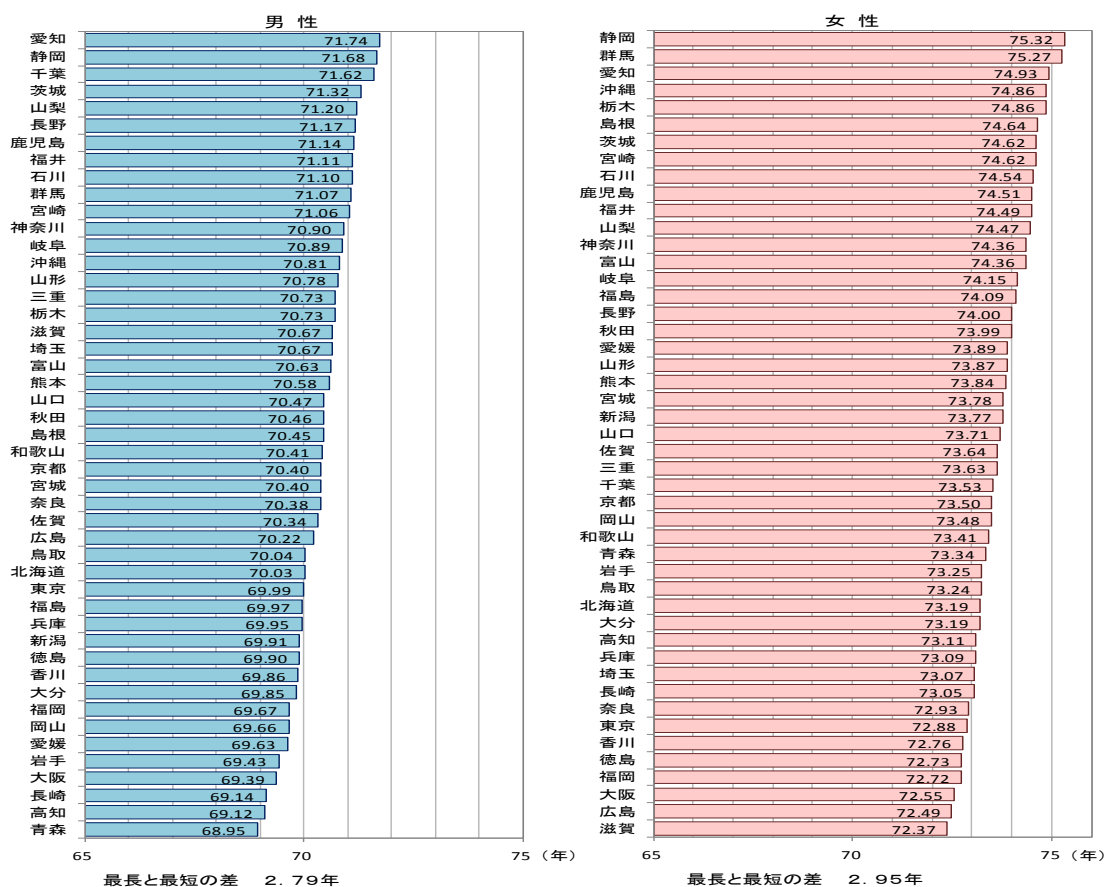
1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

平均寿命と健康寿命の差



資料：平均寿命（平成22年）は、厚生労働省「平成22年完全生命表」、健康寿命（平成22年）は、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」

都道府県別 日常生活に制限のない期間の平均（平成22年）



（資料：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」）

次は、もう一つの事例、「特定健診・保健指導の医療費適正化効果」ということで、これは公表されている資料です。メタボの健診ということで、内臓疾患に関係する三つの病気、高血圧、糖尿病、脂質異常症の三つに関する必要な検査結果に基づいて保健指導を行うわけですが、「それによって医療費が減るのかどうか」という話です。結構お金をかけてやっていますので、健保組合の人たちも「本当に効果があるのか？」という強い関心があるわけです。それで、国の検討会で実際に検証をした結果の紹介です。

このときに使うデータは、上から3行目にありますが、「レセプト情報・特定健康診査等情報データベース」。これが、先ほど言いました、日本全体の全ての電子レセプトの統計と全ての特定健診等の結果を集めたデータベース、「NDB、National Database」と言っているものを活用して検討したということでございます。

二つのことをやっております。一つは、健診や検査をすることで、そもそもヘルス・プロモーションとは、病気になる前に予防する、いわゆる一次予防の話ですので、検査値がよくなったかどうか、それから医療費が本当に減ったのかどうか、ということ进行分析したということです。下に、「特定健診、特定保健指導」と書いてありますが、これは読んでいただければということで省略します。

まず、医療費の話です。データベースと言っておりますから完璧かといいますと、全然そうではなくて、実は、医療保険者は、市町村国保が1,700、健保組合が1,400、あと共済組合もあるので3,000を超えているのですが、この分析対象になっている医療保険者は365、1割にすぎない。国保の方は1,700あるので、調査対象321は2割ぐらいです。健保組合は1,400あるのですが、この分析対象になったところは2しかない。共済組合は42と割といいのですが。ということで、このデータベース、客観的に指摘されていることを言え

ば、National Database について非常に突合が悪いということです。データベースとして幾つか問題があるということが指摘されています。そのようなことです。

分析方法としては、検査値と医療費、それから、外来へ行く状況ということですね。どのようにして比較しているかといいますと、いわゆる「参加者と不参加者の比較」ということで、同じような条件の人のうち、特に介入した方と、しない方の違いを見るということです。「参加者」は約 20 万人です。特定保健指導の対象となった、検査値が悪かった人ということですが、そのうち、実際に指導を受けて6か月後に評価するのですが、それを終わった人、きちんと介入した人。「不参加の人」とは、対象にはなったのですが全然指導は受けていないという人ですね。あと、指標としては、人数当たりの医療費や、外来の受診、外来に行きやすさ、ということのみたということです。

指導を受けた方と受けなかった方、検査結果はどうなったかといいますと、検査値は、見てお分かりのように、差がマイナスになっているように、一言で言うと「良くなりました」ということです。

次は、ずっと同じようなことが載っています。血圧等、いろいろあります。

問題は、医療費なのです。「減ったのか？」ということですが、外来の医療費、男性で7,000円から5,000円、女性でも7,000円ぐらい、医療費が節約できている、それから、外来の受診率、行きやすさも、あまり行かないで済んでいる。という結論でございます。いろいろと分析上の問題がないわけではないですが、とりあえず、そのようなことでございます。「指導を受け入れるような人は、健康に気を付けていて、あまり元々医者に行っていないじゃないか」など、いろいろ突っ込みどころはあるのですが、あまり、その辺りは書いていないようで、一応このような結果にはなっているということです。詳しいものは、報告書等がありますので、見ていただければと思います。

平成27年6月26日 第14回保険者による 健診・保健指導等に関する検討会	資料1-1
---	-------

特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のための ワーキンググループ 第三次中間取りまとめ 概要

特定健診・保健指導の効果検証の概要

- 特定健診・保健指導による検査値の改善状況や行動変容への影響、医療費適正化効果等を検証するため、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の下に、有識者により構成されるワーキンググループを設置し、レセプト情報・特定健康診査等情報データベース（NDB）を活用しつつ、これまで検討を行ってきた（平成25年3月から計19回開催）。

＜ワーキンググループ構成員＞（50音順・敬称略）		
伊藤 由希子 東京学芸大学准教授	北村 明彦 大阪大学大学院准教授	
多田 浩三 一般財団法人日本公衆衛生協会会長	津下 一代 あいち健康の森健康科学総合センター	
福田 敬 国立保健医療科学院統括研究官	三浦 克之 滋賀医科大学教授	

- 当該ワーキンググループでは、平成26年4月に特定健診・保健指導の実施による検査値への影響について報告し（第一次中間取りまとめ）、平成26年11月に特定健診・保健指導の医療費適正化効果について報告した（第二次中間取りまとめ）。
- 今回は、特定健診・保健指導による検査値への影響及び医療費適正化効果について、経年的な分析を実施し、第三次の中間的な結果として報告するものである。

【参考】

- 特定健診・・・医療保険者（国民健康保険、被用者保険）が40歳から74歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象として、毎年度、計画的に実施する、メタボリックシンドロームに着目した検査項目での健康診査のこと。
- 特定保健指導・・・医療保険者が特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対し、毎年度、計画的に実施する保健指導のこと。特定健診の結果に基づき、腹囲以外の追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、積極的支援の対象者と動機付け支援の対象者に階層化される。

特定保健指導のコスト：動機付け支援 約6千円、積極的支援 約1万8千円※国庫補助の基準単価

第三次中間とりまとめ概要

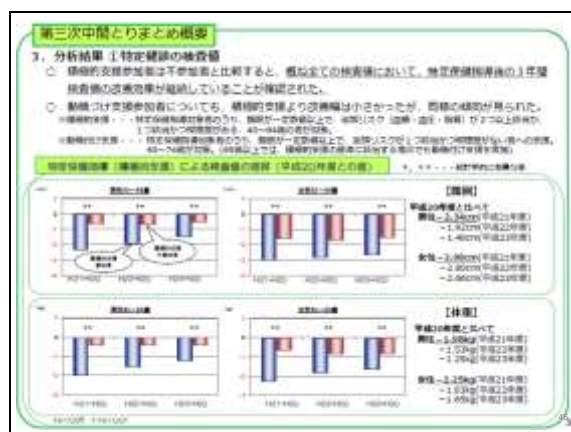
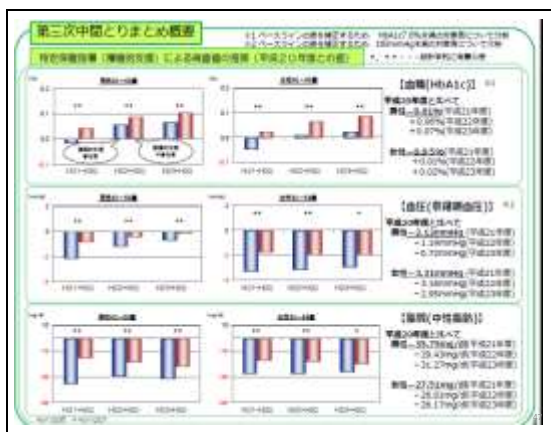
1. 分析対象

- レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)に格納されている平成20年度～平成23年度の特定健診・保健指導データのうち、全ての年度^{※1}についてレセプトデータとの突合率が80%以上であった保険者のデータ
※平成21年度～平成24年度の特定健診・保健指導データとレセプトデータで突合率を確認した。
- 分析対象者数：365 保険者(国保 321、健保組合 2、共済組合 42) 20～22万人(分析方法で異なる)

2. 分析方法

- 平成20年度に特定保健指導の対象となった者を、分析対象者を参加者と不参加者に分け、①特定健診の検査値^{※1}、②メタボリックシンドローム関連の入院外の一人当たり医療費^{※2}、③メタボリックシンドローム関連の外來受診率^{※2}を比較した。
 - ・参加者・・・平成20年度に特定保健指導の対象となった者のうち、当該年度に初めて特定保健指導を受け、6ヶ月後の評価を終了した者(平成21年度以降特定保健指導を受けているかどうかは本分析では考慮していない)
 - ・不参加者・・・平成20年度に特定保健指導の対象となった者のうち、当該年度から平成23年度まで一度も特定保健指導を受けていない者(不参加者のみを対象とし、中断者は含めていない)
- 一人当たり医療費・・・(当該年度の3疾患関連の医療費の合計)÷(分析対象者数)
- 外來受診率・・・(当該年度の3疾患関連の入院外レセプト枚数)÷(分析対象者数)

※1 検査値の分析では、各年度で特定健診を受診し、検査値を確認できる者のみを対象とした。また、平成20年度の特定健診で検査項目に欠損値があった者は分析から除外した。
 ※2 医療費及び受診率の分析は、主なメタボリックシンドローム関連疾患である高血圧症、脂質異常症、糖尿病(3疾患)の「傷病名コード」及び「医薬品コード」をもつレセプトデータのみを対象とした。ただし、3疾患以外の医療費を除外しきれないため、上記に加えて、特に医療費に大きな影響を与えると考えられる「がん」に関連するレセプトデータは分析から除外した。

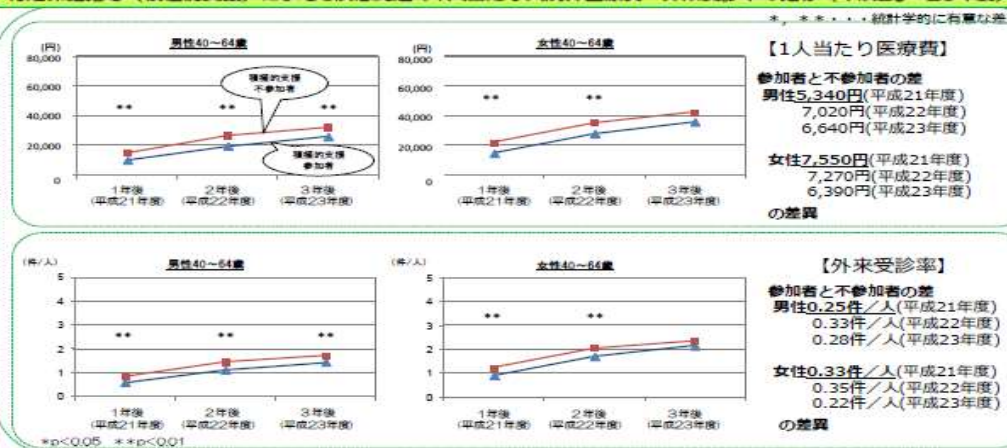


第三次中間とりまとめ概要

3. 分析結果 ③3疾患関連の1人当たり入院外医療費・外來受診率

- 積極的支援参加者と不参加者を比較すると、1人当たり入院外医療費については、男性で7,020～5,340円、女性で7,550～6,390円の差異が見られた。
- 外來受診率については、男性で0.35～0.25件/人、女性で0.35～0.22件/人の差異が見られた。

特定保健指導(積極的支援)による3疾患関連の1人当たり入院外医療費・外來受診率の推移(平成20～23年度)



次は、27年の「医療保険制度改正」です。この5月に成立した改正です。健康保険法、いきなり法律の条文であれですが、この5月に入ったものは「個人の自助努力」ということで、下線を引いた部分が入ったということです。今までは、医療保険者も、医療のお金を払う以外に保健事業というものをやることになってはいましたが、「個人の健康管理や疾病の予防に係る本人の自助努力について支援を下さい」ということは書いていなかったです。要するに、保険者が加入者を集めて健康事業をやればよかったのですが、今度は、そうではなくて、「それぞれの加入者は自助努力をするのだ。その支援を下さい」となった。そのあとの2番のところですが、「そのときに、高齢者の医療の確保に関する・・・」と書いてある。これは何かといいますと、NDBのことです。「NDBのデータを使って事業をやれ」と、こう書いてあるのですね。だから、結構NDBも、このようなところに使われている。これは、健康保険法ですのでサラリーマンのことだけを書いています。自営業者の国民健康保険法、それから、75歳以上の方は県単位に後期高齢者医療制度という保険者に加入していますが、法律は高齢者の医療の確保に関する法律で、同じような規定が入っています。

具体的な展開としては何があるのかというものが、これです。「個人や保険者における活用」。先ほど申しましたデータヘルスということで、医療保険者がレセプトデータや健診データを使って、まず、データを分析して効果的に展開するのだということです。これは、先ほど見た事例の通りです。全保険者同じ。そのときに、「National Databaseの充実を図る」と書いてあるところは、多分、先ほどのように必ずしもうまくいっていない部分があるからということだと思われま。

それで、National Databaseについては、「分析結果が少ない、なかなか、データも簡単に使わせてくれない」という不満もあつたりします。また、レセプトは10億枚近くになっていると思います。少し前までは8億と言っていて、8億件のデータがあるのですが、集計結果がなかなか出てこないですね。幾つか事例は出ています。インフルエンザ関係や、医療提供体制の関係、医療保険の政策の中で幾つか使っていますが、全体の統計は、なかなか出ていない。唯一使っているものは、医療費の統計ですね。調剤医療費の動向というものです。この動向について詳細な統計が毎月出ていますが、それ以外には、ほとんど出ていないですね。厚生省では、何か、「NDB白書」とでもいうものを年度中に出すような検討が進んでいるようです。そのような形で、なかなか出ていないので、出すと思います。

2番目として今回の法律に入った内容ですが、「予防健康づくりのインセンティブの強化」ということです。「個人個人は自助努力をするのだ。それを保険者が支援するのだ」と。どのような形でやるのかといいますと、自助努力をした、幾つか例が挙がっていますが、「保険者が、自助努力をしたら、ヘルスケアポイントというものを付けて商品か何かをやるのだ」。「保険者の方が、ポイントの付与に対応した事業をするのだ」という話をしています。その一つに厄介なことがあって、「保険料への支援」ということで、「健康事業をよくやった人には、保険料を安くせよ」と言っているのです。これは、社会保険としてはいかなものかということで、私が属している健康保険組合連合会、あるいは関連団体も、皆、これは「大反対」です。「そもそも社会保険を何と心得ておるのだ」という話です。つまり、「健康な人は安くして、病人からは重く取るとは、一体何を考えているのだ？」ということでございます。おかしなことを言っております。

それから右の「保険者」と書いてるところです。「後期高齢者支援金」について説明します。健康保険組合や市町村国保の保険者は、75未満までの方を対象としている。75歳を過ぎると全部、県単位の後期高齢者広域連合ということで、要するに、県でばらばらであった医療保険加入者が全部一括になってしまうのです。その人たちの医療費はどう賄うかといいますと、75歳以上の人たちは、今まで保険料を払わなくてよかった奥さんも含めて全員が保険料を負担しています。それだけでは、当然、自分たち75歳以上の医療費を賄えませんが、半分は税金が入っています。

だからお年寄りが受診したら、「この人の医療費の半分は税金だ」と思ってもらえばいいのですね。患者負担を除いた分の半分は税金です。残りの1割は自分の保険料、残りの4割は75歳未満の人が負担しています。その負担を、後期高齢者支援金というのです。先ほどの特定健診・特定保健指導も、後期高齢者支援金も先ほどの高齢者の医療の確保に関する法律に入っています。どういうことかといいますと、75歳になるまで、健康保険組合など医療保険者にいるうちに、特定健診・特定保健指導によって健康になってもらって、75歳以降は健康のまま過ごして、できるだけお金を使わないように、費用のかからないように、健康な生活をおくっていただきたい、ということでやっています。そのように説明しています。

ですから、特定健診・保健指導は、検査値をよくして無事75歳になってもらって、75歳以降、若い人が支えているお金がかからないようにするという事業です。「もし、若い、健康保険組合に加入しているうちに、そのような健診を保険者がしっかりやらなかったら、ひよっとしたら、その人たちは、75歳以上になると、お金がかかるかもしれない」ということです。後期高齢者支援金は、実は、75歳前の医療保険全体、基本的には医療保険加入者の頭割りで、大体、1人当たり年に5万6千円ぐらいなのです。皆さん、自分が医者にかからなくても、5万6千円を無条件に払っているのですが、加算・減算制度というのは、その後期高齢者支援金について、「健康づくりのための特定健康診査や特定保健指導をよくやらなかったら、余計に出してください」という制度です。これは、法律に入っています。これが加算・減算です。よくやっていると、少し安くなる。そうではないところは、健康なお年寄りをつくらなかったということで、余計に払う仕掛けが、今、法律に本当に書いてあるのです。それで、あのよう事業を一生懸命展開しているところがあるのです。

それで、それを更に強化するというので、今回の政令事項で、これから決められることになっているのです。特定健診、特定保健指導について、従来は、実施率、「よくやっているか、やっていないか」ということだけで、お金を多くしたり少なくしたりしていたのです。しかし、それ以外に、「後発医薬品」、同じ効き目でも発売してから一定期間を過ぎたものは半分ぐらいの価格になってしまうのですが、「その安いほうを、どのぐらい使っているか」ということを入れる。それから、健康保険組合と市町村は加入者の特性が違うので、それぞれにインセンティブを強化する事業、この詳しい話は、今、議論中ということですが、それをやるという話なのです。

「お年寄りになったときに健康になってもらうために、若いうちにいろいろやる」ということと、「後発医薬品を使う」ということが、どのようなつながりがあるのかよく分からない。分からないですよ、なぜなのか。健康診査は分かりますよ。一生懸命検査をして、指導して、血圧を下げたり、血糖値を下げたりすることは分かりますが、後発医薬品を使うことは、どうつながるのか、よく分からない。実際、私の属する健康保険組合連合会の代表は、検討会で、「どのようなつながりなのか、よく分からないし、どのような趣旨なのだ？」と言っておるのですが、何か医療費の適正化というものを絡めて、このようになっているようです。

あと、栄養指導等は、ご覧の通りです。

健康保険法(抄)

第五十条 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第二十条の規定による特定健康診査及び同法第二十四条の規定による特定保健指導（以下この項及び第五十四条の二において「特定健康診査等」という。）を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であつて、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者（以下この条において「被保険者等」という。）の自助努力についての支援その他の被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

2 保険者は、前項の事業を行うに当たっては、高齢者の医療の確保に関する法律第十六条第二項の情報を活用し、適切かつ有効に行うものとする。

個人や保険者による予防・健康づくりの促進

1. データを活用した予防・健康づくりの充実

- データヘルスの取組の普及を踏まえ、**保険者が保健事業を行うに当たっては、レセプト・健診データ等を活用した分析に基づき効果的に実施することとする(データヘルスの推進)**。国は指針の公表や情報提供等により保険者の取組を支援。
- 全国のレセプト・健診データを集積した**ナショナルデータベース(NDB)の充実**を図る。また、NDBを用いた分析結果を国民や保険者にわかりやすく公表。
- 保険者による健診データの保存期間を延長。また、被保険者が異動した場合の健診データの引継に関する手続きについて、被保険者の同意を前提としつつ、明確化。

2. 予防・健康づくりのインセンティブの強化

(個人)

- 保険者が、加入者の予防・健康づくりに向けた取組に応じ、**ヘルスケアポイント付与や保険料への支援等**を実施。

※国が策定するガイドラインに沿って保健事業の中で実施

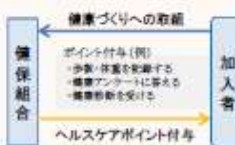
(保険者)

- 後期高齢者支援金の加算・減算制度**について、**予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視**するため、多くの保険者に広く薄く加算し、指標の達成状況に応じて段階的に減算(最大10%の範囲内)する仕組みへと見直し、平成30年度から開始する(政省令事項)。

- ・ 特定健診・保健指導実施率のみによる評価を見直し、後発医薬品の使用割合等の指標を追加し、複数の指標により総合的に評価する仕組みとする。

- ・ 保険者の種別・規模等の違いに配慮して対象保険者を選定する仕組みとするとともに、国保、協会けんぽ、後期高齢者医療について、別のインセンティブ制度を設ける。

○ヘルスケアポイントの付与



3. 栄養指導等の充実

- 平成28年度から、後期高齢者医療広域連合において、市町村の地域包括支援センター、保健センター等を拠点として**栄養指導等の高齢者の特性に応じた保健事業を実施**することを推進。

次は、「日本健康会議」です。これが最後の締めくくりです。先ほどの健康日本21の中で、「医療保険者だけではなくて、いろいろな産業や地域、団体が参加していくということで、この7月に、日本健康会議というものが発足しました」ということでした。経済界や医療関係団体、自治体が手を携えて、まさしく健康日本21の通り、「健康寿命の延伸」、その後に入っているものが、「医療費の適正化」。それは、「健康日本21」の中に書いてある「社会保障の存続可能性」のところにリンクしている話です。元々、WHOの方には、そのようなことは何も書いていないようなのですが、日本では、つながっているということでございます。

民間主導の活動体としての日本健康会議というものが、この7月に発足して、ニュースでも流れたかと思うのですが、そのような動きです。ここでは、発足しただけではなくて、数値目標が実際に入っています。更に、これが実際に活動するようにワーキンググループを作って、厚労省、経産省も協力してやっていくということです。しかも、ホームページも、ポータルサイトもできております。7月10日に大発足会があって、私が所属している健康保険組合連合会の会長が宣言をし、医師会等が参加し、にぎにぎしく発足しているということです。

参加者は、右の方の名簿にありますように、上の方は経済関係の団体、労働組合、その下が保険者、地域の団体、それから下のところが医師会など、医療提供側、それから学術団体、マスコミという、かなり大がかりな人たちが参加しているということです。

具体的な数値目標ですが、全部で八つあります。1番ですと、健康づくりについて推進する自治体等、いろいろあります。順に幾つか見ます。その下にワーキンググループということで、数値目標にグループができています。具体的な展開としては、ワーキンググループを作ってポータルサイトを作りますということで、既に、実際にポータルサイトは立ち上がっています。ご覧になっていただければということで、幾つかピックアップしたのが、これです。

一つは、私、医療保険者の団体にいるので、それに関係したものだけ出させてもらいました。

宣言3です。47都道府県の保険者協議会。この保険者協議会というものは、今回、5月に成立した法律改正で、法律事項として、それぞれの都道府県にある医療保険者が協議会をつくることになったものです。国民健康保険、健康保険、後期高齢者医療、それぞれの都道府県で保険者が集まって協議会をつくるということになっていますが、この中で取り組んでいく。

下の枠の中が医療保険者の機能ということで、特に5番ですね。保健事業というものは一つの機能だと認識されている。それから6番、今日は省略していますが、「医療提供体制への働きかけというものも保険者機能だ」ということになっています。

宣言の4番目が、企業へ向けた発言ですね。健康経営に取り組む企業500社、実際に健康経営銘柄というものも指定されているということです。

宣言の5番目は、健康宣言に取り組む、これは中小企業対象で、1万社以上の企業を対象とする。

宣言の8番目は、後発医薬品の利用。ここでも出てくるのですが、後発医薬品の利用率は、今は大体60%近くのを、80%を目指そう。最初は70%からでしょうが、80%が目標ということ。

あとは、今まで述べましたように、いろいろな地域や業界、保険者、いろいろなところで、いろいろな事業を展開するのだけれども、「それらを横断的に他のところに普及していく場面に要るのではないか」ということで発足したものが、健康増進・予防サービス・プラットフォームということです。そのようないい事例を、いろいろなところに「横展開」と言っておりますが、展開していくためのものもできていると。メンバーは、ここにあるような大臣や関係者ですね。

日本健康会議

- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導の活動体である「日本健康会議」を2015年7月10日に発足。
- ◆ 自治体や企業・保険者における先進的な取組を横展開するため、2020年までの数値目標（KPI）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
 - ①取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
 - ②「日本健康会議 ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

日時：2015年7月10日（金）11:45～12:35

会場：ベルサール東京日本橋

人数：報道メディア、保険者、関係者など、計1,000名程度

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|--------|--------|
| 1. 趣旨説明 | 日本商工会議所 | (会頭 | 三村 明夫) |
| 2. キーノートスピーチ | 東北大学大学院
医学系研究科 | (教授 | 辻 一郎) |
| 3. メンバー紹介 | | | |
| 4. 「健康なまち・職場
づくり宣言2020」 | 健康保険組合
連合会 | (会長 | 大塚 陸毅) |
| 5. 今後の活動について | 日本医師会 | (会長 | 横倉 義武) |
| 6. 来賓挨拶
(総理挨拶) | 厚生労働省 | (大臣 | 塩崎 恭久) |
| | | (官房副長官 | 加藤 勝信) |
| 7. フォトセッション | | | |



日本健康会議の様子

(参考)第二部 先進事例の取組紹介 (13:00～15:00)

- ・津下一代（あいち健康の森健康科学総合センター長）・西川太一郎（東京都荒川区長）・向井一誠（協会けんぽ広島支部長）
- ・谷村遵子（三菱電機健康保険組合）・南場智子（株式会社ディー・エヌ・エー 取締役会長）

日本健康会議
実行委員

日本経済団体連合会	会長	榊原 定征
日本商工会議所	会頭	三村 明夫
経済同友会	代表幹事	小林 喜光
全国商工会連合会	会長	石澤 義文
全国中小企業団体中央会	会長	大村 功作
日本労働組合総連合会	会長	古賀 伸明
健康保険組合連合会	会長	大塚 陸毅
全国健康保険協会	理事長	小林 剛
全国国民健康保険組合協会	会長	真野 章
国民健康保険中央会	会長	岡崎 誠也
全国後期高齢者医療広域連合協議会	会長	横尾 俊彦
全国知事会	会長	山田 啓二
全国市長会	会長	森 民夫
全国町村会	会長	藤原 忠彦
日本医師会	会長	横倉 義武
日本歯科医師会	会長	高木 幹正
日本薬剤師会	会長	山本 信夫
日本看護協会	会長	坂本 すが
日本栄養士会	会長	小松 龍史
チーム医療推進協議会	代表	半田 一登
住友商事	相談役	岡 素之
自治医科大学	学長	永井 良三
東北大学大学院医学系研究科	教授	辻 一郎
あいち健康の森健康科学総合センター	センター長	津下 一代
広島大学大学院医歯薬保健学研究院	教授	森山 美知子
千葉大学予防医学センター	教授	近藤 克則
京都大学産官学連携本部	客員教授	宮田 俊男
日本糖尿病学会	理事長	門脇 孝
東京都荒川区	区長	西川 太一郎
読売新聞グループ本社	取締役最高顧問	老川 祥一
テレビ東京	相談役	島田 昌幸
共同通信社	社長	福山 正喜

○事務局は、実行委員会方式で運営(事務局長:渡辺俊介 元日経新聞論説委員)

全32名

542

健康なまち・職場づくり宣言2020

- 宣言 1** 予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。
- 宣言 2** かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。
- 宣言 3** 予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。
- 宣言 4** 健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。
- 宣言 5** 協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。
- 宣言 6** 加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術(ICT)等の活用を図る。
- 宣言 7** 予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。
- 宣言 8** 品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用動奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

55

宣言（KPI）を達成するためのワーキンググループ

- 1) ヘルスケアポイント等情報提供WG
- 2) 重症化予防（国保・後期広域）WG
- 3) 健康経営500社WG
- 4) 中小1万社健康宣言WG
- 5) 保険者データ管理・セキュリティWG
- 6) 保険者向け委託事業者導入ガイドラインWG
- 7) 保険者からのヘルスケア事業者情報の収集・分析WG
- 8) 保険者における後発医薬品推進WG
- 9) ソーシャルキャピタル・生涯就労支援システムWG

56

日本健康会議における横展開の戦略について

- ①取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
- ②「日本健康会議ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

<情報集約>

- 都道府県及び市町村取組を情報収集
- 保険者団体による情報収集

<支援施策の実施>

- WGでの状況確認・検討
- テーマごとに支援策実施



事務局にてWEBに反映



可視化により、比較検討を可能にする

57

ワーキンググループ(WG)による取組の推進

項目 3 予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。

<進め方>

- 47の各都道府県の保険者協議会への情報提供などを行う「保険者協議会中央連絡会」を4年ぶりに再開させたところ。
- この中央連絡会での議論を通じて、保険者協議会での取組を活性化していく。
- 保険者協議会での取組の活性化を通じて、加入者の代理人たる保険者としての機能（加入者の健康管理・良質で効果的な医療提供体制の構築）の強化を図る。

保険者の果たすべき機能：

- ①被保険者の適用（資格管理）、②保険料の設定・徴収
- ③保険給付（付加給付も含む）、④審査・支払
- ⑤保健事業等を通じた加入者の健康管理
- ⑥医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ

58

ワーキンググループ(WG)による取組の推進

項目 4 健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。

<進め方>

- 次世代ヘルスケア産業協議会の「健康投資WG」の2枚看板方式により、推進方策のアイデアを詰める。
- 現時点で想定しているのは、昨年度の3月に示した健康経営銘柄の継続的実施や、先進的な取組を行う企業の経年的なフォローアップを通じて、更なる健康経営の促進を図る。
- また、健康経営に取り組む企業による情報発信を促進することにより、普及を図る。

健康経営銘柄：長期的な視点からの企業価値の向上を重視する投資家にとって魅力ある企業を紹介するもの

※平成26年度に健康経営銘柄として選定された22企業一覧：
アサヒグループホールディングス、東レ、花王、ロート製薬、東燃ゼネラル石油、プリナストン、TOTO、神戸製鋼所、コニカミノルタ、川崎重工業、テルモ、アシックス、広島ガス、東京急行電鉄、日本航空、SCSK、丸紅、ローソン、三菱UFJフィナンシャル・グループ、大和証券グループ本社、第一生命保険、リンクアンドモチベーション

59

ワーキンググループ(WG)による取組の推進

項目 5 協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。

<進め方>

- 次世代ヘルスケア産業協議会の「健康投資WG」の2枚看板方式により、推進方策のアイデアを詰める。
- 現時点で検討している、日商と協会けんぽの共同事業により、「健康経営優良企業」の選定を行う仕組みを設け、そこに一定のメリット（例えば、融資商品等で優遇金利を適応すること等）を付与できないか検討する予定。
- また、商工会議所等と連携して「健康経営アドバイザー制度」を創設し、中小企業における健康経営の取組を支援する。
- 一部の協会けんぽ支部で行っている企業・事業者向けの「ヘルスケア通信簿[®]」の取組を広げ、中小企業等における健康状況や課題の可視化を行うことにより中小企業の取組を促す。

※健康経営アドバイザー制度：中小企業にアドバイザーを派遣し、経営者の理解を高めるとともに、制度面での整備を進める取組。

※協会けんぽ：約160万の中小企業等で働く従業員やその家族（約3,500万人）が加入している健康保険。都道府県ごとに支部があり、支部単位で運営している。

※ヘルスケア通信簿[®]：健診・保健指導等の基礎データにより事業所毎の健康課題を「見える化」するツール。全国健康保険協会の商標登録。

60

宣言 8

品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

<進め方>

○保険者においては、ジェネリックの差額通知を効果的に行うことがポイント。

後発医薬品差額通知：後発医薬品に切り替えた場合に薬代がどれくらい
(ジェネリック) 削減できるのかを示した、保険者から個人への通知

○単に受注単価が安い専門事業者に委託するのではなく、効果測定や効果予測がきちんとできる専門事業者への委託を誘導する。

○各保険者が毎年度どのくらいの使用量割合であるかを一覧できるようにし、競争を促すため、新たにポータルサイトによる常時可視化を行う。

※後発医薬品の使用割合を80%にすることで、医療費1兆円程度の適正化が図れると厚労省で試算している。

91

歳出効率化に資する優良事例の横展開のための
健康増進・予防サービス・プラットフォームの開催について

〔平成27年9月9日〕
内閣府特命担当大臣（経済財政政策）決定

1 趣旨

経済再生と財政健全化の双方を推進するカギは、「公的サービスの産業化」、「インセンティブ改革」、「公共サービスのイノベーション」といった「経済財政運営と改革の基本方針2015」に盛り込まれたこれらの歳出改革の実行にある。

こうした歳出改革を推進する観点から、内閣府特命担当大臣（経済財政政策）の下に、関係府省等の参加を得て、健康増進・予防サービスに関して国・地方を通じた歳出効率化に資する優良事例の創出・全国展開を図るためのプラットフォーム（以下「プラットフォーム」という。）を開催し、自治体や企業・保険者における先進的な取組の横展開について、実施主体に対する省庁横断的な政府側窓口として、調整、進捗管理及びフォローアップを行う。

2 具体的取組

プラットフォームは、これに関連した先進的な取組の横展開の努力が進められつつあるものもある（日本健康会議、次世代ヘルスケア産業協議会等）ことから、そうした成果も取り込みながら、総合的な調整、進捗管理及びフォローアップを行う。

具体的には、以下に掲げる事項を始め、健康増進・予防サービスに関連する分野について取り扱うとともに、これらの取組を通じて実現される市場創出効果の検討を行う。

- (1) 医療保険者によるデータヘルス等
- (2) 生活習慣病等の重症化予防
- (3) 企業による健康経営
- (4) ヘルスケア産業の創出・育成
- (5) ITの利活用および規制改革等の制度改正

3 構成員等

(1) プラットフォームの構成員は、別紙のとおりとする。

(2) 内閣府特命担当大臣（経済財政政策）は、構成員がプラットフォームに出席できない場合であって、当該構成員からあらかじめ申し出があったときは、然るべき代理人の出席を認めることができる。

(3) 内閣府特命担当大臣（経済財政政策）は、必要に応じ、構成員以外の者の出席を求めることができる。

4 庶務

プラットフォームの庶務は、政策統括官（経済財政運営担当）において処理する。

5 その他

前各項に定めるもののほか、プラットフォームの運営に関する事項その他必要な事項は、内閣府特命担当大臣（経済財政政策）が定める。

63

(別紙)

健康増進・予防サービス・プラットフォーム 構成員

(1) メンバー

甘利 明 内閣府特命担当大臣（経済財政政策）、健康・医療戦略担当大臣
塩崎 恭久 厚生労働大臣
宮沢 洋一 経済産業大臣
伊藤 元重 経済財政諮問会議民間議員
新浪 剛史 経済財政諮問会議民間議員
三村 明夫 産業競争力会議構成員、日本商工会議所会頭
横倉 義武 日本医師会会長
永井 良三 自治医科大学学長

(2) 医療保険者・医療関係者（オブザーバー）

大塚 陸毅 健康保険組合連合会会長
小林 剛 全国健康保険協会理事長
森 民夫 全国市長会会長
高木 幹正 日本歯科医師会会長
山本 信夫 日本薬剤師会会長
坂本 すが 日本看護協会会長
遠藤 久夫 社会保障審議会医療保険部会会長（学習院大学経済学部教授）

64

スライドの説明は終わりですが、一つだけ、書いていないので情報だけ申し上げます。

12月15日に、東京国際フォーラムで、10時から17時まで、「データヘルス・予防サービス見本市2015」があります。29のデータヘルスに関わる出展者があって、そこに、医療保険者、企業、あるいは自治体、医療専門職等々の方が実際に参加していく、見本市といたしますか、まあ、お見合いのようなものです。データヘルス・予防サービス見本市というものが、厚生労働省の主催で行われることになっております。データヘルスに関する方で、もし関心があれば、そちらの方にもご参加いただければと思います。

私の説明は以上です。

司会 村山様、どうもありがとうございました。大変示唆に富む、お話ありがとうございます。

それで、少しだけ時間がございますので、ご質問等がありましたら、少しだけ受けられると思います。どなたか、いらっしゃいますでしょうか？

質問者A 非常に包括的なお話を、ありがとうございました。

それで、二つ質問があります。一つはNDBの方なのですが、これは、1人の人について、ヒストリカル、病歴や診察歴を取ることができるようになっていのでしょうか？ それの一つです。もう一つは、サリバン法で健康寿命を計算するということなのですが、それは、1回「生活に制限あり」という状態になると、その後はずっと制限のままという前提がそこにある、という考え方だと考えていいのでしょうか？

村山 今の質問について、私の方からご回答させていただきます。

最初に、NDBの関係です。NDBについては、レセプトには、もちろん個人の名前が全部入っているのですが、「さすがに、それは」ということで、名前を見て、一定の形で、ハッシュ関数という形で匿名化するということです。同じ名前の方であれば、今月受けて来月受けてくれば、当然、同じ名前になって時系列ヒストリカルにデータを管理する、元々それが目的なのですね。健診も時系列的にやっていくし、そのことで医療費を、先ほど見たように、改善するかを見ていくということが目的なのですが、現実には、いろいろと問題があるようです。

つまり、名前を見たときに文字で変換しますので、例えば、カタカナで書いてある、あるいは、漢字でもどのような漢字にするか、電子化したときにコードが違っていると同じ人にならないですね。ということで、狙っているところはそうなのですが、必ずしもうまくいかない。それで、先ほどのように、3年間の実績がきちんと取れるものが絞りに絞って、わずか300ということが現状です。それを改善しようとしているようなのですが、そのような状況ということ。狙いはそうなのですが、現実には必ずしも、そうならないようでございます。

もう一つ、サリバン法のお話は、私も詳しく自分で計算している訳ではないのですが、考え方としては、この文章通り読めば、おっしゃる通りだと思います。いろいろ、アンケートに基づいて、「健康上の問題で日常生活何か影響がありますか？」ということも、なかなか難しいです。「障害の方は、例えば、自分をどう認識するか」等、いろいろ問題があると思うのですが、一応、この形で今はやっているという理解です。

おっしゃっているように、その後は、「ずっと障害がある」という、この考え方からすると、そうですね。それ以外のやり方もあるようなのですが、ちょっと難しくなるので、やっていないようです。サリバン法以外のものも、あるようです。

司会 すみません。途中ではあるのですが、お時間が過ぎてしまいましたので、これで終わりにさせていただきます。

村山様、大変貴重なお話を、ありがとうございました。

以上