

勿凝学問 97

健康帝国日本

ウソのようなホントウのはなし？

2007年7月16日

慶應義塾大学 商学部

教授 権丈善一

はい、すみません。タイトル「健康帝国日本」は、『健康帝国ナチス』から拝借したものであります。



ただし、『健康帝国ナチス』の原題は、上の写真にも書かれているように *The Nazi War On Cancer* であり、その内容は、健康政策の中でも特にガン撲滅についてのナチスの取り組みを淡々と描いたものです。

これに対して今日の「健康帝国日本」で書き留めておきたいことは・・・。

では。

一月ほど前の6月20日に、慶應健保組合の理事会があった。3年ほど前に勿凝学問21で、「日本の私立大学で健保組合をもっているのは9つしかなく、慶應健保の理事は大学教員がわたくしひとりという事実からすれば、医療経済を研究する大学教員のなかで健保の運営にあっているのはわたくしくらいしかいないのではなかろうか」と論じていた。未だ、その任にあるわけである。その理事会が、一月前の6月20日にあった。その時、次の資料が配付された。読み方は資料の後に説明するので、さらっとながめてください。

(2) 保険者別の参酌標準(国が示す基準)

- 各保険者は、実施計画における平成24年度の目標値を、国の基本指針が示す参酌標準に即して設定。
- 毎年度の目標値は、各保険者がそれぞれの実情を踏まえて、円滑に平成24年の目標値に至るよう、設定。

項目	全国目標	参酌標準(案)		設定理由等
		単一健保 共済	被扶養者比率が25%未満※ 被扶養者比率が25%以上※	
① 特定健康診 査の実施率	70%	総合健保 政管(船保) 国保組合	80%	被保険者分については、保 険者の種別で3区分し(被扶 養者は分けない)、それぞれ の目標実施率を各保険者に おける対象者数(推計値)に 乗じて(加重平均値を基礎 に)算定(次ページに詳細)
		市町村国保	65%	
		45%	70%	
② 特定保健指 導の実施率	45%		45%	健診の場合の事業主健診 のような実施率に影響する 明確な要因はない
③ メタボリック シンδροームの 該当者及び予 備群の減少率	10%		10%	保健指導実施率の目標を一 律とすることとあわせ、保健 指導の成果である該当者及 び予備群の減少率も一律と するのが合理的

※単一健保・共済の中でも、被保険者・被扶養者の構成が平均的な割合と大きく異なる保険者(被扶養者比率の高い保険者)は、その比率に即した参酌標準とする。

さて、これをどう読むかというと――。

慶應健保組合は、平成24年、すなわち今から5年後の2012年までに、①特定健康診

査の実施率を70%に、②特定保健指導の実施率を45%に、そして③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を10%減少することを目標とすべきことが、国の参酌標準(まあ、目標値と考えればよし)とすべしと書かれている。そして(ここが大切なところであるが)もし、目標を達成できなかつたら、慶應健保組合から、後期高齢者制度への後期高齢者支援金(拠出金のこと)に10%以内の範囲でペナルティを課すということらしい。

健康診査の実施率に応じてペナルティを課すことにより、保険者が被保険者に健康診査を受けさせるインセンティブを組み込むという話しは知ってはいた。しかしながら、メタボリックシンドロームの減少率に応じて保険者にペナルティを課すという話しは、恥ずかしながら、6月20日の健保理事会ではじめて知った。

その時も、常識から判断してあり得ないから、にわかには信じがたかった。だって、この制度が知れわたると、大学の中を見るからにでっかい人が歩いていたら、みんなが、彼のせいで慶應の健康保険料が高くなっているんだよなあと思うようになるわけで、本当にそういうことが起こったり、その種の会話が冗談でも交わされるようになってよいのか?と言っても、いくら冗談で話してみてもあまり笑えないよ、お金がからんでいるから。

それに医師の目からみれば、ウェストが120 cmくらいありそうな人こそリスクと隣り合わせにいるから、すぐにでも保健指導を実施していきたくところであろうけど、彼に指導をしてみても5年間で85 cmのウェストになりそうには見えないとすれば——保険財政的には保健指導で85 cmのウェストになりそうな人に保健指導をすることが、実に効率的になってしまう。

さらには、5年以内に退職しそうな人には、お金をかけて保健指導をすることは避けたいというインセンティブも、しっかりと組み込まれてしまうことになる。

あり得ない。

なにかの間違いだろうと思って、健保理事会から戻って、その後、医療政策の研究者に会う度に、メタボリックシンドロームの減少率が後期高齢者制度への支援金額に反映するという話しを知っていますか?と尋ねていた。しかし、誰も知らなかった。みんな、その話しは健診の実施率でしょう、まさかメタボの減少率を基準に拠出金に差を設けるなんてしないでしょうとしか答えてくれなかった。

ところが・・・。

先週金曜日に、乃木坂にある健康保険組合連合会企画の「医療保険制度における財政調整と財源負担に関する調査研究」に出席した。その際に、他の健保組合の人がいらっしやったので、いつものように「メタボリックシンドロームの減少率が後期高齢者制度への支援金額に反映するという話しを知っていますか?」と尋ねてみた。すると、「そうなんです

よねえ」との回答が返ってきた。どうも本当らしい。アンビリーバブルな話しである。

6月20日の慶應健保理事会の時、「それじゃ、健康帝国日本ですね、あり得ないなあ」と言った後、

健保事務局「特定健康診査等実施計画を作らなければなりません……。それと保健指導プログラムについて話し合うことになっています」

僕「今年は12月にも理事会があるよね。その時まで待とう。それまでに、厚労省で異動があり、トップが変わる。そうすれば何かが変わるかもしれない……」と言って、当日の慶應健保理事会は閉会した。

この雑文、最後を分かる人にだけ分かる話でしめてしまって、申し訳ないですけど、これにて失敬。いや、もう、こうなれば、次回の健康診断の時に、みんなに大きく空気を吸って腹囲を測ってもらう方がいいかな。そうすると5年後の目標達成も容易になったりして……

付録

闘論：メタボ症候群の基準 大櫛陽一氏／松澤佑次氏

2007/07/09, 毎日新聞 朝刊, 3面

男85センチ、女90センチ。内臓に脂肪がたまり、血圧や血糖、中性脂肪などの値が高いメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の腹囲の基準だ。心臓・血管系の病気の引き金になるとして、内科関係の8学会が定めたが、疑問の声もある。基準の策定者と医療統計学の専門家に妥当性を聞いた。

◇科学的根拠に欠ける 日本の数値は奇妙——東海大医学部教授・大櫛陽一氏

メタボリックシンドロームがあたかも病気であったり、複数の病気の共通する原因であるように理解するのは間違っている。メタボリックシンドロームの基準は本来、ある特定の疾患予防のための、生活習慣の改善目標に過ぎない。米国の場合、糖尿病予防の基準、心疾患予防の基準があり、それぞれ数値も項目も違う。

病気ではないのだから、薬で数値を改善するなど本末転倒だ。例えば、薬で中性脂肪を下げた安心し、運動や食事改善をやめてしまい、糖尿病が悪化するなどの問題も表面化している。

腹囲に関しては、男性よりも女性の方が大きいとする基準は日本以外にない。英国糖尿病学会誌には「日本人の基準は奇妙なので、アジア人一般の基準を使ったほうがいい」との論文が掲載されたほどだ。

腹囲の根拠を示したという論文は、日本循環器学会雑誌に掲載された。血糖や中性脂肪などで危険因子を持つ人の内臓脂肪面積を分析し、腹囲を割り出した。

しかし、被験者の性別を分けずに内臓脂肪面積を分析している上、腹囲の測定方法も誤っている。欧米では、肋骨(ろっこつ)の一番下と骨盤の一番上の間を測る。女性でへそ回りを測ると、骨盤も一

緒に測る可能性が高く、腹囲が太めとなり、医学的価値がない。

論文をみると、内臓脂肪面積(平方センチ)が90でも100でも110でも、二つの危険因子を持つ人を判別するうえで差がない。被験者も男性554人、女性194人と少なく、診断基準を設定できる数ではない。

男性の腹囲85センチは、中高年の平均値とほぼ同じで、最初から「結論ありき」だったのではないかと疑う。

来年4月に始まる新健診制度は、メタボリックシンドロームの基準を一つの基盤にした。私の試算では、8割以上が異常と判定され、男性の約6割、女性の約5割が受診勧奨の対象となる。全員が医療機関を受診すると、医療費は現状より5兆円以上増える。今の基準では、患者を増やすことにしかつながらない。

今からでも遅くはない。日本人の健診データをきちんと分析し、科学的根拠に基づいた基準を作り直すべきだ。当然、基準策定に当たるのは、製薬会社などから影響を受けない中立的な研究者でなければならない。【構成・大場あい】

■人物略歴

◇おおくし・よういち

大阪大大学院工学研究科修了。大阪府などを経て88年から現職。医療統計学専攻。60歳。

◇生活改善を促す目安 欧米と決め方に違い——日本肥満学会理事長・松澤佑次氏

心筋梗塞(こうそく)や脳梗塞など心血管系の病気による国内の死者は、がんに次ぐ。その予防を効率的に進める考え方がメタボリックシンドロームで、一種の病気だととらえるべきだ。

血圧や血糖値、脂質などの数値のうち、いくつも悪い状態が重なると、心血管系の病気を引き起こす。従来は、重なった症状ごとに薬を出していたが、数値がいくつも悪く、腹部の内臓脂肪がたまっている場合は、内臓脂肪を減らしさえすれば心血管系の病気になる危険性を一網打尽にできることが分かってきた。

日本では、腹部の内臓脂肪が100平方センチを超えると心血管系のリスクが増えるというデータがあり、この成果をもとに、内科関係の8学会が05年、メタボリックシンドロームの診断基準を決めた。

さまざまな批判があるが、日本の腹囲の基準は欧米とは決め方が違う。欧米は、肥満度を示す指数(BMI)が一定の数値を超えた人の平均腹囲だが、日本は内臓脂肪の断面積が100平方センチの男女の平均腹囲を算出した。このため、内臓脂肪が一定なら、皮下脂肪が付きやすい女性の基準が、男性を上回った。実際、50歳代までの女性は心血管病の発症割合が男性より低く、危険性が小さい女性に、必要以上にやせることを奨励すべきではない。

内臓脂肪はCT(コンピューター断層撮影)で調べるのが一番だが、全員は受けられない。腹囲の基準は、やせることで心血管病の危険性が減る人たちを抽出する目安と考えてほしい。

「基準を超えた人を薬漬けにする」などと言われるが、逆に、生活習慣の改善を優先する診断基準であり、健康診断の数値が高めだった人たちから、生活習慣改善による効果がある対象者を選び出すものだ。

新たな病人を増やしたわけではない。基準の本質が伝わらず、じだんだを踏む思いをしている。

単に「やせましょう」「運動しましょう」といっても、多くの人は聞く耳を持たなかったが、この概念を提唱してから、実践する人が確実に増えた。腹囲の基準値は絶対的なものではなく、少しでも腹囲が減り、健診数値が改善すればいい。今後検証する可能性はあるが、現在の基準に大きな問題があるとは思っていない。【構成・永山悦子】

■人物略歴

◇まつざわ・ゆうじ

大阪大医学部卒。同大教授、同大病院長など歴任。03年から住友病院院長。65歳。