



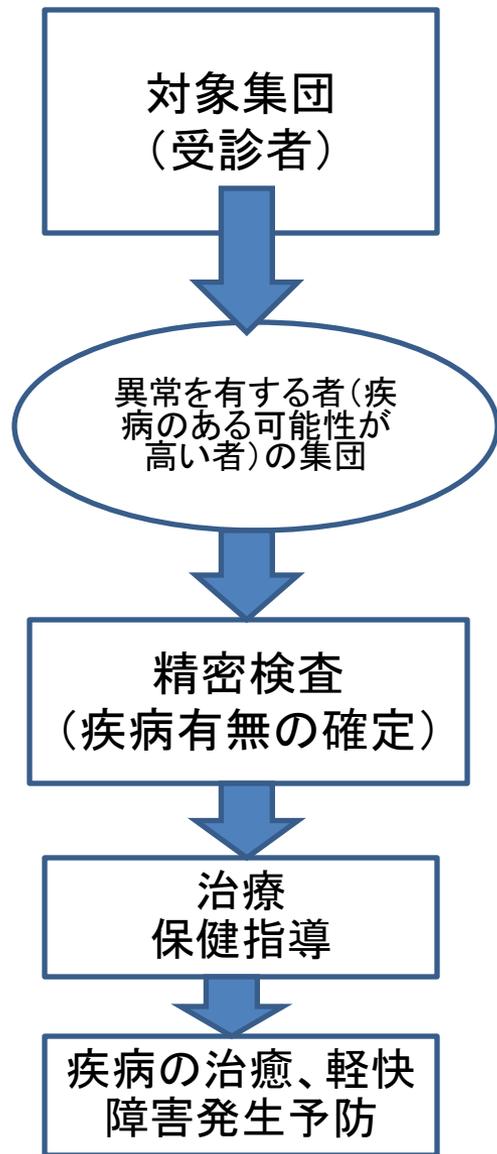
# ポピュレーションアプローチをめぐる 基礎的課題と 今後の方向性の整理

有限会社HK附属  
保健計画総合研究所  
福永一郎

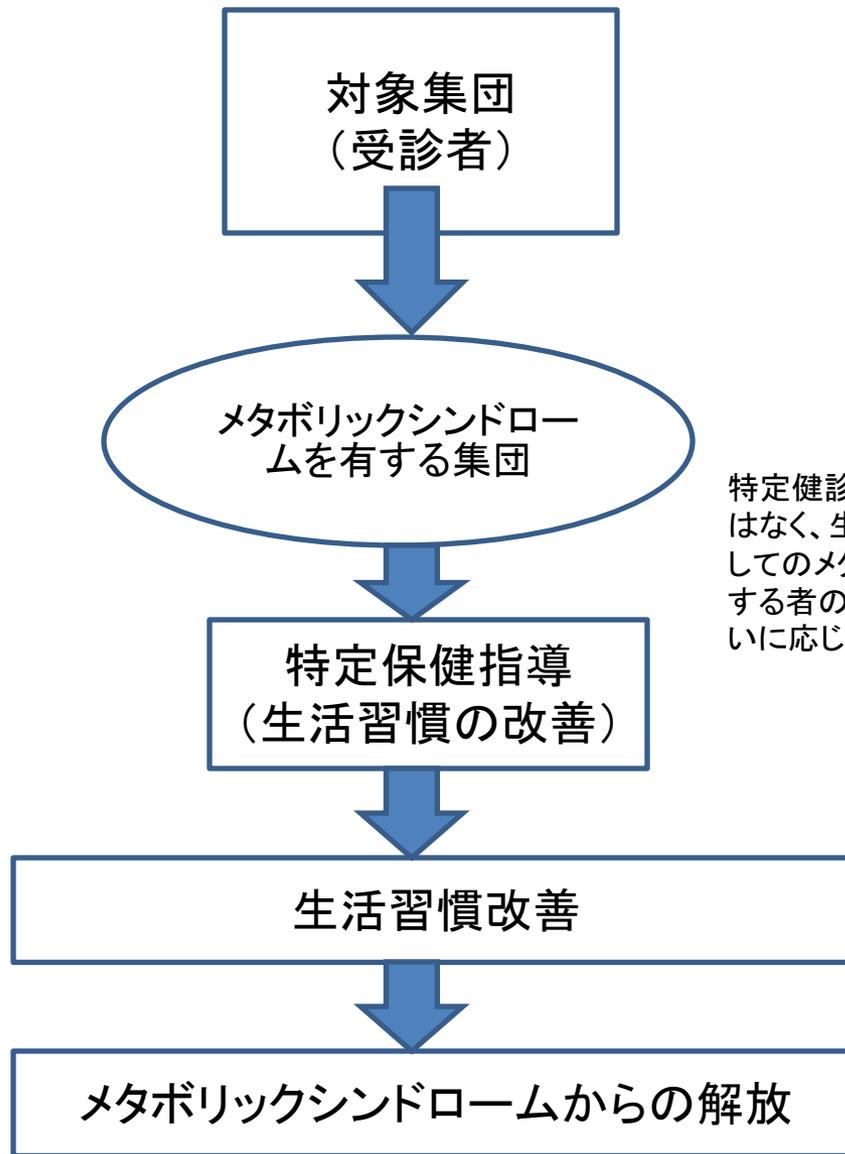
日本公衆衛生協会 地域保健総合推進事業  
ポピュレーションアプローチ推進・評価事業 研究班資料  
2008年9月24日版 班内内部資料につき、禁無断引用、無断転載

# 1. 特定健診・特定保健指導と ポピュレーションアプローチ

## 一般的なスクリーニング



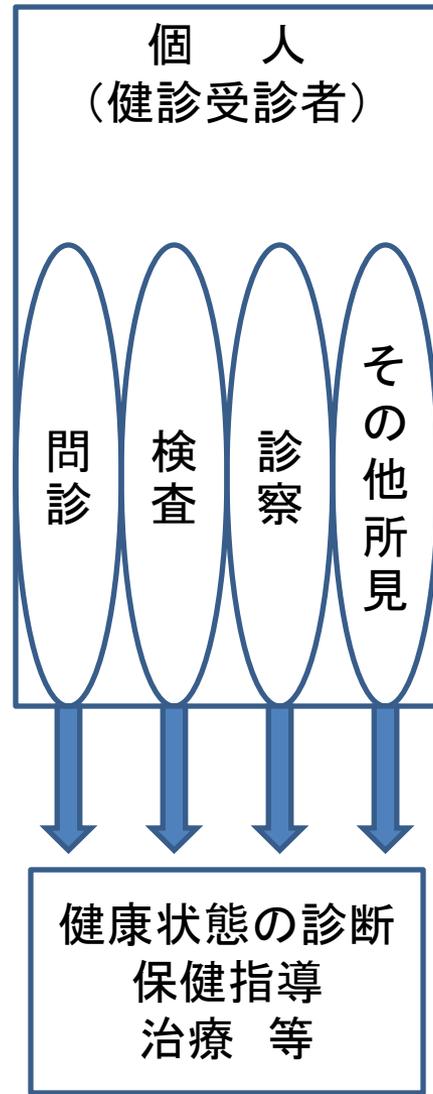
## 特定健診



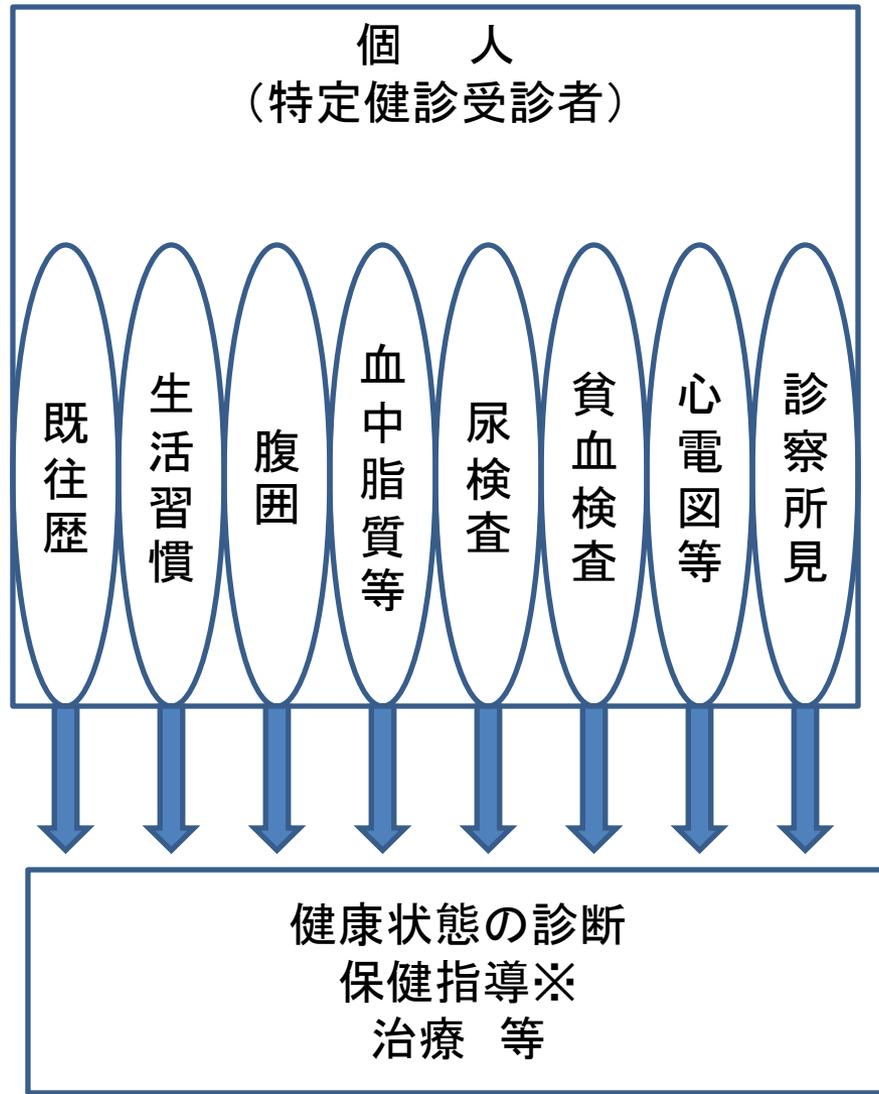
特定健診の場合は、疾病の有無ではなく、生活習慣病高リスク集団としてのメタボリックシンドロームを有する者の集団を、そのリスクの度合いに応じて段階的に抽出

特定健診の第一義は、「特定保健指導」の対象者を選別するためのスクリーニング行為である

## 一般的なヘルスチェックアップ



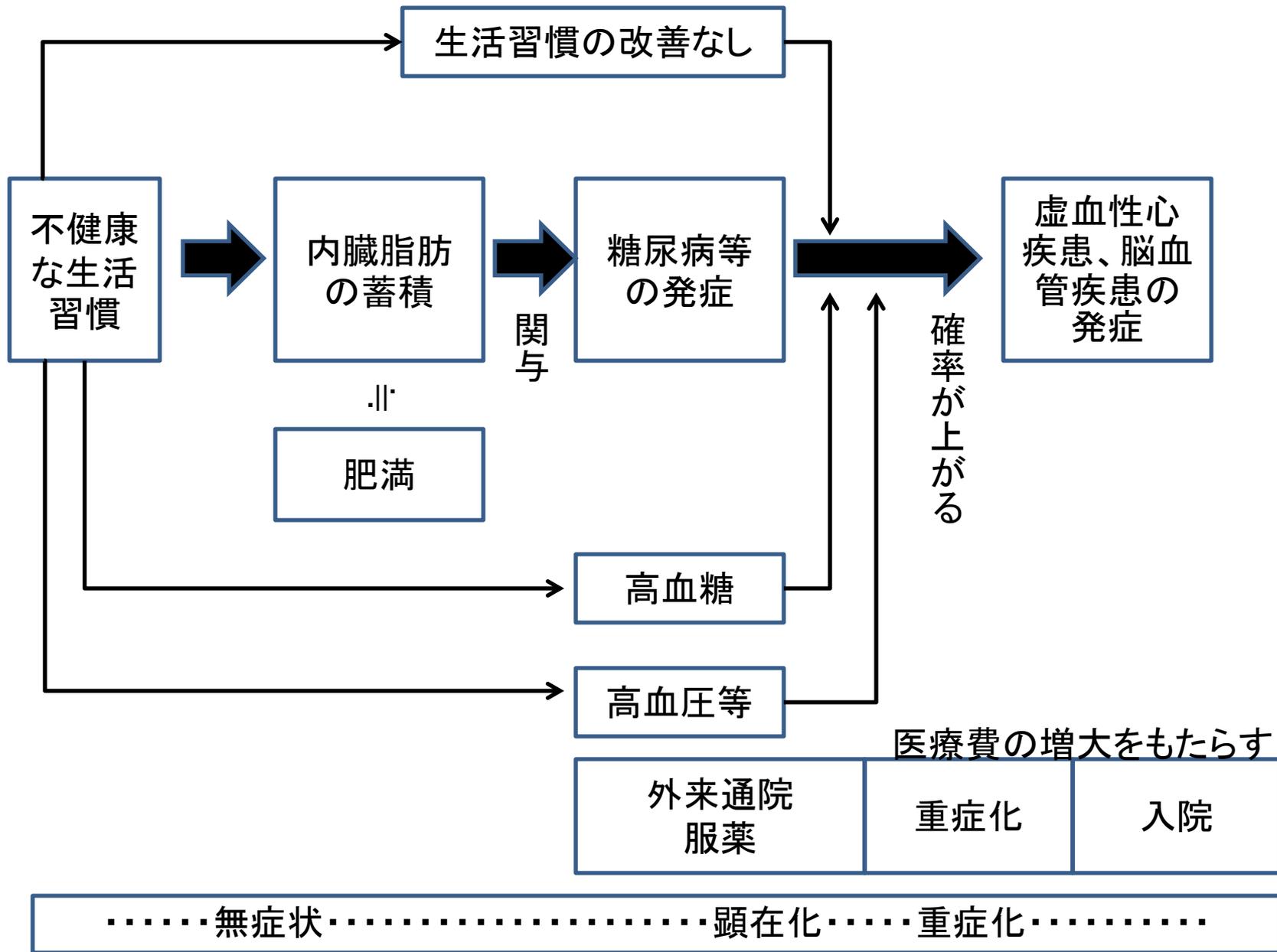
## 特定健診



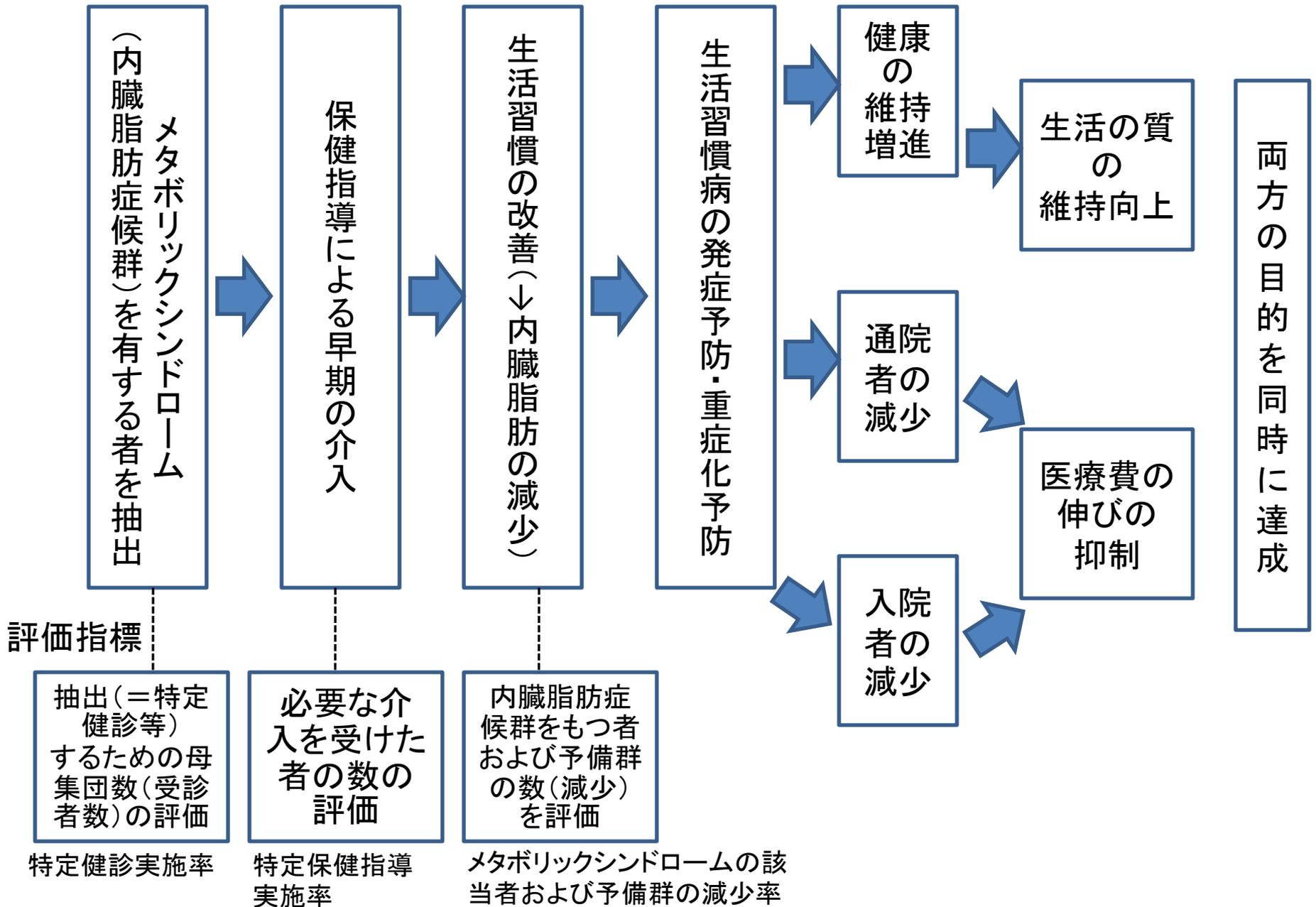
特定健診は個別の検査項目およびその組み合わせにおいて臨床診断的な検査としても使うことができる。個別の異常値や臨床上の問題に対して、保健指導や治療が行われる。健保本人では人間ドック的項目が追加されていることが多い。

※ 保険者は、制度上、特定保健指導の範囲外の保健指導も行いうる  
なお、保険者ではなく衛生部局が行う場合は個人情報保護上の配慮が必要である

特定健診はヘルスチェックアップとしても使うことができる、が、事業の主目的ではない



生活習慣病の発症・重症化(国の資料に基づいて作成)



特定健診・特定保健指導が目指しているもの(国の資料に基づいて作成)

メタボリックシンドロームがない状態

特定保健指導が  
カバーできる部分は  
ここだけ！  
あとはポピュレーション  
アプローチがカバーする

新規参入

リバウンド

メタボリックシンドロームからの解放

メタボリックシンドローム予備群

悪化

改善

メタボリックシンドローム

進行

進行し出すとほぼ一方通行

重大な生活習慣病

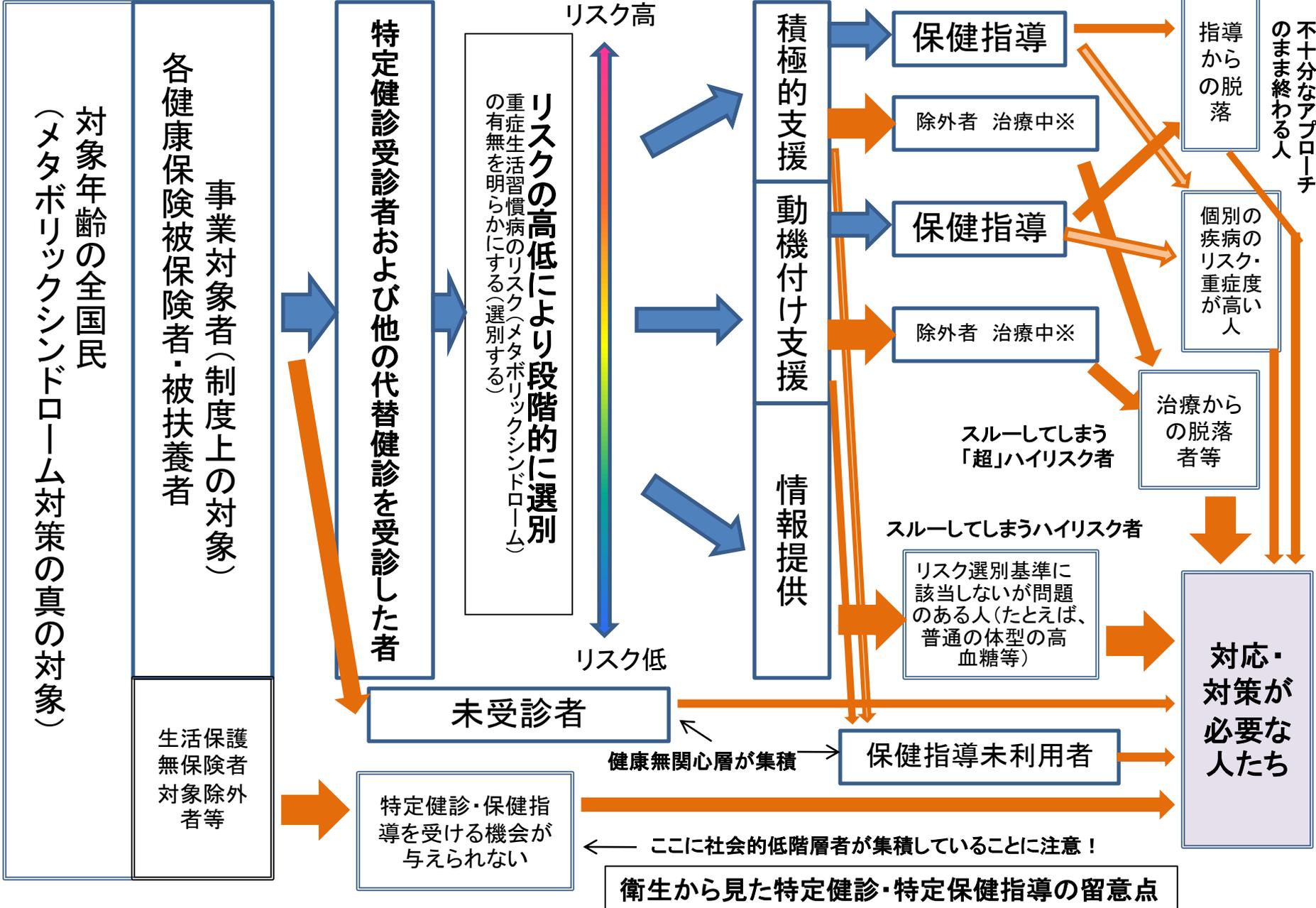
この「実数」を下げる  
ことが特定健診・特定保健  
指導の最も重要な役割  
である。メタボリックシ  
ンドロームから解放する  
だけでなく、リバウンド  
をくいとめることが特  
定保健指導に要求され  
る。同時にポピュレー  
ションアプローチにより  
「新規参入」を減少さ  
せることも必要。  
(新規参入はハイリス  
クアプローチではくい  
とめられない。リバウ  
ンドもポピュレーション  
アプローチの優劣が影  
響する)

ポピュレーションア  
プローチなくしてメ  
タボ減少は達成でき  
ない！

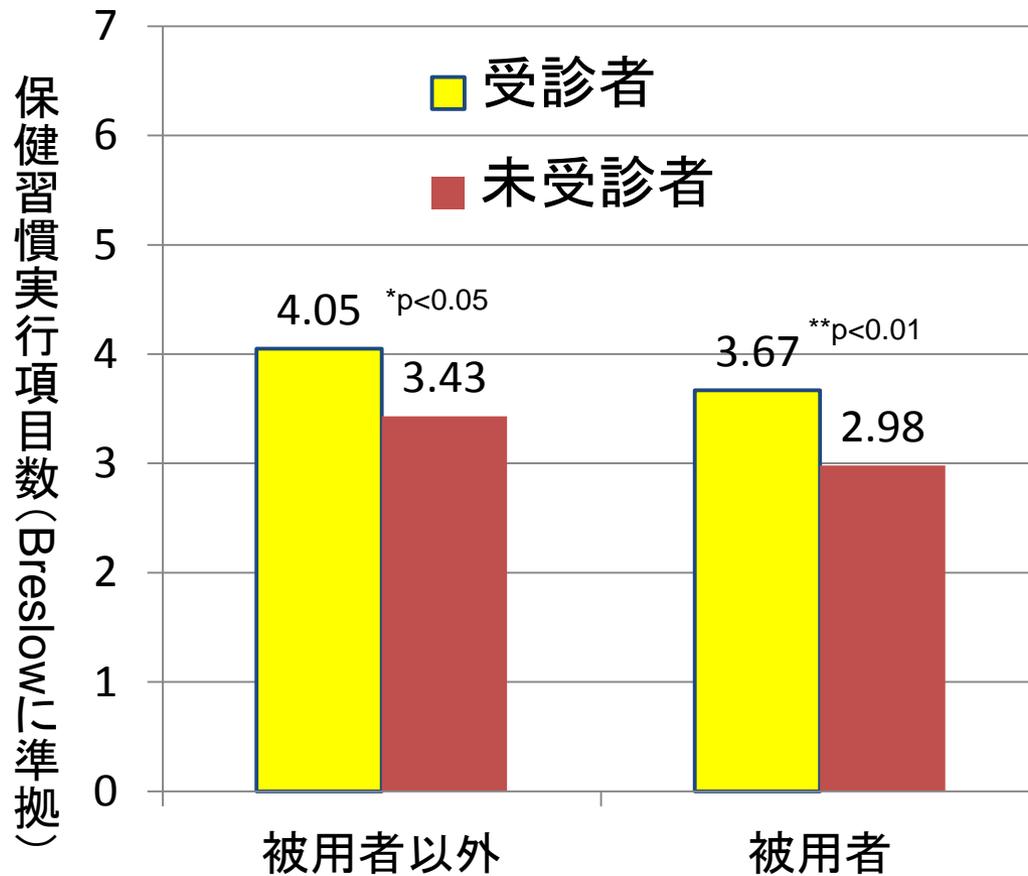
メタボリックシンドロームをもつ人を減少させるためには

# 特定健診

# 特定保健指導



# 健診未受診者には高リスク者が集積する



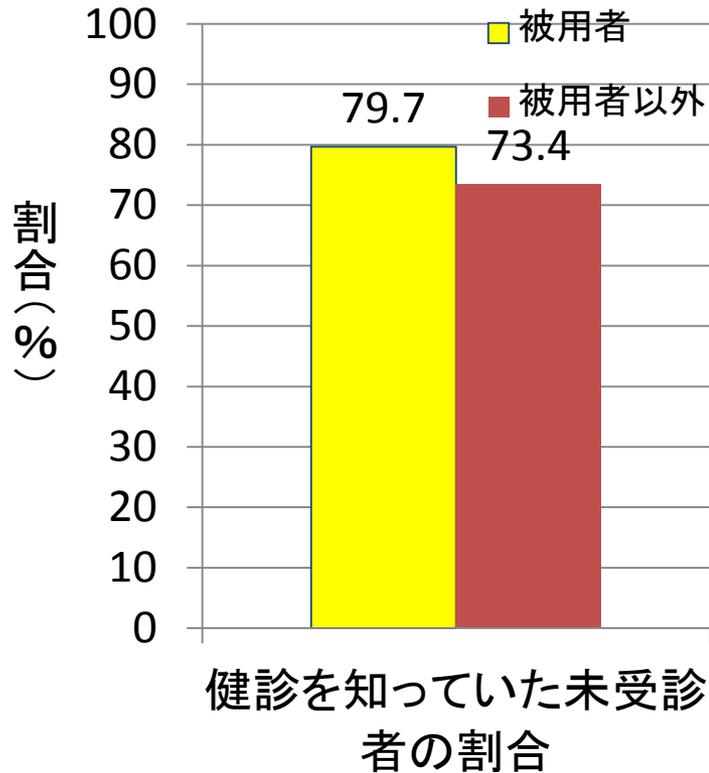
福永: 日本公衛誌45(8),693-703, 1998

本例は胸部エックス線検診での解析であるが、健診受診者は生活習慣が良好な傾向、未受診者は不良な傾向にある。図は20~59歳男性で見たものであるが、女性も同様の傾向にある。一連の研究において、60歳以上無職高齢者では、同様に健診(生活習慣病)受診者と一次予防保健行動(生活習慣改善や健康教育等の利用)は高い相関がある。このことから、特定健診においても受診者と未受診者には同様の傾向があると考えられ、未受診者には、何のアプローチも行わなければ「生活習慣が不良な者→将来生活習慣病に移行する者」が高い割合で含まれるであろう。なお、被用者以外と被用者の違い(被用者の方が点数が低い)は、被用者以外は自発的に受診することになるが、被用者では事業所において健診が提供されることが影響していると思われる。つまり、被用者は生活習慣の不良な人も網にかかるが、被用者以外では網にかからない(自発的受診のみの国保や被扶養者は大変だ!)

## 特定健診は、未受診者対策が重要だ！

未受診者対策の主体はポピュレーションアプローチだ

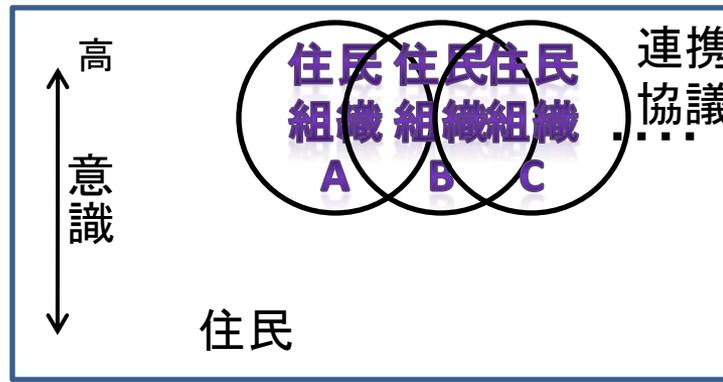
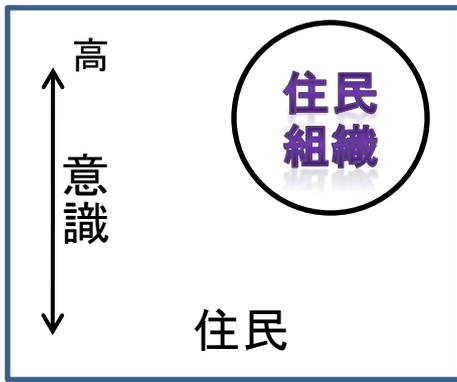
# 健診があることを7割は知っている(被用者以外) 主な未受診者理由は「健康だから不要」



先の調査結果で、健診を知っていた未受診者は7割台であり、主な未受診理由は「健康だから不要」「都合が悪い」がそれぞれ5割程度であり、「健診日程・場所がわからない」は1割程度、「交通手段がない」はごくわずかであった。被用者以外無職者(ほぼ、専業主婦)では、「健康だから不要」のみが大きな理由であった。なお当研究での分析では(未発表)、「都合が悪い」とした人で「夜間」「休日」の健診があればよいとする人の割合は高かったが、受診するか否かを聞いたところ受診するとした人の割合は低く、「都合をつける気がない」と言った方が適当である。従って健診機会をふやしたり受診勧奨をしても未受診者の多くは受診しない。健診機会をふやしたり受診勧奨をして効果があるのは「健診を受けてもいい」という気持ちがある意識の高い人たちである。このひとたちを受診に結びつける努力はもちろん必要であるが、未受診者層全体に占める割合は高くない。つまり、最終的には未受診者層全体の健康意識をあげることが重要であり、そのアプローチはポピュレーションアプローチしかないのである。

福永：日本公衛誌45(8),693-703, 1998

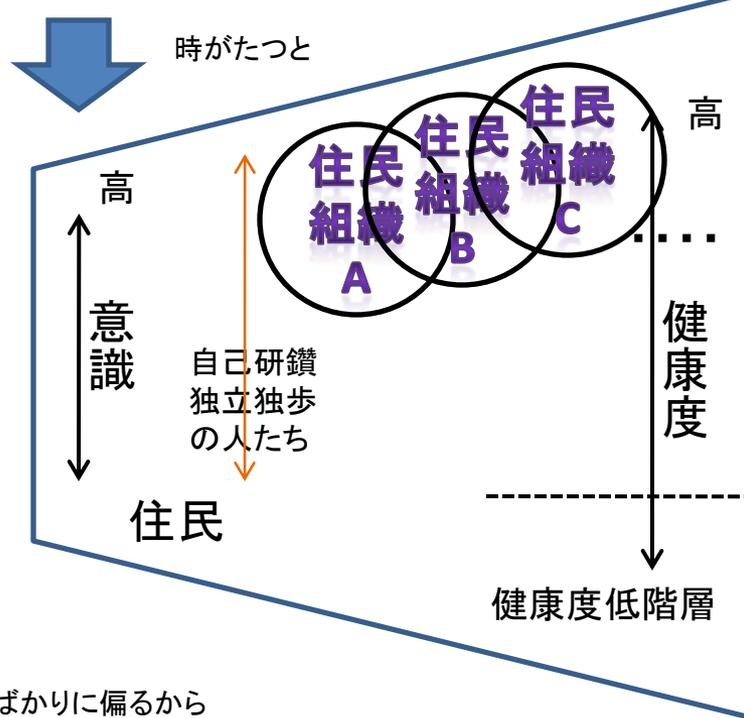
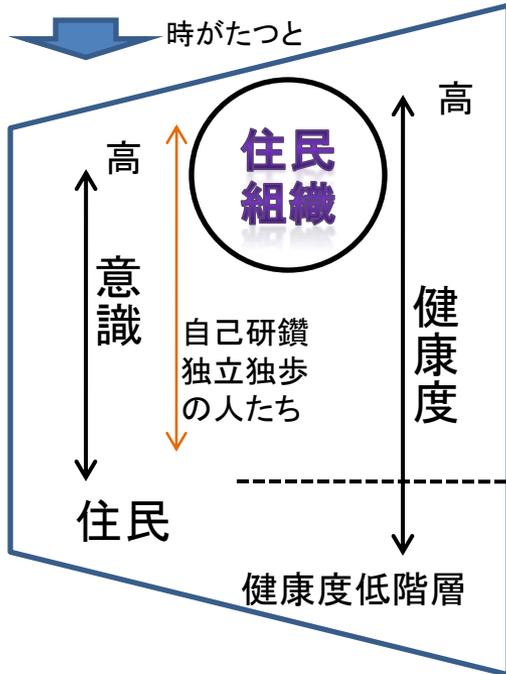
## ポピュレーションアプローチで 地域の健康意識水準を上げよう



連携、目的共有、協議会

住民組織の多くは健康意識の高い人を中心に構成される

住民組織が連帯して健康推進を行う構図



連携、目的共有、協議会は一部の元気な人たちのものとなる

住民組織育成イコール地域の健康水準を高めるにならない

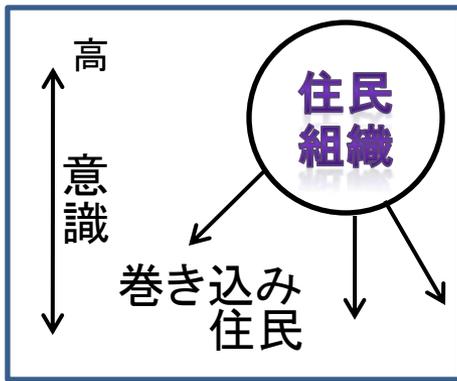
**健康度は二極化する**

ここが取り残されるここは公共責任の大きなウエイトを占めるはず要直接介入者群

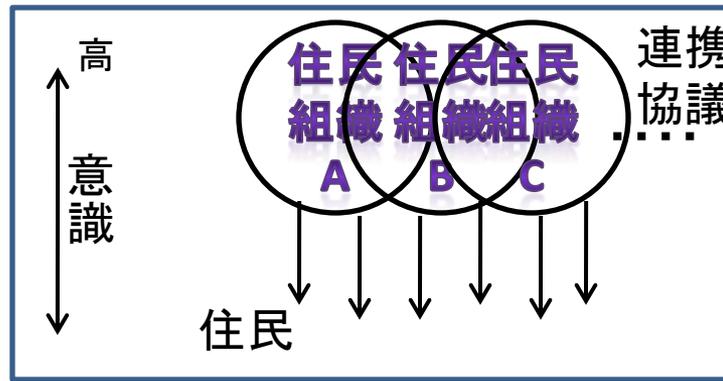
住民組織が広がりをもてないと健康意識の高い人ばかりに偏るから組織に参加する人≒健康意識の高い人→健康度の高い人  
組織と縁がない人⇨健康意識の低い人(意識は高いが「組まない」人もいるから)

もう一つの「ハイリスクアプローチ」

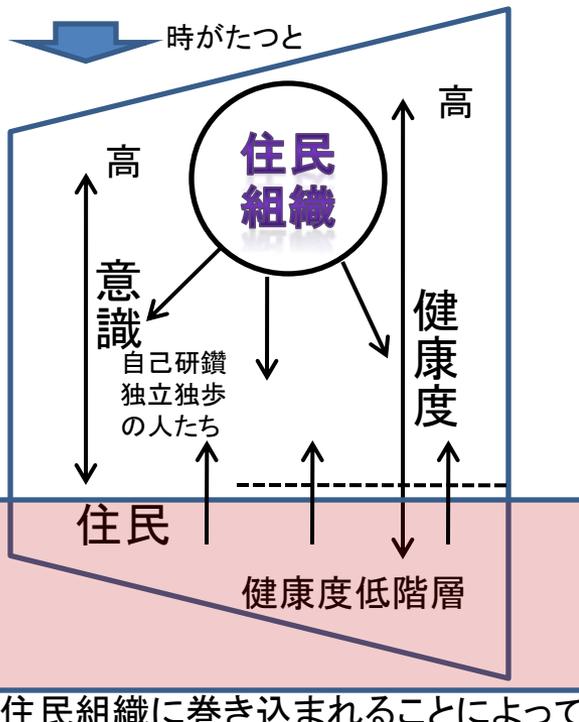
元気な人ばかりだけで住民が組織化され、メンテナンスしないと...



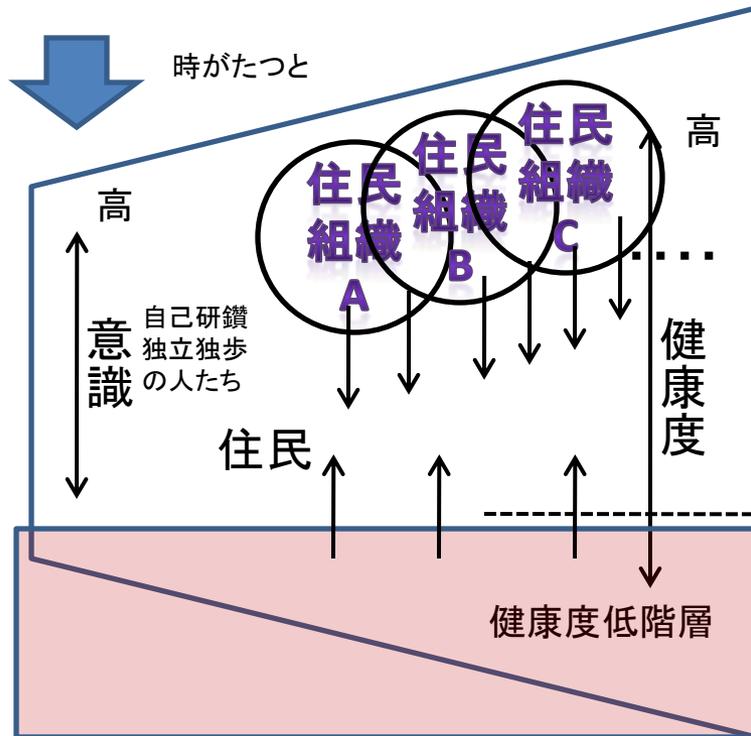
住民組織が、周囲の人たちを巻き込んでいく活動を意識してやっていく  
(能動的な参加を期待することは難しい)



住民組織の連帯はいろいろなチャンネルに有効になる



住民組織に巻き込まれることによって健康意識の水準は上がり、健康度低階層の住民の数は減る



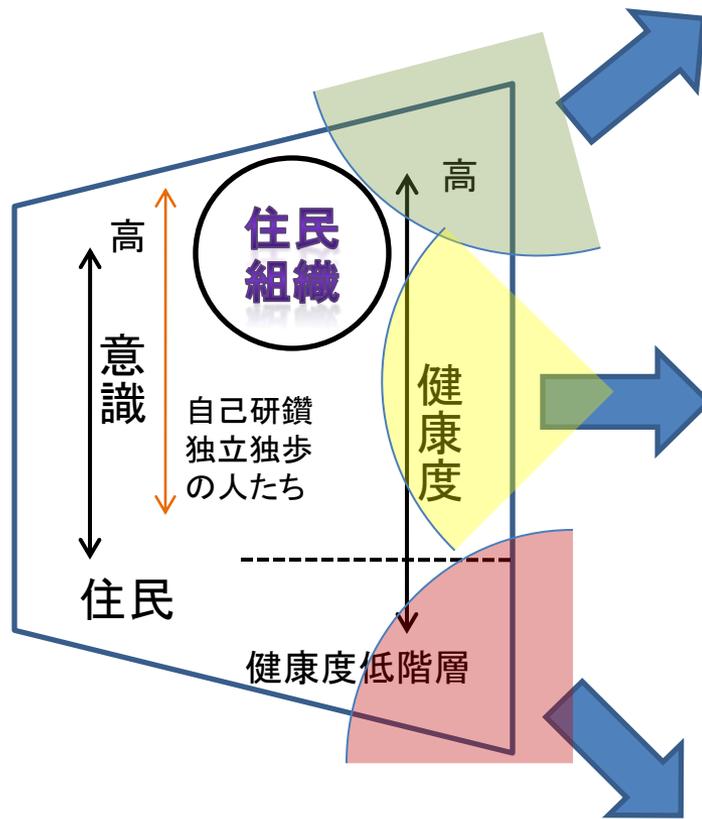
住民組織活動への住民の巻き込みは健康水準を上げる

連携、目的共有、協議会は地域への広がりを持つようになる

住民組織育成イコール地域の健康水準を高めるになる

健康度は一定水準以上になる

低階層者の数が減り行政が直接介入をする対象が減少する



・成り立ち:住民組織活動に参加している人と、「自己研鑽独立独歩の人たち」からなる

・行政との関係:意思が通じれば協力的。健全な距離が必要。独立系・行政監視型の人たちもいるが・・

・特定健診・特定保健指導:高受診、高利用、効果大が期待できる。おおむねサービス利用は公的であれ民間であれ積極的。

・必要な展開:①住民組織を連携させる(共有目的や共通課題必要)  
②周囲の人たちを巻き込んでいく。みんなの健康意識をあげる活動  
③健康度低階層の人たちへのアプローチをする組織が出てくると役割は大きくなる

成り立ち:多くは「普通の人たち」で、中には「一念発起」あるいは「つきあい」で住民組織活動に主体的に参加している人、「自己研鑽独立独歩の人たち」がいる。

行政との関係:普段無関心。どちらかという、潜在的に住民側が依存的では?

特定健診・特定保健指導:中受診、中利用、効果中。サービス利用は公的であれ民間であれ中程度か(いいサービスを上手に宣伝する)。利用の方へ誘導を行う。

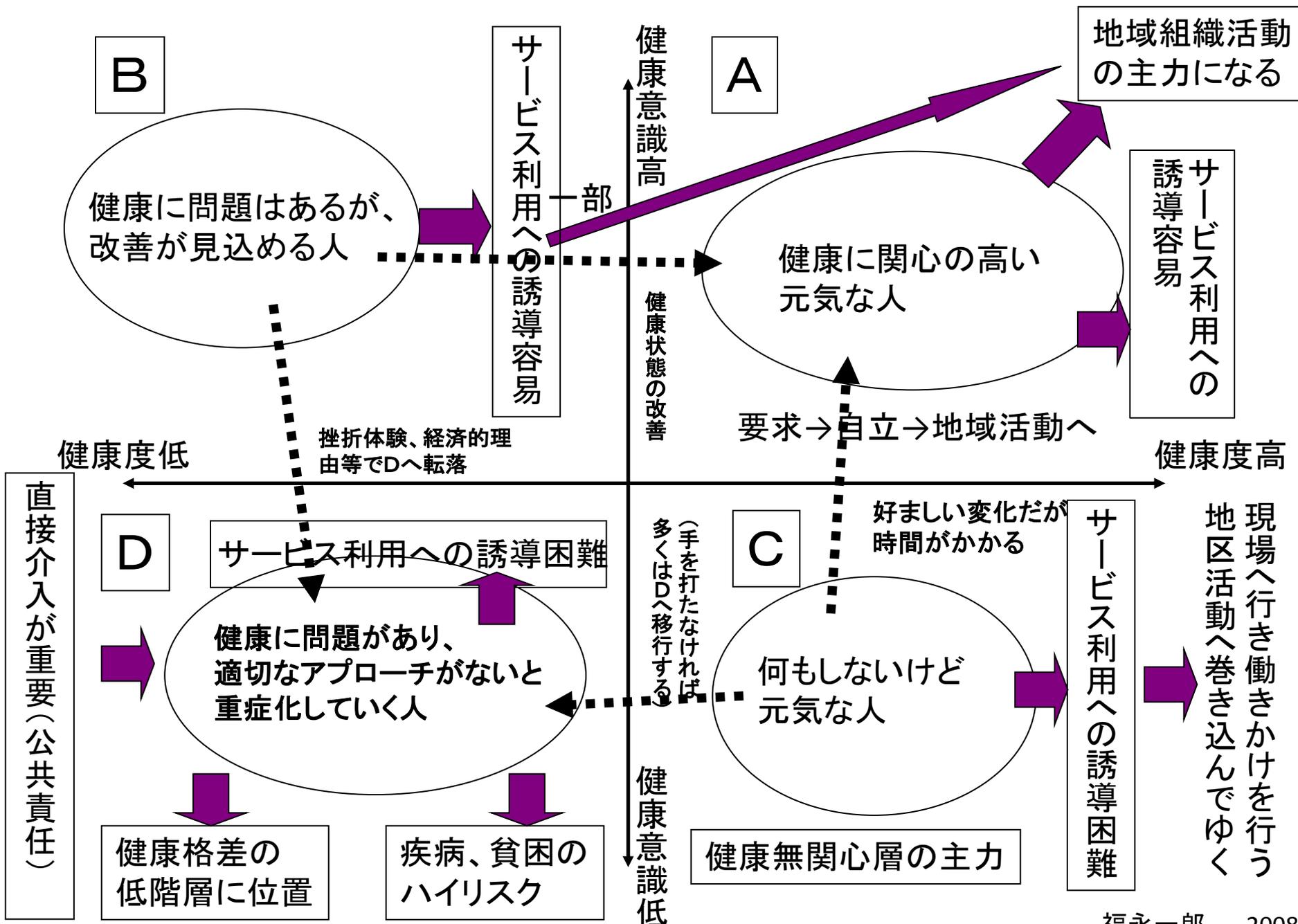
必要な展開:①住民組織がこの人たちを巻き込んでいく  
②魅力的な「サービス」で、健康に資する行動へ結びつける  
③健康度低階層へ脱落させない

成り立ち:多くは「普通の人たち」から低階層へ移行する。ただし、生活保護、低所得者(フリーター、失業者、その他)など社会格差の低階層で疾病を抱えると容易にこの層へ入る。住民組織活動とは縁がない。

行政との関係:普段無関心。具体的な健康問題が生じると依存的になる。

特定健診・特定保健指導:利用意識(必要性の認識など)が育っていないので、低受診、低利用、効果低。無保険者や生活保護は利用できない。サービス利用は予防的なものは低、医療や福祉は高となる。

必要な展開:①住民組織がこの人たちを巻き込んでいければよいが、難しい場合も多い。  
②直接接する専門職の役割大。接する接点をつくるのが大切。  
③健康の悪化を食い止め、出来ればこの状態から脱出させる。



健康度と健康意識から見た4つの分類(公衆衛生情報2008.6改変)

B

特定健診 実施率高  
特定保健指導

該当者数高、実施率高  
保健指導実施後のリバウンド低  
メタボ減少率 高

重症生活習慣病への移行者  
介入で低 無介入では高い

特定健診・特定保健指導へのコンプライアンスは高く、最も効果が上がる群

健康意識高

A

特定健診 実施率高  
特定保健指導

該当者数低、実施率高  
保健指導実施後のリバウンド低  
メタボ減少率 高

重症生活習慣病への移行者 最低  
特定健診へのコンプライアンスは高い  
が保健指導該当者は少ない

健康度高

D

特定健診 実施率低  
特定保健指導

該当者数高、実施率低  
保健指導実施後のリバウンド高  
メタボ減少率 低

重症生活習慣病への移行者 高  
生活保護、無保険者、非正規雇用・派遣等での保険者間異動者が集積  
・・・特定健診対象外！

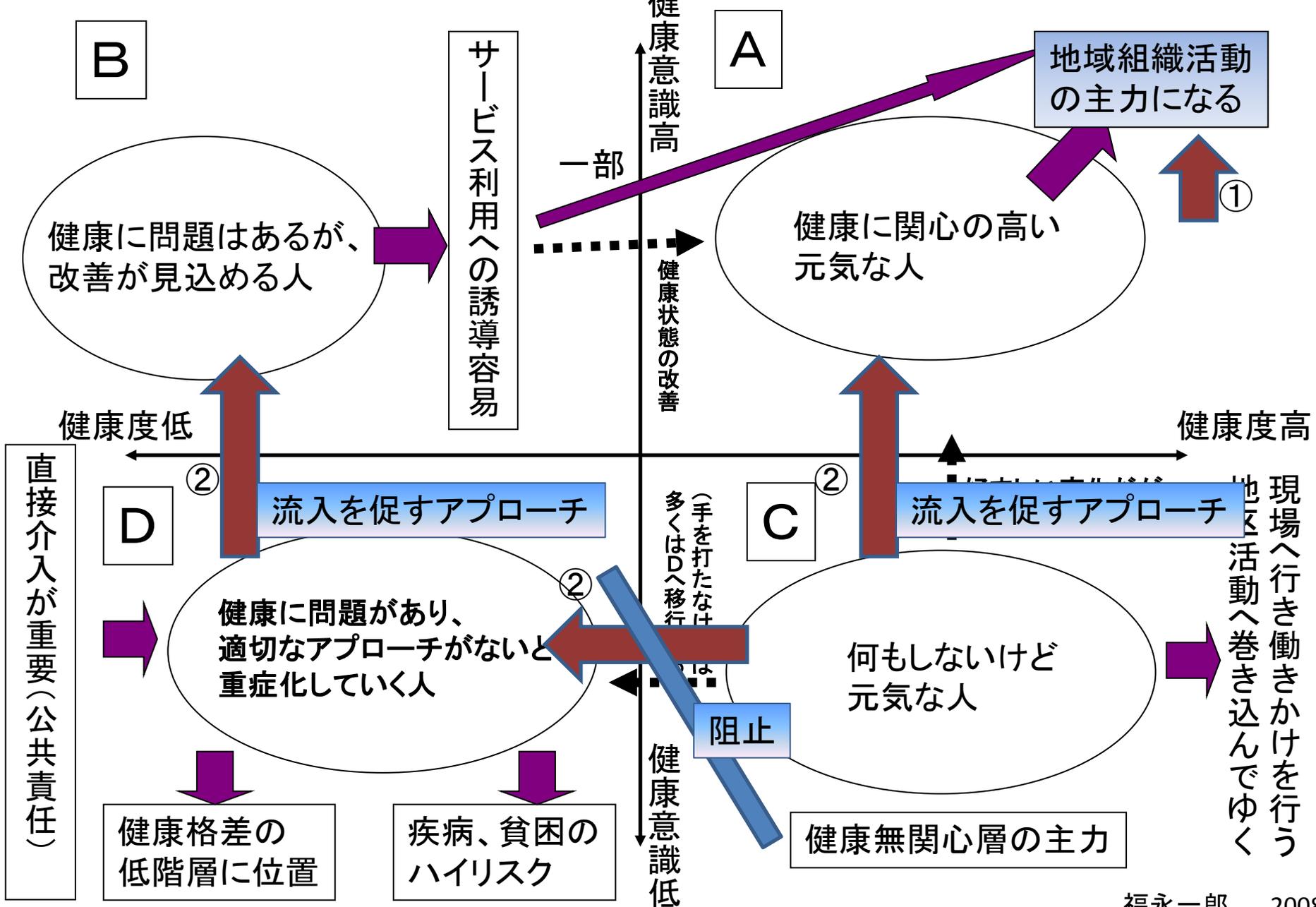
C

特定健診 実施率低  
特定保健指導

該当者数低、実施率低  
保健指導実施後のリバウンド高  
メタボ減少率 低

重症生活習慣病への移行者 やや高(次第にD群に移行するので)。特定健診・特定保健指導へのコンプライアンスは低い

各群の特定健診・特定保健指導上の特徴



福永一郎, 2008

ポピュレーションアプローチのねらうところは  
 ①地域の組織化(A,B主体)と ②C,DからA,Bへの流入促進とDへの移行阻止!

## 2. 政治的課題

小さな政府

自己責任、自己選択の  
保健福祉

自由化路線

社会保障

低負担低福祉

自己負担主体  
自由度最大  
最低限のセーフティー  
(低所得者等)

機会均等  
結果不平等  
是認

個人・  
自由

混合診療化で  
保険適応の縮減  
自由診療部分が増える  
保険診療は最低水準化か？

公的保険  
カバー範囲狭  
自己負担大  
自由度大

カバー範囲  
が狭くなってきている

後期高齢者医療  
の導入

公的保険  
カバー範囲広  
自己負担小  
自由度中

特定健診・  
特定保健  
指導の導入

介護  
保険

いずれは  
保険になる

高齢者  
福祉

医療

支援費に

税主体  
あまねく平等  
自己負担なし  
自由度小

予防

障害  
福祉

結果平等

公共・  
管理

公共政策  
優先路線

わが国の現状と方向

高負担高福祉

大きな政府

政府により管理された  
保健福祉

政治の方向性と保健福祉

# 医療制度改革による予防政策は

- ・「グローバリゼーション」と公共政策の間で、折衷した形で出来た政策である。結果的に「大きな政府」の政策になっている(官僚制は基本的に大きな政府)。
- ・日本が、今後、北欧型社会をめざすか米型社会をめざすかで方向が変わる。構造改革路線下で急速に米型社会を構築しつつあったが、小泉後の衆院、参院のねじれ現象や、公共政策優先政策主義者の麻生総理の誕生で揺り戻しが起こる可能性がある。
- ・特定健診・保健指導はその中で、自己責任を強調しながらも、「保険」という枠を使って、やや北欧型要素を残した(米型になれば公共財源での健診などは吹っ飛ぶ)。しかし水準維持、環境、エンパワメントという視点が欠けているから、公共政策としては、その部分を付加していかなければならない。→ポピュレーションアプローチ
- ・「地域」では国際政治の波にできるだけ振り回されずに、自治的な健康づくりをめざすことが必要。「公がカバーできる時代は」終わり、「自衛」の時代となり、地域では「住民の力」を蓄える時が来た。

# 日本型ヘルスプロモーションはどこへ

医療制度改革は構造改革路線の中での「大きな政府」政策である※

税負担小

汎地域主義、グローバリズム

資本主義的

民中心

小さな政府

成功者は幸せ

自分で守る

自由がなく責任はある  
一部の金持ちだけ幸せ  
公の都合良し  
あるいは財源なし

開発  
途上国型

ヘルスプロモーション  
以前の問題

自己責任大

小

アメリカ型  
ヘルスプロモーション？

管理的

自由度

小

構造改革、自由化路線

大

官僚制による行政運営

自由放任的

ローカリズム  
地域完結主義

北欧型  
ヘルスプロモーション？

公責任

ヘルスプロモーション  
は育たない  
「あり得ない形態」

民の都合良し  
みんな幸せ？  
財源潤沢

公中心  
大きな政府  
成功してもしなくても  
あまり変わらない

社会主義的

高度経済成長時代の幻想  
地域活動をスポイルする  
誤った権利意識の産物

自己責任小

税負担大

※ 日本の健康保険・介護保険の運営は行政による高度なコントロールを受けており、典型的な「大きな政府」政策。

## 低福祉低負担型

- ・ 最小限のサービスを提供し、それ以上は自己負担で行う。機会の公平を重視
- ・ 利用環境と社会資源を整備(運営は民間であることが多い)する
- ・ ポピュレーションアプローチを公的責任で行う
- ・ ハイリスクアプローチは自己負担で行う
- ・ 税等の負担は低負担であり、健康管理は個々に任されている

## 高福祉高負担型

- ・ 平等に均質化されたサービスを提供する。結果の公平を重視する。
- ・ 利用環境と社会資源を整備(運営は公である)する
- ・ ポピュレーションアプローチを公的責任で行う
- ・ ハイリスクアプローチも公的責任で行う
- ・ 税は非常に高負担であり、かつ政府による個々の健康管理(国民総背番号制で、個人の健康データは全て政府が掌握)が行き届いている

## 開発途上国型

- ・ サービスはないか、ごくわずかなサービスを提供し、それ以上は自己負担
- ・ 利用環境と社会資源を整備をする発想も余裕も財源もない
- ・ ポピュレーションアプローチを国際協力を得た公的責任で行う・・・かも
- ・ ハイリスクアプローチは自己負担で行う

# 日本がめざしている「低福祉低負担」

- ・ 最小限のサービスを提供し、それ以上は自己負担で行う

その方向へ行きつつある。「勝ち組」の圧力がかかっている

- ・ 利用環境と社会資源を整備（運営は民間であることが多い）する

弱い（下手すると開発途上国並みになる）

- ・ ポピュレーションアプローチを公的責任で行う

その方向を示しているが財源が十分担保されていない

- ・ ハイリスクアプローチは自己負担で行う

保険（公的財源）で行う。「大きな政府」政策

- ・ 税等の負担は低負担であり、健康管理は個々に任されている

すでに先進国トップレベルの低負担、健康管理もある程度してくれる

# 自己努力するための環境

- ① 公共がサービスとして無償あるいは低廉で提供する
- ② 地区組織や民間団体が無償あるいは低廉で提供する
- ③ 金で買う(選択できる＝競争、自由度がある)
- ④ 金で買う(独占的に提供される)
- ⑤ ほしくても手に入りにくい

自己努力と言われても、できることとできないことがある  
できるようにするのは公共責任である

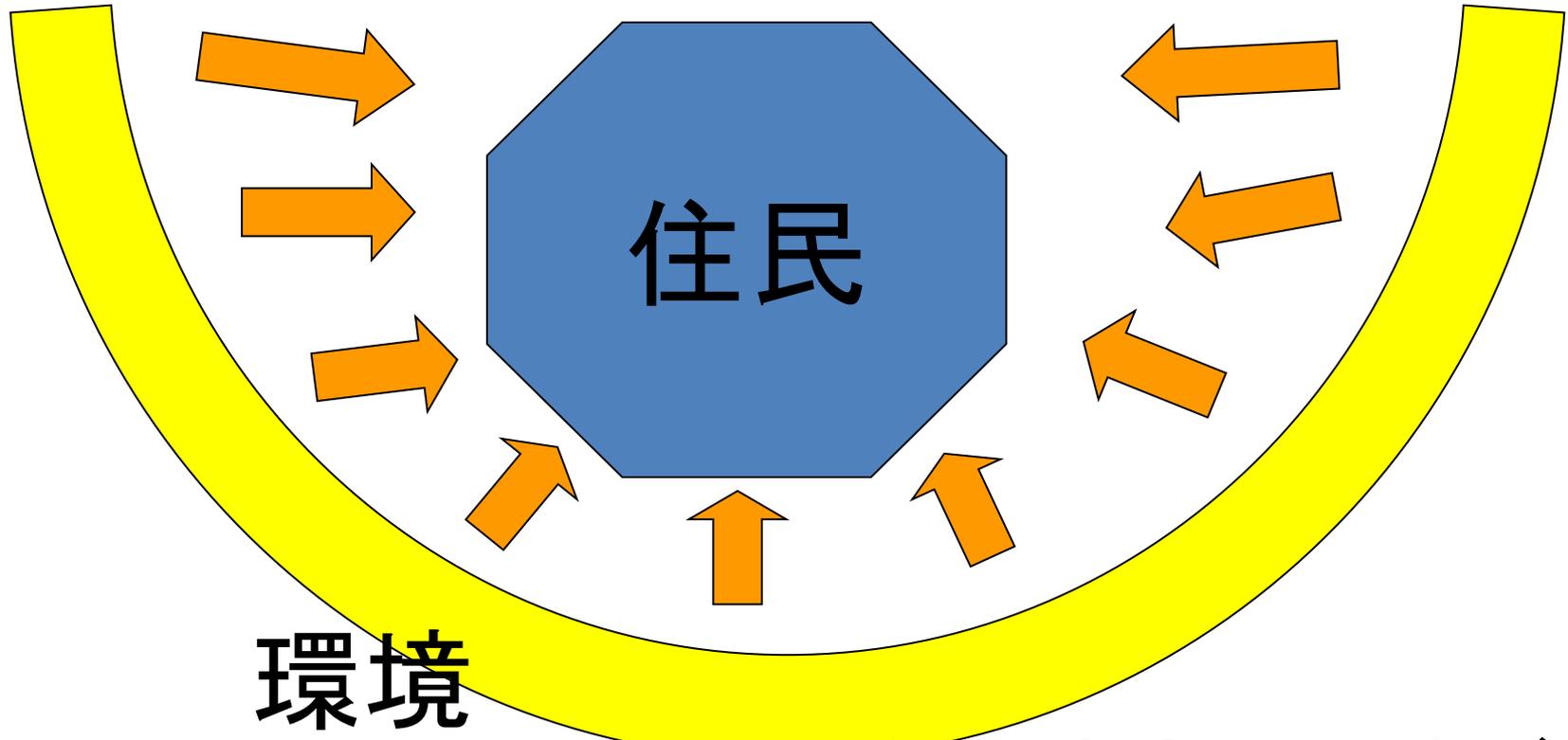
# 健康は義務ではなく権利である

- 医療制度改革によって、医療費の削減策という観点からメタボリックシンドローム対策が語られる傾向がある。
- 保険者にその対策の大部分が移管されることも拍車をかけている。保険はお金の論理で動く。
- 医療費は公共財なので、医療費をたくさん使うことは公共に迷惑をかける行為としてとらえられかねない。
- 健康であると、負担は払うが公共財を使わないので、「健康の義務化」という発想がそこから出てくる。
- しかしそれでいいのかどうかは一考を要する。もともと健康は権利であって、個人に属するものである。
- ただ、健康を守る環境は公共財で支え合っているという意識は必要である。

### 3. 今後の地方自治体の予防政策

住民自治に基づいた  
健康づくり

自分の選んだ行動が  
できる能力の向上

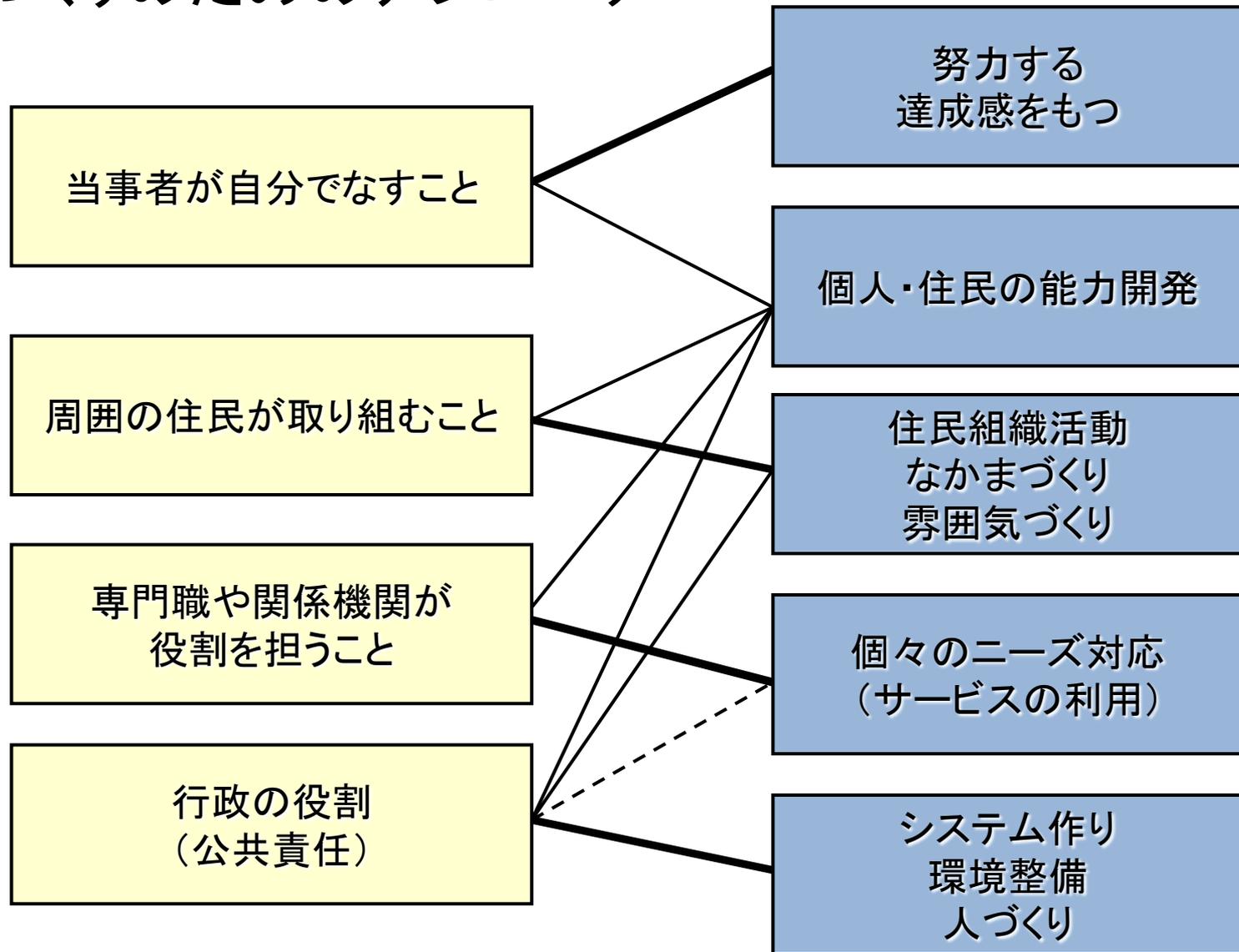


環境

行動を支持する環境づくり

ヘルスプロモーションによる健康推進

# 健康づくりのためのアプローチ



# 地方自治体が行うべき予防政策の基盤は

- ・地方自治体が、今後「大きな政府」として政策を続けることは困難である。「公が何かしてくれる」という住民の幻想は取り去られなければならないだろう。
- ・要点は2つある。一つは「住民の力」を蓄えることと、そのための整備である。もう一つは、健康水準の低階層を形成している人たちへの公共責任としての予防的アプローチである。
- ・「住民の力」を蓄えることは、究極的にはヘルスプロモーションで言う「健康を推進する能力を持たせる『エンパワーメント』」であり、そのためには基盤整備として住民の組織化が主体となる。もちろん、能力を発揮できるための「環境変容」も重要である。この2つは間接的アプローチではあるが、公共責任であって、行政が推進していかなければならない。地方自治体は広域化しており、小地区での活動や小単位の組織が連携して動くことが有効となる。健康水準の低階層の人たちの数を減らすのも、地域全体での意識水準を上げなければならない。
- ・一方で「公共責任としての予防的アプローチ」は、こまめに地区を観察しアンテナを立てておかないと出来ない。また、ある程度は行政による直接介入になる。このためにはやはり小地区での活動が必須である。先述のように地域活動への巻き込みも意図したい。
- ・予防に関する利用型サービス(健診、健康教育等)はエンパワメントされた個人なら容易にアクセスし利用するから、事業自体の実施はいずれ民へ移行すればよい。事業の評価は行政が行うべきである。現在は民が育っていない移行期である。
- ・今後の予防政策には、小地区単位でのプライマリな活動が外せない。予防行政は、事業主体から地区主体へ方向転換すべきである。

# 市町村自治体の持つべき役割

## 基礎自治体である

- 広域合併しても広域行政ではない。地区に根ざした基礎的な活動を維持する必要がある。……地区活動の強化

現場へ行こう

## 適切な政策を提示し実施する

- 単なる与えられた業務の執行ではなく、政策として住民に提示し実行、評価する……政策立案機能の強化



政策(保健計画)をつくろう

# 行政の技術系職員は何をすべきか

## (行政の技術職に何をしてほしいか)

- 日本の行政は国も地方も官僚制に基づいている。官僚制は自律的なシステムであるので、外からの提言は必要。
- 官僚制はボトムアップと応分責任論(ライン担当者への責任分散)で成り立つ。応分責任があるから、事業を担当する技術職にもそれだけの裁量がある。その裁量はフルに活用すべきである。もちろん責任もあるので、自分の「思いつき」で事業をつくったりつぶしたり、自分の「手の届く範囲」だけで事業を完結させる、というのはあまり感心できない(が、後者は「そうせざるを得ない現状にある」自治体も多いようである。それは、地方自治行政の中で、保健福祉が政策部門ではなく「執行部門」ととらえられているからである)。
- 技術系職員の存在価値の源泉を、公衆衛生学的な専門性に求めるか、個別の臨床的技術に求めるか。後者に寄りかかりすぎると「公務員である必要」がなくなる時代である(執行だけなら、役所の中には「指図する人間」がいればよい。それが「技術職ではなくても出来る」と言われてしまうと立場は苦しくなる)。
- 官僚制ではラインと文書主義、事業には法(制度)と予算の裏付けが必要であるので、この点を踏まえて、地域に必要なことをきちんと事業化できる能力が必要となる。つまり、「執行部門」からの脱却が求められ、そのための能力を持つ必要がある。

行政でしかできないことをしてほしい