

27年度は施設・設備のさらなる充実化を図ります。
予防にシフトした、満足度の高い、
信頼される健診機関をめざします。
変わらぬご支援、ご協力をお願いいたします。



一般財団法人日本健康増進財団

代表理事

三木 一正

本誌読者の皆様には、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

本年度は、(株)日立ソリューションズ健康管理統括センター長の辻正弘先生に「産業医からのメッセージ」として「職場での健康管理」を、自治医科大学臨床検査医学(兼)公衆衛生学准教授の小谷和彦先生には「健診は有効か?」と題してお書きいただきます。皆様の健康管理あるいは保健事業に、少しでもお役に立てば幸いと存じます。

また、当法人の基幹事業である健康管理事業では、多くの方々にご採用いただき、この場を借りて御礼申し上げます。本年度は当法人ビルの2階・3階をリフォームし、上部消化管内視鏡検査室を新たに設け、最新のレーザー・デジタル内視鏡を設置致しました。日本内視鏡学会認定専門医によつ

Contents

● 新年度のご挨拶…………… 2

● 産業医からのメッセージ…………… 4

第1回「職場の健康管理」

㈱日立ソリューションズ健康管理統括センタ長

辻 正弘



● 大人のこだわり充実ライフ…………… 8

俳句と川柳

● シリーズ・健診について考える…………… 10

第1回 健診は「有効」か？



自治医科大学医学部 臨床検査医学
(兼) 公衆衛生学 准教授

小谷 和彦

● 財団 News ニュース…………… 14

当財団の「特定保健指導」の
結果をご報告します

特定健診・特定保健指導は、健診受診率向上の必要性はもちろんですが、特定保健指導実施率の向上や、指導の中途離脱の防止、生活習慣の改善率のアップなどもカギとなります。このほどまとまった当財団の2013年度特定保健指導の実施結果では、半数の受診者が階層化の改善を実現し、離脱者は1名という良好な結果となりました。

本誌で掲載してほしい健康に関わるテーマ、
当財団へのご要望などございましたら、
メール、FAX 等にてお寄せいただければ幸いです。

一般財団法人 日本健康増進財団

○ 発行人 三木一正

○ 編集委員 鈴木賢二／森崎伊久磨／森 誠
森山博美／柘田喜文／阿部 悟
岡本庸子

● 住 所 〒150-0013
東京都渋谷区恵比寿一丁目24番4号
恵比寿ハートビル

● T E L 03-5420-8011 (代表)

● F A X 03-5420-8039

● E - M a i l jhpf@e-kenkou21.or.jp

※本誌の全部もしくは一部の無断転載や複製を禁じます。

てこれを行い、その後の受け皿も大病院等を準備致しております。さらに、人間ドックを2階・3階から切り離して4階に新設し、優しく癒される空間を演出しております。それに携わるスタッフ全員が医療現場での接遇研修を修めた職員でございます。ぜひ一度お受けいただければ、そのよさがご理解いただけるものと存じます。

一方、健診機関としての品質・サービスの一層の向上を図り、働く人たちの健康維持・増進に貢献してまいりたいと存じます。今後も予防医学に大きくシフトさせた、満足度の高い、信頼される健診機関として、役職員一同、気概を新たに取り組んでまいりますので、変わらぬご支援、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

第1回

「職場の健康管理」

— (株)日立ソリューションズ健康管理統括センタ長 辻 正弘



1 はじめに

私は内科医であつて精神科医ではありませんが、産業医の職務を全うするうえで否が応でもメンタル不調者と関わらざるをえなくなり、良識ある大人として接することを心がけてきました。メンタル不調者が突出して多い情報通信業を現代日本社会における一つの典型として取り上げることにより、メンタル不調で苦しんでいる当の本人や家族、上司といった周囲の方々の一助になればと思っています。

情報通信業で特に目立つ疾患として①肥満、②メンタル不調、③高血圧、④糖尿病、⑤結核があります。肥満、高血圧、糖尿病には生活習慣病として関連がありそうです。その他はまったく関連がないように思えますがどうでしょう。メンタル不調を中心に、これらの疾患に共通の原因を探っていくというのがこの論考の目指すものです。

2003年10月から情報通信業で専任の産業医として活動を始めるまでは、メンタル問題がこんなに深刻なことになっているとは夢にも思いませんでした。今でも鮮明に覚えています。産業界として入社して一週間もしない頃に、ある保健師に「先生、メンタル不調の社員の面談をお願いしまーす」と呼ばれました。覚



(株)日立ソリューションズ健康管理統括センタ長

辻 正弘 (つじ まさひろ)

profile

医師・医学博士・労働衛生コンサルタント。

京都大学理学部(数学科)、経済学部(経済学科)卒業後サラリーマンを経て、東京大学理科III類入学。1988年同医学部医学科卒業後、東大病院での研修を経て第一内科入局。病院勤務を経て東京大学医学系大学院博士課程卒業後、同大学院ならびに医学部助手を経て、2003年より日立ソフト健康管理統括センタ長[合併により2011年度より日立ソリューションズ健康管理統括センタ長]。2004年より3年間東京大学保健センター非常勤講師兼務。専門は消化器内科(内視鏡)。

悟はしていたものの、こんなにも早くメンタル不調者と面談することになるとは夢にも思っていなかったのだ、途方に暮れたことをよく覚えています。

明らかに辛そうで、「どういうことでお困りですか」と聞いても「心身の調子はいかがですか」と聞いても「沈黙の時間が異様に長く感じていると、最後に「死にたいです」とぼつんと一言、面談部屋の密室の中で言われたときには本当に衝撃を受けました。その後何年かして長時間残業健診で再び同じ社員と面談することになり、当時の私の正直な気持ちを伝えたところ、「あの時は確かに少しおかしかったです。今は本当にそう思えますし、もう大丈夫です。実はあの後復職してから朝が辛くなって出社できなくなりそうになったことがあったのですが、ここで休んでしまったら同じことを繰り返して人生が終わってしまうと思い、本当に辛かったけど頑張つて働き続けました。今はもう大丈夫です、たまに辛い時はありますけどね」と笑いながら語ってくれたことをよく覚えています。

ところが最近、こうしたケースとは全く違った病気、もしくは病気ですらないと思えるようなメンタル不調者が、「うつ病」という診断書を持ってくるケースが増えています。こうしたケースが目立つようになったの

は2006年頃からだだったと思いますが、今でこそこうしたケースに対しては「うつ状態」という診断名が増えましたが、当時は診断名も「うつ病」というものばかりで、産業医として違和感が強く、困惑したことを覚えています。当時のある学会で、ある産業医の方が「精神科医は何でもかんでもうつ病と診断するが、メランコリー親和型うつ病(注1)なんて、今やシーラカンスのような絶滅危惧種ではないか」と発言されて、拍手喝采を浴びておられたことを思い出します。

注1 メランコリー親和型うつ病

まじめで責任感が強い努力家が、頑張りすぎてなるうつ病と一般には言われています。これだとうつ病は日本人の理想とする賞賛すべき人間がなる病気で、うつ病にならないためには、まじめでない方がよい、仕事において責任を感じないでよい、努力しないでよい、頑張らないでよいという話になってしまいます。こんなおかしな話はなく、勉強でもスポーツでも仕事でも一生懸命頑張つて努力して自分なりの課題を克服していくところに、本当の楽しさや喜びがあるのであって、頑張りもしなければ努力もしない人には決してこの楽しさや喜びは味わえないと思います。

まじめで責任感の強い努力家が頑張るのは決して悪いことはありません。メランコリー親和型うつ病になりやすいと言われる人の性格(メランコリー親和型性格)の病的側面は、二重否定で表現す

ると分かりやすくなると言われていません。まじめでないことができず、責任感を感じないでよいことにも責任を感じてしまふ、努力しないではいられない人が、頑張らないでよいことにも頑張つてしまつて自分を追い詰めてうつ病になってしまふということになります。すべてにおいて「過剰」なのです。まじめで、責任感が強く、努力家で、頑張る人でメランコリー親和型性格でない人はいくらでもいます。

ここではメランコリー親和型性格を提唱したドイツの精神科医の Tellenbach 自身がメランコリー親和型性格をネガティブに捉えていたことを指摘しておきたいと思えます。職場で何回もうつ病を繰り返す人には、このような二重否定で表現すると分かりやすい人が多い印象です。うつ病については後の稿で詳しく触れる予定です。

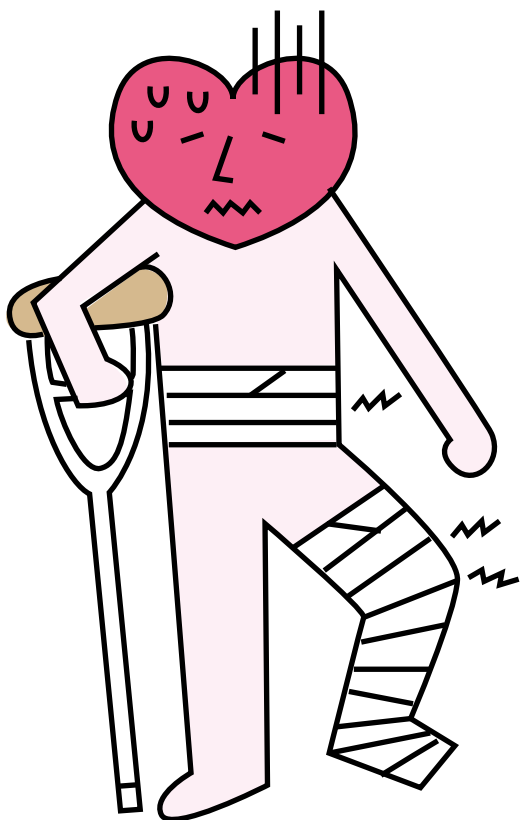
2 何をもちて

「メンタル不調」とするか

「うつ病」の診断にDSM-IV(注2)が用いられるようになり、古くからあるうつ病とはかけ離れた「うつ病」があふれ返ることになりました。

ちょうどこの頃SSRI、SNRIといった新しい抗うつ薬が次々と発売されるようになり、製薬会社による「うつ病は心の風邪」というキャンペーンと相俟つて、うつ病は誰でもが罹患する病気であり、薬で

治るというイメージが拡がるとともに、人に知られたくない隠しておきたい病気からポピュラーな病気へと変わっていききました。うつ病は心の風邪などと言われたりしていますが、そんななまやさしいものではありません。確かに誰でもなりうる病気という意味では風邪と同じですが、対処を誤ると社会人としての一生を棒に振りかねない恐ろしいものです。私の印象では「心の骨折」、それも慢性的なストレス負荷による「心の慢性疲労骨折」という印象です。また、再発の多さからは「悪性の心のぎっくり腰」というイメージです。



DSM-IVというのはアメリカ精神医学会が作った精神疾患のマニュアルで、多軸診断と操作的診断法と言われるものが取り入れられています。多軸診断とは、いくつかの観点(軸)からチェックしていくことにより診断するものです。I軸は「症状の観点」から(注3)、II軸は「性格の観点」から……というように、いくつかの観点から検討を加えて診断します。また、操作的診断法とは、マニュアルの手順に従ってチェックしていくことにより、半ば自動的に診断にたどり着くという診断法のことです。精神障害の病名というものは、うつ病の診断一つ取ってしても、少し誇張して言えば、精神科医の数だけ診断名があるような状況で、うつ病が増えているかどうかといった統計データすら集めることが困難な状況でした。そのため、こうした診断法が登場してくる必然性があったのですが、DSM-IVは公衆衛生の

分野で統計を取るために活用するものであって、これを病気治療に対して用いるのは無理があると思います。だからこそ、DSM-IVのI軸診断が「うつ状態」の診断にすぎないにもかかわらず、DSM-IVのつまみ喰いともいえるようなI軸の9項目のみでの診断が横行し、古くからあるうつ病とはかけ離れた「うつ病」患者が溢れ返ることになったのだと思います(注4)。DSM-IVはI軸のみではなくII軸診断(「性格」)も非常に重要だと思っています。

「新型うつ」と呼ばれる若い人に多い「うつ病」は、生活、性格の問題からくる職場不応としての「うつ状態」が多いからです。この人たちは薬が効かないことが多く、薬の量が少ないから効かないと判断され、大量の抗うつ剤が処方されることもあります。薬を減らす時に離脱症状が出ることも少なくないため、薬を始めるとなかなか薬を減らせないとこの現実もあります。病気の症状か、薬の副作用かの区別がつかなくなることも多く、抗うつ剤を中止するとうつ病の症状が軽くなるとして、NHKでも番組に取り上げられています(注5)。この論考でもさまざまに本や報告からデータを引用しますが、どういう意味合いで「メンタル不調による休職」、「メンタル不調者の増加」といった言葉が用いられているかは微妙に異なり、詳しいこと

はそれぞれの原著に当たって頂ければと考えています。大まかに言って、「メンタル」は「非身体疾患」の意味合いで用いられていると考えてよいと思います。うつ病概念の混乱を踏まえ、職場で問題になる非身体疾患という観点から、「非身体疾患によりDSM-IVの気分障害の9項目のうち基本項目を含む5項目以上の症状が2週間以上にわたって続き、就労に障害を生じている状態」をメンタル不調とするのがよいと私自身は考えています。

注2
DSM-IV「精神疾患の診断・統計マニュアル」、アメリカ精神医学会

注3
DSM-IV【I軸診断】
● 大うつ病性障害「DSM-IV(精神疾患の診断・統計マニュアル、米国精神医学会)」9項目のうち、基本症状一つ以上を含む5項目以上が2週間以上続く。

1. 抑うつ気分
2. 興味または喜びの消失
3. 食欲の減退または増加、体重の減少あるいは増加
4. 睡眠障害(不眠または睡眠過多)
5. 精神運動の障害(強い焦燥感または運動の制止)
6. 疲れやすさまたは気力の減退
7. 過剰(不適切)な自責感または無価値感
8. 思考力や集中力の低下または決断困難
9. 死への思い

注4

I軸の9項目のチェックのみによつてうつ病の診断を付けることのおかしさは次の例によつても明らかです。毎日2週間以上浴びるように酒を昼夜問わず飲み続けられ、当然①抑うつ気分が強くなり、③食欲の減退、④睡眠障害、⑥疲れやすさ・気力の減退が生じ、⑧思考力や集中力の低下が起こります。基本症状を含む5項目以上が2週間以上に亘って持続し、うつ病と診断されることになりません。ただし、DSM-IVをきっちり読めばこうした例は除外することになります。また、「これこれの症状が2週間以上持続するのでうつ病と思いますので3カ月の休養を要する」という診断書を書いてもらえませんか」という方に出会ったこともあります。精神神経学会誌で「うつ病の診断に精神科医は必要か」という記事が掲載されていたこともありました。安易な診断モドキがはびこっていることに、心を痛めておられる精神科医も多いのだと思います。

3

情報通信業にはメンタル不調者が多い

最近明らかに日本社会で気分障害を中心とするメンタル不調者が増え、ており、「新型うつ」と呼ばれる「うつ病」がNHK番組で取り上げられるようになってきました(注5)。こうした日本の状況のなか、情報通信業は特に「うつ病」者が多いことです。厚生労働省の調査(「労働者健康状況調査 2007」)では、メンタル不

調者の割合は日本の全産業の平均で0.4%、情報通信業で2%とされています。日本の平均の5倍という多さです(図)。

この5倍もメンタル不調者が多いという事実をどう理解するかが問題です。単純に考えれば情報通信業のサラリーマンは心が弱く5倍も打たれ弱いということになります。本当にそうでしょうか。確かにユニークな社員が目立つという印象はありますが、メンタル面で撃たれ弱いとは限りません。

では、情報通信業は5倍の仕事が苛酷なのでしょうか。確かに金融や公関係の大きなシステムを作る時にトラブルが発生すると、月100時間以上の長時間残業が続くという特殊性はありますが、もつと厳しい業界はいくらでもあります。例えば、内科医の世界でも医師になって3年間ほどは毎月の残業時間が200時間近いということがいくらでもありました。でも、情報通信業ほどメンタル不調者は出ません。

情報通信業を取り巻く慢性的なストレス要因として、長時間労働、あまりに急激な技術革新、この業界で生き残っていかねるかという将来への漠然とした不安、プロジェクト制によるライン上司とプロジェクト上司の不一致、ますます短くなる納期、それに追われるプレッシャーなどが思いつきます。それぞれもつともな

もので、その通りです。しかし、こうしたことは現在の日本の企業社会では普通に見られることで、それがために日本でメンタル不調者が増えているのでしょうか、日本の他の一般的な業界よりも5倍も多いという事実を説明できるとはとても思えません。この事実をどのように理解するかが大きな問題で、読者の皆さん

と一緒に考えていけたらと思っています。

注5

「職場を襲う新型うつ」、NHK取材班「編著」、2013年4月15日 第一刷発行、(株)文藝春秋

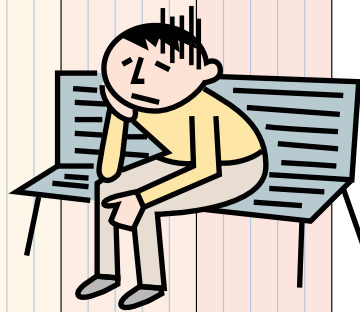
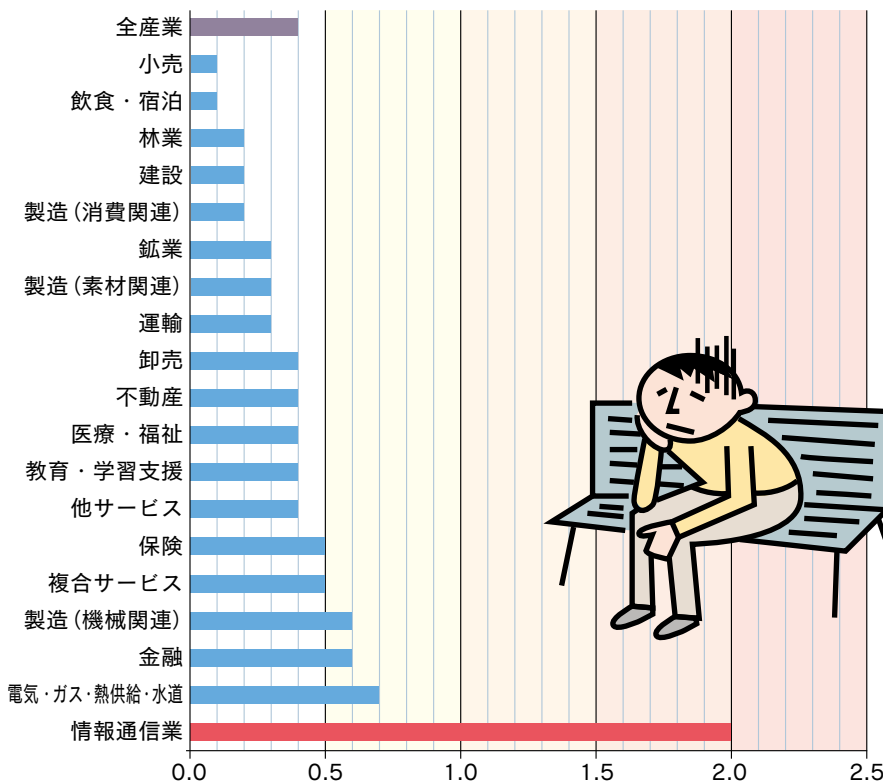


図 業種別・メンタルヘルス上の理由による長期休職・退職者の割合

(出典) 厚生労働省「労働者健康状況調査(2007年)」



過去1年間において業種別・メンタルヘルス上の理由により連続1ヶ月以上休業または退職した労働者数割合(%)



五・七・五の十七音に花鳥風月への感動を読み込むのが、俳句。「世界最小の定型詩」ともいわれ、日本文化を代表する一つのイメージもありますが、その歴史は意外に浅く、文学の「ジャンル」として確立したのは明治時代に入ってからです。



俳句と 川柳

「俳句」とは？

俳句とは、何でしょうか。まずは、誰もが知っている一句。

古池や 蛙飛びこむ 水の音をと
(松尾芭蕉)

これが典型的な、俳句の形です。俳句は、原則として

- ◎ 五・七・五の十七音からなる
- ◎ 季語を入れる
- ◎ 1カ所に切れをつくる

を約束事として詠まれる、シンプルな定型詩です。例の句でいえば、「ふるいけや」を上五、「かわずとびこむ」が中七、「みずのと(おと)」は下五(座五)と呼びます。「原則」というからには例外もあり、五音・八音の「字余り」の句もあります。日本語のリズムとして

五・七・五の十七の音が作る韻律には、独特な魅力があります。

この芭蕉の句の季語は、蛙。人により、季語は必須の約束事ではない。無季」の句でもよいとする主張もありますが、四季の移ろいを愛する日本の伝統に沿って自然への感動を言葉にしていくなかで、季語は自然にできた形といえるかもしれません。

切れは、句の流れを途中で意図的に断ち切ることで間を作り、読者に、作者の思いや背景への想像力を広げさせるためのしかけです。このおかげで、わずかに十七音の句に、小宇宙のような大きな広がり生まれるのです。通常は「や」「かな」「けり」「ぞ」などの助詞(切れ字)を入れることで作られますが、あえて切れ字なしで句の切れや余韻をつくらうと試みる俳人もいます。

俳句の「歴史」

俳句の祖先をたどると、「連歌(れんが)」に行き着きます。

連歌とは、もともとは平安時代末期〜鎌倉時代に生まれた、和歌の上句(五七五)・下句(七七)を別人が詠む遊びから始まったもの。時代とともに発展し、室町時代頃には、最初の句(発句)の後に36句・100句と多くの歌人が付け句を詠みつづようになり、100句の作品を複数束ねた千句・万句の作品も現れました。

松尾芭蕉



『おくのほそ道』で有名な江戸時代の俳聖であり、史上最高の俳諧師の一人。冒頭の例の句のほか、
行く春や
鳥啼き魚の目はなみだ
などの句が有名。

さらに時代は下って室町時代末期、江戸時代になると、庶民の間で、「俳諧連歌」が流行します。これは連歌の遊戯性に着目した商人などが担い手でしたが、松尾芭蕉などは発句だけでも鑑賞に耐えうる、芸術性が高く自立性の高い句を読むようになり、これが俳句の源流となりました。江戸時代にも「俳句」という言葉はありませんでしたが、これは五七五の句を指すものではなく、江戸時代以前の五七五の句は通常「俳諧」と呼びます。

五七五の句を「俳句」と呼ぶようになったのは明治時代以降、それも正岡子規が登場した中頃以後のことで、俳句は正岡子規や、その位牌を継いだ高浜虚子や河東碧梧桐たちのもとで、文学の一派として確立してきました。

一句詠んでみよう

俳句は、見て・読んで鑑賞する以外にも、多くの人が自分で句を詠んで楽しんでいきます。

芭蕉以来の伝統の俳句とは、花鳥風月などの自然にふれておきた感動を言葉に残す文芸です。十七音という限られた字数で感動表現するため、昔よりさまざまな人が「俳句の詠み方」を書いてきました。

小林一茶



江戸時代を代表する俳諧師の一人。芭蕉や与謝蕪村を大きく上回る数の句を残した。
名月をとつてくれろと 泣く子かな
やせ蛙 まけるな一茶
これにあり
などの句が有名。

正岡子規



明治時代の俳人・歌人で、「俳句」の名を定着させた俳句の祖ともいえる存在。
柿くへば 鐘が鳴るなり 法隆寺
などの句が有名。

最初は奇をてらわず、次のような「技術」に沿ってまずは句作に挑戦してみたいかがでしょうか。

- ◎ 季語は織り込む。ただし2つ以上の季語を入れる季重なりをしない
- ◎ 予測可能な言葉は極力省く
- ◎ 「間」（余韻）を大切に
- ◎ 切れ字は併用しない
- ◎ 感動を誇張しない。あからさまな叙情は控える
- ◎ 空想だけの句は避ける

大切なのは、こうした約束事やテクニックよりも、何を、どう詠むかという精神性。ちなみに芭蕉は、俳諧の理念としてさび・しほり・ほそみ・か

川柳

俳句と同じ五七五を基本としつつ、俳句よりも滑稽さを重視した庶民の文芸が、「川柳」です。江戸時代中期の前句付け※点者・柄井川柳の選んだ句が人気を博したことから徐々に確立されました。

歴史的には俳句と同様、俳諧連歌から生まれたものですが、俳句が発句（最初の句）が独立したものであるのに対し、川柳は付句が独立したもので、俳句よりも日常的な滑稽さを追求しています。そのため俳句に比べ、季語や切れにこだわる傾向は小さく、文語体に近い俳句に比べ、口語体（話し言葉）で書かれるケースが大半で、字余り・句またがりも珍しくありません。また駄洒落などの言葉の遊び的な一面もあります。

※前句付け：出題された七・七の短句（前句）に五・七・五の長句（付句）をつけるもの。

るみなどをあげています。

俳句は戦後、イギリス出身の文学者レジナルド・ブライスなどの努力により、「HAIKU」として海外に広く紹介されるようになりました。英語の俳句は、3行・単語の音節数が計17音節で詠まれます。ただし言語の違いから、十七音＝17音節を厳守するのは困難で、通常は3行の短い詩であればよしとされるようです。その意味で、HAIKUは俳句よりもかなり自由度の高い詩といえるでしょう。英語圏以外でも、ドイツ、フランスやベルギー、オランダ、スウェーデンなどでも、句作が行われたりしています。

健診は「有効」か？

自治医科大学医学部 臨床検査医学 (兼) 公衆衛生学 准教授 小谷和彦



日本では、**健康診断・健康診査(健診)**を国民が広く受けられるシステムが構築されてきました。

一般に生活習慣病は、その進行が緩徐(サイレントキラーといわれる所以)なので、定期的に早期発見・早期治療の場面を設ければ、生活習慣病に起因する健康障害は回避できるという考えが成立しますし、実際にもそうでしょう。

本邦の健診システムは、「日本人にみられる高い健康度や長い平均寿命に少なからず貢献してきた、世界に誇る仕組み」とする考えも、比較的容易に受け入れられています。



自治医科大学医学部 臨床検査医学 (兼) 公衆衛生学 准教授

小谷 和彦 (こたにかずひこ)

Profile

略 歴

- 1992年 自治医科大学医学部卒業 地域医療に従事
- 2005年 国立京都医療センター臨床研究センター予防医学研究室客員室長
- 2008年 自治医科大学臨床検査医学(兼)公衆衛生学講師
- 2010年 Touro 大学 California 抗酸化・糖化疾患研究部客員教授
- 2012年 アメリカ NIH (National Institutes of Health) 脂質・リポ蛋白質部門留学
- 2013年 自治医科大学臨床検査医学(兼)公衆衛生学准教授

専門領域

予防医学、脂質代謝検査学、動脈硬化検査学、健康教育学、疫学

自治体や健康保険組合の一部で、加入者の健康意識や健康づくりを促進する取り組みが始まりつつあります。健康へのインセンティブ（動機づけ）の導入です。例えば、特定健診を受けて、医療機関にからないように健康管理をしたり、スマートフォン用の歩数計アプリを活用して、健康ポイントを貯めれば報奨（賞品や現金）をプレゼントするという自治体が出てきました。健診を受けなかった人とその上司の給与をカットする企業も出てきました。「健診が有効である」という確信からこそその取り組みのように感じます。

必ずしも簡単ではない？ 健診の有効性の証明

健診の有効性はしばらく議論されてきています。実際に、健診のセオリーにのっとらない事態（「健診を受けていたのに大病に罹ってしまった」……の類）も見聞します。「健診の有効性は？」と問われると、「証拠」を案外に提示できない現実があるのです。

国民が広く健診を受けている状況下では、健診の有効性を検証するのに困難が常につきまといます。健診を受けている人と受けていない人では、その背景が大きく異なる（例えば、健診を受ける理由と受けない理由、あるいは健診を受ける人と受けない人の生活習慣の違いを想像してみれば肯けるのではないのでしょうか）ので、両者の比較をもって単純に健診のみの効果を断定するのは言うほど簡単ではないことがわかるでしょう。健診に関わっていると

「健診の有効性」というテーマにあらためて直面するのです。

皆さんご自身を振り返って、このテーマに対する答えはいかがでしょうか（もともと健診に疑念を持つならば、この業界に長く携わることにはならないのかもしれませんが）。健診業務に従事しつつ、自ら積極的に健診を受けていますか。あるいは、同僚に健診を勧めていますか。その勧める時にはどのような言葉を掛けていますか。そして、健診は国民の健康創造にどのくらい、さらには社会にどのように役立っているのでしょうか。逆に健診がなくなったら、誰が困るのでしょうか。はたまた、このような話題を職場のみんなで口にしたことはあるでしょうか。果たして、皆さんは健診の有効性に対する final answer を持っているでしょうか。

証明① 項目別の 有効性の判断から

健診の有効性の評価に関するいくつかの試みはなされてきています。

一つのアプローチは、健診で採用されている各項目について、**過去の文献と照らし合わせた上での判断**です。

まず、「血圧」の測定は、健診の目的を果たすに十分で、健診に採用して然るべきという評価があります。「喫煙」に関するチェックも同様に効果的であると評価されています。「身長・体重（肥満度）」は、健診後の指導、すなわち減量教育を加えれば効果的であろうと言

われています。糖尿病検査の「糖負荷試験」や「うつ状態」に関するチェックも健診後の体制いかんでは効果的である可能性があると考えられていますし、「脂質」の測定も冠動脈疾患のリスクのある中年男性のような集団では効果がみられるという意見があります。

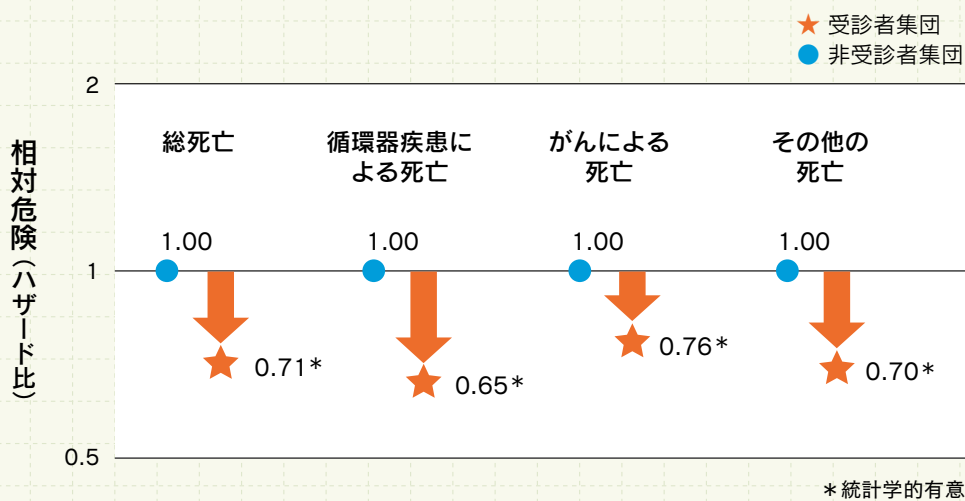
こうしてみると、現行では、これらの項目を包含して健診を行っていますので、健診は有効（ただし、項目の多寡については検討の余地あり）ということになるでしょう。事実、現行の健診項目を組み合わせて、将来の病気の発症を予測するリスクチャートなども作成され、提供されています。例えば、自治医大では、全国の地域住民の健診データをもとに、受診者の健康状態を長期に追跡調査していますが、この研究では、健診項目を組み合わせて、向こう10年の心筋梗塞の発症（初発）を予測できることを示してきました（**図1**）（文献1）。こうした健診項目の値は、生活習慣によって改善可能なことも珍しくありません。

現行の健診は、将来の健康を予見し、また向健康的に改変できる項目を包含しており、有効性を発揮していると言えるのではないかと考えます。

証明② 受診者・非受診者の 比較から

もう一つのアプローチは、何と言っても、**健診の受診者と非受診者を比較した追跡調査の結果からの判断**です。しかし、繰り返しになり

図2 健診の受診と非受診における死亡率の比較



ますが、健診志向性の異なる健診受診者と非受診者を単純に比較しても判断できません。やはり工夫が要ります。最近、これを実現した報告が提出されました(文献2)。この報告では、まず、ある地域の住民集団において背景因子を調査し、その因子から健診を受ける確率(スコア)を各人に割り振っています。このスコア

が同じレベルにありながら、健診を受けた人と受けていない人がいますので、これを対(ペア)にします。こうすると、健診を受ける集団と受けない集団の背景因子が揃い、比較可能になるという理屈です。

この上で長期追跡を行い、死亡率を比較します。報告によると、健診の受診者集団と非受診者集団の間で、年齢、性別はもちろんのこと、職業、教育歴、居住区域、喫煙、飲酒、身体活動、食嗜好、生きがい、主観的健康度といった背景因子がよく似て、すなわち揃っていました。10年程度の追跡をしたところ、健診を受診するよう人はそうでない人と比べて総死亡の危険が30%程度下がるという結果でした(図2)。循環器疾患による死亡やその他の原因による死亡も同様に下がり、またがんによる死亡についても統計学的には有意に至らなかったものの同様に低くなっています。揃えた背景因子の妥当性についての吟味は依然として必要としても、**死亡に対する健診の有効性の程度**が見てとれると考えられます。

超高齢化社会では 新たなテーマの 可能性も

健診の有効性というテーマで話を進めてきましたが、いかがでしたでしょうか。

健診が当たり前のように身近にある本邦で、ともすれば健診の有効性など、健診に関わっている者でさえ考える機会の少ないのが現状で

はないでしょうか。健康の優先度よりも、仕事や生活の優先度が高いのが実情かもしれません。しかし、健診の有効性は、みんなで考えていきたい論点に違いありません。健診システムを議題にするような機会の提供になったとしたら幸いに思っています。そして、言うまでもなく世の中は常に進んでいきます。健診の有効性に関するデータの蓄積を待つのと併せて、健診システムも、社会環境や世の健康観とともに変化(進化)することも求められていくでしょう。

死亡は非常に切なる帰結ですが、超高齢化社会にあって要介護状態への健診の効果はどの程度なのかも気になってきます。受診率や健診後のケアのあり方、そして未来の健診の姿に関する話も一体化して、みんなで話してまいりましょう。

文献

1. Matsumoto M, Ishikawa S, Jichi Medical School (JMS) Cohort Study Group. Risk charts illustrating the 10-year risk of myocardial infarction among residents of Japanese rural communities: the JMS Cohort Study. J Epidemiol. 2009;19:94-100.
2. Hozawa A, et al. Participation in health check-ups and mortality using propensity score matched cohort analyses. Prev Med. 2010;51:397-402.

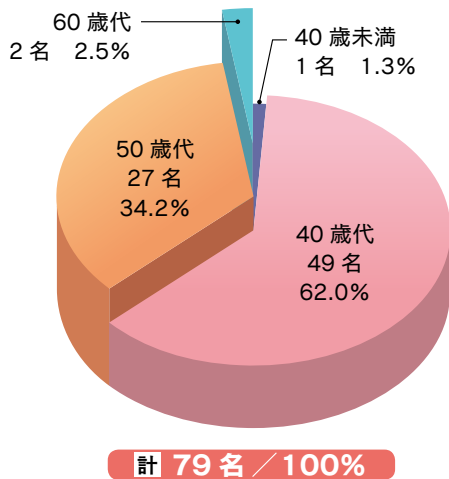
2013年度 特定保健指導の実施状況

当財団では、都内を中心とする事業所 10 社の特定保健指導を担当、2013 年度は計 88 名に対して指導を行いました。

指導対象者の年齢分布を見ると、90%以上を40歳代・50歳代が占め（**グラフ①**）、実施した保健指導（階層化区分）は、「積極的支援」が69名／78.4%、「動機づけ支援」は19名／21.6%となりました（**グラフ②**）。

グラフ①

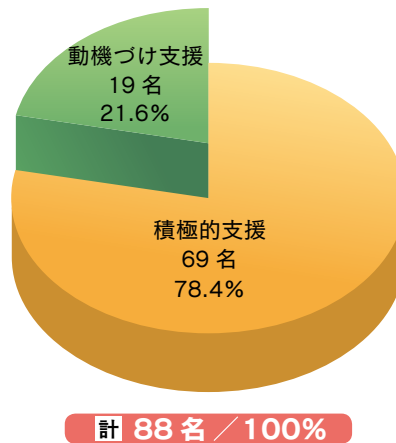
当財団の実施した特定保健指導・対象者の年齢別分布



※特定保健指導の実施総数 88 名から東振協の 9 名を除いた数

グラフ②

特定保健指導の内容



当財団の「特定保健指導」の結果を「報告します」

2013年度は**対象者の47・2%**が好転し、途中離脱者1名のみでした

指導の成果 ～階層化区分の変化

2013年度の特定健診を受けて行った特定保健指導の結果、翌2014年度の健診では対象者の階層化がどのように変化したかを示したのが、**表①**です。

特定健診・特定保健指導では、メタボリックシンドロームのリスク因子の数に応じて

①情報提供

②動機づけ支援

③積極的支援

3段階に階層化を行い、それぞれに必要な保健指導を実施します。この特定保健指導の結果、2014年度の階層化が2013年度より好転したのは47.2%、半数にも及びました。さらに43.1%は2013年度の階層化を維持しており、薬剤服用への移行は9.7%にすぎません。

また、特定保健指導を途中で離脱してしまった方は対象者79名（東振協9名を除いた数）中1名にすぎません。

生活習慣病予防のため、2008年度に全国の医療保険者に実施が義務づけられた特定健診・特定保健指導は、現在、第2期の実施期間に入っています。同時にこの4月からはデータヘルス計画の本格導入が始まっており、PDCAサイクルを円滑に回すため、健診の受診率、保健指導の実施率・改善率などに関心が高まっています。このほどまとまった当財団の2013年度特定保健指導の実施結果では、特定保健指導を実施したもののうち47・2%の結果が好転（変化なしが43・1%）、指導からの離脱者は1名のみという良好な結果となりました。

表① 指導による改善状況（階層化の変化）

傾向	2013年度	2014年度	人数		比率
好転	積極的支援	⇒ 動機づけ支援	11名	34名	47.2%
		⇒ 情報提供	17名		
	動機づけ支援	⇒ 情報提供	6名		
変化なし	積極的支援	⇒ 積極的支援	27名	31名	43.1%
	動機づけ支援	⇒ 動機づけ支援	4名		
薬剤服用へ	積極的支援	⇒ 薬剤服用	6名	7名	9.7%
	動機づけ支援	⇒ 薬剤服用	1名		

2014年度の特定健診未受診者、東振協・集合健診受診者を除く。

各検査項目の変化

表②は、特定健診におけるメタボのリスク因子や各検査項目が1年間でどう変化したかを追いかけたものです。

内臓脂肪蓄積の指標であり、メタボリックシンドロームの進行を最も反映している体重・腹囲の数字はそれぞれマイナス値を示し、改善されています。

また糖尿病に関する指標（血糖値・HbA1c）も大きく改善されました。

喫煙者は、6カ月後の面接の時点でも2名が禁煙を継続しています。

表② 各検査項目の変化

項目		2013年度	2014年度	差
体重	(kg)	77.9	76.5	- 1.4
腹 囲	(cm)	91	89	- 2.0
血 圧	最高血圧 (mmHg)	131	131	± 0
	最低血圧 (mmHg)	82	84	+ 2
中性脂肪	(mg /dL)	82	85	+ 3
HDLコレステロール	(mg /dL)	57.8	57.5	- 0.3
血 糖	(mg /dL)	95.9	91.4	- 4.5
HbA1c	(%)	5	4.8	- 0.2

2008～2014年度の間推移

最後にご紹介するのが、特定健診・特定保健指導がスタートした2008年度から直近の2014年度に至る、検査結果と階層化の結果を追った数字です（前項までのデータとは別に、3事業所の94名によります）。

検査結果では、とくに2014年度の体重・腹囲の両項目は、2008年度と比較してそれぞれマイナス2.8kg / 同 1.6cmとなりました。

リスクの階層化による積極的支援の対象者は、2009年度に半減した後、さらに漸次減少しています。

表③ 検査・階層化の結果の年次推移

項目		2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2008年との差	
検査値	体重 (kg)	78.5	76.4	77.3	78.3	76.7	75.3	75.7	- 2.8kg	
	腹囲 (cm)	92.7	91.6	92.7	94.1	91.9	91	91.1	- 1.6cm	
	血圧	最高血圧 (mmHg)	129	126	127	129	129	130	128	- 1
		最低血圧 (mmHg)	82	79	79	79	81	81	83	+ 1
階層化	積極的支援	88名 (93.7%)	42名 (44.7%)	37名 (39.4%)	22名 (23.4%)	15名 (16.0%)	14名 (14.8%)	11名 (11.8%)		
	動機づけ支援	6名 (6.3%)	15名 (15.9%)	8名 (8.5%)	19名 (20.2%)	18名 (19.1%)	13名 (13.7%)	10名 (10.6%)		
	情報提供	0名 (0%)	28名 (29.8%)	33名 (35.1%)	33名 (35.1%)	30名 (31.9%)	13名 (13.7%)	17名 (18.1%)		
	治療中	0名 (0%)	名 (%)	名 (%)	名 (%)	名 (%)	14名 (14.8%)	10名 (10.6%)		
	未受診	0名 (0%)	9名 (9.6%)	16名 (17.0%)	20名 (21.3%)	31名 (33.0%)	40名 (43.0%)	46名 (48.9%)		

生活習慣病のリスクを改善する保健指導をめざして

従来までの「健診」は、病気の「早期発見・早期治療」が第一のメリットとしてあげられることが少なくありませんでした。もちろん早期発見・早期治療、そして軽症のうちの治療は治療費を低く抑え、医療費節減の効果も期待できます。

これに対して、特定健診・特定保健指導は、生活習慣病をその「リスク」の段階で把握し、病気に至る前に原因（＝偏った生活習慣）の修正を図ることが目的です。このページでご紹介しましたように、適切な保健指導は生活習慣の改善によって快適な生活をもち、健診結果の改善によって健康生活への自信をもちます。

従来型の健診では、健診後の保健指導・事後指導は

アフターサービスのような存在であり、「とりあえず健診を受診しておけばよし」とする傾向も見られました。ところが特定健診・特定保健指導では、主役は保健指導です。特定健診・特定保健指導が最大限に効果を発揮できるか否かは、特定保健指導にかかっているといえるでしょう。特定健診から対象者を特定保健指導へいかに円滑につなげるか、特定保健指導の中途離脱者をいかに減らすかが、カギとなります。

当財団ではこうしたポイントに着目し、特定保健指導の必要性を理解いただきやすい健診結果の提示や、中途離脱を防ぐため有効性をより実感できるような保健指導の実現を心がけています。