



# 「健康ゴールド免許」導入の前に 知るべきこと

千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門  
国立長寿医療研究センター老年学・社会科学センター老年学評価研究部 近藤 克則

人気の小泉進次郎らが発表した「健康ゴールド免許」構想が話題となっている。それは自民党の「2020年以降の経済財政構想小委員会」の「人生100年時代の社会保障へ」と題する報告書<sup>1)</sup>（以下、同報告書）のなかで、2016年10月26日に発表された。

社会の変化に対応しようという同報告書のなかには、共感できる点も多い。「『人を守る』発想への転換」、「社会保障こそ、持続的な経済成長と安心の基盤」、「いかなる雇用形態であっても、企業で働く方は全員、社会保険に加入できるように」、「所得の低い勤労者は、社会保険料を免除・軽減」——などである。

一方で、健康ゴールド免許については、（予防）医学にかかわる科学的知見を踏まえると、その導入効果には大きな疑問が湧いてくる。科学的な知見に基づかない政策は、いくら善意からのものであっても（まぐれ当たりを除き）効果はない。科学的なエビデンス（根拠）を重視する国イギリスでは、「有効だという根拠もなしに、巨額が費やされている」<sup>2)</sup>と批判され、BBCが「無駄なキャンペーン（Wasteful campaigns）」<sup>3)</sup>という小見出しをつけて報じられている保健指導の効果を、健康ゴールド免許は前提としている。

小論では、健康ゴールド免許を巡る論議にかかわる人たちにぜひ知っておいてほしい医学的・科学的な知見を紹介し、導入前に検討すべき論点と代替案を示したい。

## 1 健康ゴールド免許の前提の何が問題か

健康ゴールド免許のポイントをまとめれば、1) 医療介護制度の持続可能性を確保するために治療だけでなく予防が重要、2) 健診を受けて早い段階から保健指導を受けるなどの健康管理で予防は可能、3) 自助を促すインセンティブとして健診履歴を元に健康ゴールド免許を導入し自己負担を軽減——となるだろうか。

このうち、1) については同意できる。問題は、「3) 自助を促すインセンティブとして健診履歴を元に健康ゴ

近藤 克則（こんどう かつのり）

1983年千葉大学医学部卒業。東京大学医学部付属病院リハビリテーション部医員などを経て、1997年日本福祉大学助教授。University of Kent at Canterbury 客員研究員、日本福祉大学教授を経て、2014年から現職。2016年から国立長寿医療研究センター老年学評価研究部長を併任。『健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか』（医学書院、2005）で社会政策学会賞（奨励賞）受賞。近刊に『健康格差社会への処方箋』医学書院。



ールド免許を導入」すること、およびその前提になっている「2) 健診を受けて早い段階から保健指導を受けるなどの健康管理で予防は可能」の部分である。

以下で紹介するように、早期からの（一般集団に対する）保健指導には限界があるので、それを促すインセンティブとしての健康ゴールド免許の効果は意図に反して疑わしい。それだけでなく、財源の無駄遣いによって、イギリス政府やWHOが、より効果的で強化すべきとしている代替策の財源が奪われ、結果として医療介護制度の持続可能性がむしろ損なわれてしまう恐れすらある。

## 2 早い段階からの保健指導に効果はあるか？

世界中で行われた研究で得られた（医）科学的な根拠（エビデンス）を集め、その到達点をまとめる取組みとしてコクラン・ライブラリーがある。そのなかに、「冠動脈疾患の一次予防のための複合危険因子介入」に関する報告がある<sup>4)</sup>。

心筋梗塞や狭心症などの冠動脈疾患の予防にも、その発症を予防するための一次予防、発症しているのに気づいていない段階で早期発見し早期治療を施す二次予防、発症後の再発予防を目指す三次予防がある。「早い段階からの保健指導」は、一次予防に当たるだろう。冠動脈疾患を減らすためには、その危険因子である高血圧症、高脂血症、肥満、喫煙、運動不足、塩分・カロリーの過

剰摂取などを減らすことが必要である。これらの複合的な危険因子を減らすためには、カウンセリングや教育が効果的で、費用対効果も高く、広く使用すべきであると考えられ、世界中で行われてきた。しかし、追跡期間が長くなるにつれ、こうした介入の有効性に疑問が投げかけられるようになった。そこで世界中で行われた研究の論文を集めたところ、55件の研究が見つかった。対象者数は16万3471例もあるので、サンプル数が少ないために、本来は効果があるのに、たまたま見逃されたとは考えにくい。追跡期間の中央値は12カ月間であった。

その結果、高血圧患者と糖尿病患者では、総死亡率が2~3割程度抑制されていた。すでに病気を発症していて、身に迫る危険を感じている群である。一方で、効果がない集団もあった。「一般集団では総死亡率、CHD死亡率または臨床イベントの減少はみられない」ので「有用性に限界がある」と判明したのだ。この世界中のエビデンスの到達点を踏まえ、イギリス政府に諮問されたワンレス氏は「有効だという根拠もなしに、健康教育のキャンペーンに巨額の予算が費やされている」と報告書に批判的に記したのである<sup>2)</sup>。

健康ゴールド免許でインセンティブを与えて効果が期待できる前提は、「健診を受けて早い段階からの保健指導を受けるなどの健康管理で予防は可能」であることだ。しかし、保健指導が早い段階からであればあるほど、それは一般集団を対象にすることを意味する。そして、そのような取組みの「有用性に限界」があるというのが世界中のエビデンスの到達点である。それでもこの政策を導入する根拠をどこに求めるのだろうか。

公平のために付け加えれば、今後、より効果的な保健指導の方法が開発されれば、異なるエビデンスが得られる可能性はある。日本における研究は少ないので、ひょっとしたら日本人には有効である可能性も否定はできない。保健指導だけでなく、それにインセンティブまでつけ加えれば、どのような結果が得られるのかは誰も知らない。ただし、これらは可能性にすぎない。政策はエビデンスだけでは決まらないとは言え、世界は大局的にはEvidence Based Policy Making (EBPM, 根拠に基づく政策形成)に向かっている。エビデンスに基づかない政策には、効果がなく、時に副作用があるからである。導入前に効果を検証し、それなりの根拠を示さないまま、これらの「可能性」だけを論拠に、世界の常識と異なる政策を導入したら海外の健康政策通には奇異に映るだろ

う。

### 3 なぜ保健指導の効果は小さいのか

一般集団に対する保健指導の有用性には限界があると知って意外に思った方も多いかもかもしれない。その理由を、いくつかの視点から考えてみよう。ここでは、①行動変容をする気がある人は少ない、②学習性無力感、③社会的排除やライフコースの影響、④ライフコース疫学のエビデンス、⑤生物学的メカニズムの5つを取り上げる。

#### ①行動変容をする気がある人は1~2割

どのような人、あるいはどのようなときに、行動変容は起きやすいのだろうか。行動変容にはいくつかのステージ(段階)があるという考え方がある。Prochaska<sup>5)</sup>によると、それは、無関心期、関心期、準備期、実行期、維持期からなる。そして、保健指導による行動変容が期待できるのは、準備期の人たちだという。

各ステージの割合は対象集団や変容を期待する行動の種類によっても違う。例えば、アメリカの3地域でまだ喫煙をしている18,463人を対象に調べた結果では、無関心層、関心層がともに4割程度で、準備期にある者は2割であったという。日本の喫煙者では、地域や職域の喫煙者では1割に留まり、医療機関の外来患者でようやく2割だったという。つまり、保健指導の効果が期待できるのは、まだ実行に移していない人のうち1~2割に過ぎない。健康ゴールド免許によるインセンティブで少しは増えるだろうが、後述する理由を合わせて考えると、大幅な増加は期待しにくいように思われる。

#### ②学習性無力感<sup>6)</sup>

行動を変えることに無関心な人、関心はあってやればできるのに実行に移さない人たちにも理由はある。その一つに、「どうせ自分にはできない」とか、「どうせ長続きしないことはわかっている」などのあきらめや自己肯定感の低さ、あるいは無力感と呼ばれるものがある。この無力感は、もともとの性格の問題なのか、それとも後天的に学習されるものなのか、どちらなのだろう。それを明らかにするために、心理学者セリグマンらが行った有名な実験がある<sup>7)</sup>。

24頭の犬を3群に分けて、実験の本番では同じように電気ショックをかけて比較した。第1の群は、実験の本番前に、電気ショックから逃げられることを体験させ学習させた逃避可能学習群、2番目は、本番前には何も経験していない比較対照群、3番目は、本番前に電気シ

ショックから逃げようとしても逃げられないという無力感を味わう経験をした無力感学習群である。

電気ショックから逃れる方法を少し変えた実験1と2を行い、結果が同じかどうかまで検証している。実験1では、逃避可能学習群は、電気が流れだしたときにパネルを押すと電流が止まることを学習し、無力感学習群はパネルを押しても電流が止まらない（努力をしても報われない）経験をさせた。実験2では、飛び越せる高さの板で2つに区切った床の片側に犬を置き、1分間の電気ショックをかけた。逃避可能学習群は、板を飛び越えて反対側に移れば電気ショックから逃れられることを学習した。無力感学習群では、固定されていたために逃げようとしても逃げられず、電気ショックが終わるまでじっと耐えるしかないことを学習させた。学習させたあとの実験本番では、3群とも、実験1ではパネルを押せば電気ショックが止まり、実験2では仕切り板を飛び越えれば電気ショックから逃げられる環境にした。

その結果を図表1に示す。本番ではパネルを押し（実験1）、仕切り板を飛び越えれば（実験2）電気ショックから逃れられるにもかかわらず、逃避可能学習群のみならず比較対照群に比べても、無力感学習群では、パネルを押すまでの時間が長く、ショックから逃れられなかった回数が多い。つまり、無力感は学習されるのである。

同様な現象が、ラットやモルモット、ネコ、金魚などに加え、人間でも、そして電気ショック以外の方法でも認められている<sup>6)</sup>。行動を起こしても報われない経験を重ねた人たちでは、「どうせやってもできっこない」「努力するだけムダだ」などと無力感を学習してしまい、無関心だったり関心をもって準備期には至らなかつたりする。あるいは実行に移してもそれを維持できず、「やはり自分には続けられない」などと確信してしまう。

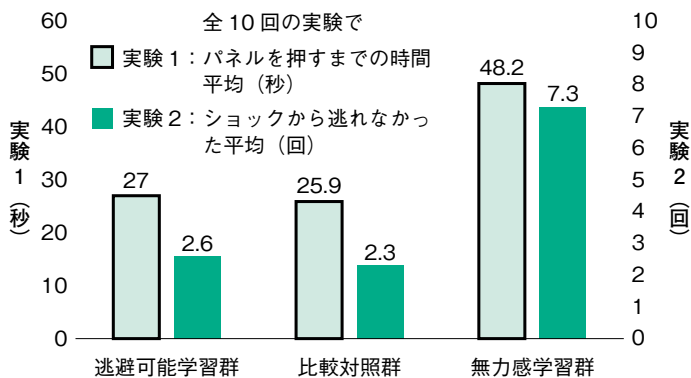
学習されたものなので、逆に「自分の努力で変えられる」ということを繰り返し学習すれば、変わる可能性はあるが、年を取るほどむずかしくなることは想像できる。

### ③社会的排除やライフコースの影響

有効な政策を考えるためには、健診未受診や不健康な生活習慣という病気の「原因」だけでなく、それらをもたらしている「原因の原因」に着目する必要がある。

例えば、上述した無力感を学習してしまい、「自分の努力では乗り越えられないから、逆境は運命として受け入れるしかない」などと思っている人はどのような人たちに多いのだろうか。それを小学生で調べた報告があ

図表1 学習性無力感の実験結果



Seligman ME, Maier SF: Failure to escape traumatic shock. J Exp Psychol 74: 1-9, 1967 から作図

る<sup>8)</sup>。逆境を乗り越える力が低い群の割合は、(経済的に)生活困難世帯では14.0%で、非生活困難世帯における7.5%の約2倍である。この調査における生活困難世帯の定義は、世帯年収300万円未満、生活必需品の非保有、支払い困難経験ありのいずれか一つ以上に該当する世帯で、全体の24.8%に当たる。

母子世帯などで貧困にさらされ、母親が仕事に追われ、読み聞かせや勉強でわからないところを教えてもらう機会が少なかった子どもの読解力や学力は低い傾向があるだろう。そのような子は、学校での勉強についていくのが大変であったり、良い成績を取って達成感を味わったりする経験も少なくなるだろう。「大学に行けるお金が家にはない」と感じて「就職するしかない運命なのだ」と悟った子どもは、(大学進学に向けて)さらに勉強するという意欲が湧くだろうか。そして高卒の子の就職先には非正規雇用が多くなる。そうなれば、給与水準も低く、未婚に留まる割合が増え、職場でも支援を受けられる人間関係が乏しく、高齢期の年金額も、満額でも月に約6万円の国民年金となる。そして、低所得の人たちほど必要だと感じて医療受診を控えている<sup>9,10)</sup>。「そういう社会のなかで、貧しい家庭に生まれ落ちたのが自分の運命なのだから」と受け入れて。

このような子どもの貧困を起点に、成人期や高齢期に至るライフコースにおいて、「負の連鎖」で多くの社会関係から排除されていくプロセスを「社会的排除」と呼ぶ<sup>11)</sup>。教育機会からの排除、労働市場からの排除(の結果としての非正規雇用)、(条件の良い)社会保険・社会保障制度からの排除などである。

このような社会的排除プロセスが、成人期や高齢期の

不健康（な行動）の「原因の原因」である。

#### ④ライフコース疫学のエビデンス

出生時からのライフコースの影響が、その後の健康にどれほど影を落としているのかを解明するのがライフコース疫学<sup>11)</sup>である。我々の取り組むJAGES (Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究) プロジェクトでは、高齢者約1.6万～2.5万人(分析によって異なる)に子ども期の生活程度や逆境体験を尋ね、高齢期の健康との関連を分析した。その研究を見ると、その影響の根深さがわかる。

まず、15歳時の周りに比べた生活程度を「上」「中の上」「中の中」「中の下」「下」から選択してもらった。これを3群に分けて比較したところ、65-69歳について、認知症や要介護リスクである生活機能低下の確率は、生活程度が高いと答えた群に比べ低い群で1.39倍も高かった<sup>12)</sup>。終戦時に5-9歳であった人たちでは、栄養状態が悪かった結果と推定される低身長の人たちに比べて、高身長の人たちではリスクが16%低かった<sup>12)</sup>。高齢期になってからのうつ症状新規発生確率まで、15歳時の生活程度が低いと答えた群で1.3倍多かった<sup>13)</sup>。また、18歳までに虐待を受けたと答えた人は、高齢期の歯の数が少ない確率が未経験群より14%高かった<sup>14)</sup>。虐待に加え、親との死別、両親離婚などの7種類の逆境体験があると答えた高齢者(高齢者の36.3%)では、生活機能低下の確率がなし群の1.19倍高かった<sup>15)</sup>。いずれも、高齢期の生活習慣を含む多くの関連要因の影響を統計学的手法で差し引いた結果である。言い換えれば、**成人期や高齢期になって本人が生活習慣に気がつけたとしても、子ども時代の影響が残っていることを意味する。**

#### ⑤生物学的メカニズム

子ども時代の環境の影響が50年後の高齢期にまで及ぶメカニズムの解明も進められてきている。母体内で飢餓状態にさらされるとインシュリン感受性が変化し、小児期に貧困にさらされると脳の容積などが小さくなるなど、生物学的な変化まで起きている<sup>11)</sup>。例えば、4～22歳の389人のMRI(磁気共鳴装置)による脳画像を使って調べた結果、貧困家庭の子どもでは前頭葉・側頭葉などの灰白質容積が8～10%小さく、学力テスト成績の20%を脳容積が小さいことで説明できるという<sup>16)</sup>。

\* \* \*

以上のように、子ども時代の貧困や逆境体験が生物学的な基盤における変化まで引き起こし、無力感を経験す

るなかで学習してしまい、社会的排除の悪影響がライフコースを通じて蓄積された結果、成人期や高齢期の健康(行動)に悪影響を及ぼし、医療や介護が必要な人たちを生み出している。

このような健康の決定要因に関する科学的な知見を踏まえたとき、「健診を受けて早い段階から保健指導を受けるなどの健康管理で予防は可能」という健康ゴールド免許の前提が、いかに表層的あるいは最終段階の「原因」しか見ておらず、「原因の原因」も「一般集団に対する保健指導の有用性には限界がある」という(医)科学的な知見も踏まえていないことがわかる。前提が成り立たないのだから、それが企図する健康増進や社会保障費抑制にも限界があるだろう。

#### 4 導入前に考えるべき他の論点

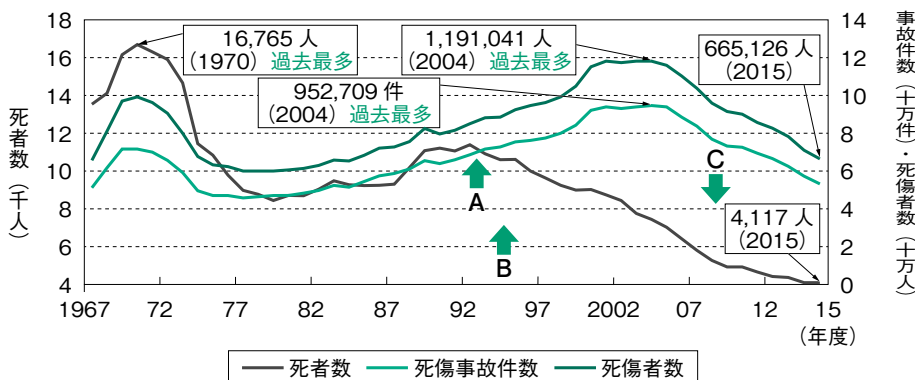
健康ゴールド免許導入の検討における論点には、少なくとも以下の4点ある。

第1の論点は、上述の**効果が期待できるのか**、である。健康ゴールド免許が前提とする条件が、今までの科学的知見では支持されないことを述べてきた。しかし、強力なインセンティブをつければ、人々の行動が変わる可能性はある。そこで他の視点からみた論点もあげておこう。

第2の論点は、**健康ゴールド免許制度の費用対効果**である。インセンティブを強めるほど、制度導入によって上乗せする費用は大きくなる。果たしてそれを上回る医療・介護費用の節減効果が期待できるのだろうか。

上述した知見から予測されるとおり、健康の改善効果が乏しいのなら、増えるのは費用だけだから論議に値しない。仮に効果があるにしても以下のような疑問が湧く。同報告書では「健診履歴等を把握し、健康管理にしっかり取り組んできた方を『ゴールド区分』に」とある。そこで健診受診した人にインセンティブを与えるものとして話を進める。その場合、現在のインセンティブがない状態でも健診を受診している人たちに対して、インセンティブ相当額の費用は増えるが、健診受診者は増えない。2016年8月発表の2014年度の特健康診査の実施状況<sup>17)</sup>を見ると、対象者数は約5385万人に対し受診者数は約2616万人で、特定健康診査の実施率は48.6%であった。これらの**すでに受診している半数の人において、インセンティブは(数年に1回しか受診していない人を除き)健診受診率を高める効果はなく、費用のみがかかることになる。**

図表2 交通事故件数及び死傷者数等の推移



(注) 1 1959年までは軽微な被害(8日未満の負傷, 2万円以下の物的損害)事故は, 含まれていない。  
 2 1966年以降の件数には物損事故を含まない。  
 3 1971年以前の数値は沖縄県を含まない。  
 資料) 警察庁資料より国土交通省作成

A: 1992年11月1日: 一般道での運転席・助手席でのシートベルト着用義務化  
 B: 1994年5月10日: 道路交通法改正でゴールド免許導入  
 C: 2008年6月1日: 全座席のシートベルト着用義務化

国土交通白書 2016 に一部加筆  
<http://www.mlit.go.jp/hakusyo/mlit/h27/hakusho/h28/index.html>

第3に, インセンティブをつけるのではなく, 逆に**健診を受診しない人の保険料や窓口負担を引き上げるなどのディスインセンティブ導入**の是非である。これは, 新たな財源を必要としない点で魅力的な方法に映る。健診を受診しないために, いわば懲罰的な負担を強いられる人たちはどのような人たちなのだろうか。健診未受診者の割合は, 低所得, 低学歴, 配偶者なし, うつあり, 主観的健康感が良くない, 生活機能が低下している人たちで高い<sup>18, 19)</sup>。ディスインセンティブは, **このような最も社会保障を必要としている人々を排除してしまう**。保健指導には限界があるが, 健診が契機となって治療につながる例があることを考慮すると, 健康格差(低所得・低学歴の人たちの健康状態が悪いといった集団や地域間の健康状態の差)の拡大を助長する。政府は「健康日本21(第2次)」で「健康格差の縮小」を目指しているのだから, 同報告書の前段にあるように「所得の低い勤労者は, 社会保険料を免除・軽減」こそ検討すべきだろう。

第4に, **モデル事業などで評価して, 効果があるという確かな根拠が得られる前に, 新しい政策を導入することの是非**である。例えば「健康ポイント制度」を導入後に, この制度に参加しなかった人と比べ, 参加者では1人当たり医療費が4万3000円少なかったと報じられた(日本経済新聞朝刊2017年3月20日)。しかし健診受診

者<sup>18, 19)</sup>や介護予防事業への参加者<sup>20)</sup>がそうであるように, このような制度に参加する人は, 元々健康意識が高く健康状態も良い場合が多いというバイアス(偏り)がある。バイアスを考慮せず, 単純に参加者と非参加者を比較しただけでは, その意図と違って, もともと健康な人と不健康な人との比較になっている可能性がある。このようなバイアスを考慮した科学的な評価をせず, 参加者の医療費が少ないことをもって「抑制効果がある」と誤った判断をすれば, **効果の乏しい政策に無駄な財源を振り向けることになる**。

以上, 健康ゴールド免許を巡る論点を4つ提示した。いったん制度が導入されれば, インセンティブの強化や罰則化, 要件の厳格化などの修正が行われる。「無駄の制度化」とならぬよう, 導入前に, 効果があるのか, 費用対効果は良いのか, ディスインセンティブ導入の是非, モデル事業での効果評価抜きの政策導入の是非などについて十分な検証と論議を尽くすべきである。

## 5 代替策を考える

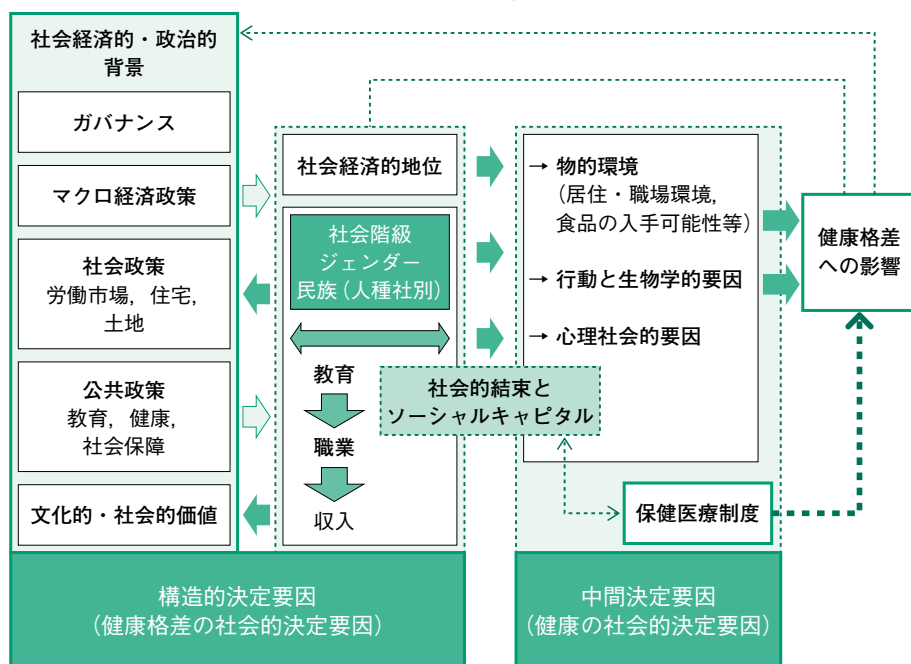
健康ゴールド免許導入に反対するのなら対案を示せという声が聞こえてきそうである。そこで交通事故件数の減少とゴールド免許の関係から教訓を引き出したあと, WHOや欧米での取組みを元に代替策を示したい。

### ①交通事故件数とゴールド免許

2016年度の国土交通白書(図表2)によると, 交通事故による死傷者数や死傷事故件数は, ここ10年間でほぼ半減, 死者数はここ20年間で1万1000人から4117人(2015年)へと著しい抑制に成功している。これに伴って医療費や介護費用だけでも, 相当な額を抑制できただろう。そこからどのような教訓が引き出せるだろうか。

まず, ゴールド免許導入はどれほど寄与しただろうか。ゴールド免許は, 1994年5月10日道路交通法改正で導入された(図表2のB)。確かにその頃から死者数の減

図表3 健康の社会的決定要因に関する概念的枠組み



〔資料：WHO（2010）, A conceptual framework for action on the social determinants of health〕  
 （次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会 仮訳）

少が始まっている。しかし、(死) 傷者数や死傷事故件数はその後も増えている。つまり、ゴールド免許という運転手の自覚や努力に依拠した取り組みだけでは、事故件数は抑制できなかった。ちょうど本人の自覚を促す保健指導だけでは限界があるのに似ている。

では、何がこれほどの死傷者の抑制に寄与したのか。白書の「効率的・効果的な交通事故対策の推進」には、以下のような対策が列記されている。「道路の機能分化を推進」「安全性の高い高速道路等へ転換」「事故ゼロプラン（事故危険区間重点解消作戦）」「車両の通過交通抑制並びに速度低減による安全な歩行空間の確保」「面的な速度規制と組み合わせた車道幅員の縮小・路側帯の拡幅、歩道整備、ハンプの設置等」などである。また、「非着用者の致死率は着用者の約4倍」などを根拠としたシートベルト着用の義務化（図表2のAとC）、エアバッグや自動ブレーキ、アンチロック・ブレーキ・システム（Antilock Brake System, 略称：ABS）など、車の装備の機能向上なども寄与しているだろう。これら「総合的な交通事故抑止対策」によって減少したと考えられる。

これらから教訓として、1) 科学的な根拠に基づく対策、2) 運転者の自覚にだけ頼らない道路や車を含む総合的な対策——の2点をここでは引き出しておこう。

②健康の社会的決定要因への着目

これらの教訓を、医療・介護（ニーズの発生）事故の抑制を通じて医療費・介護費用の抑制をめざす取り組みに当てはめるとどうなるだろうか。すでにほかで4つの方法を論じた<sup>21)</sup>。ここでは4つ目の健康の社会的決定要因（social determinants of health, SDH）に着目した総合的な政策の重要性のみ指摘したい。

図表3（WHO）<sup>22)</sup>は、上述した1つ目の教訓「科学的な根拠に基づき」健康に影響する社会的決定要因の全体像を示したものである。「健康日本21（第2次）」では、日本にも健康格差があるとして「健康格差の縮小」を目指す

こと、そのために社会環境の質の向上を図ることが基本的方向として示された。その背景にあったのが、健康格差の縮小を謳ったWHO総会2009決議である。図表3の右端にある健康（格差）に影響する要因について、直接的な原因を右手に置き、左に行くほど「原因の原因」へと遡るように示されている。図表3では、健康ゴールド免許などの保健医療制度や健康行動などは、右に配置される「中間決定要因」と位置づけられている。別の言い方をすれば、これらは健康に影響する多くの要因の全体像のなかで、ごく一部に過ぎないことがわかる。

例えば、健康に望ましい運動習慣は、公園の近くに住んでいる人たちで頻度が約2割多い<sup>23)</sup>。また、医療機関へのアクセスが悪ければ、予防のための健診受診などを勧められても容易ではない<sup>24)</sup>。野菜や果物を売っている店まで遠いエリアでは、健康のために摂取を推奨されても入手自体が困難であるなど、物理的環境や建造環境、ソーシャル・キャピタル（人々のつながり）などと呼ばれる社会環境の影響を受けている<sup>11)</sup>。

これらの資源にアクセスしやすい「健康に望ましい環境」ほど、一般に不動産価格が高く、高所得者でないと居住できない。また食生活で言えば、低所得世帯ほど、穀類の摂取量が多く、野菜類や肉類の摂取量が少なく、習慣的に喫煙している者の割合が高く、健診の未受診者

の割合が高い<sup>25)</sup>。非正規雇用であれば、健康保険組合に加入できず国民健康保険の被保険者となり、職場での定期職員健診の対象外となることも多い。となると仕事の合間に職場の診療所などで健診ができてしまう正社員と異なり、仕事を休んでその分の日給や時給を諦めなければ健診も受けられない。このように、**健康に望ましい健康行動は、社会経済的地位などの「構造的な決定要因」**(図表3の左手)の影響を受けている。

健康行動の背景には、これらの個人の社会的要因や社会環境要因のほか、上述した社会的排除やライフコースまで多くの要因があり、それらが複雑に絡み合っている。このことを踏まえると、**健康ゴールド免許が想定しているような健診受診や自己責任に依拠した健康管理だけでは、あまりに部分的・表層的なものに過ぎない。だからこそ期待する効果を示す科学的根拠が乏しく、医療費や介護費の抑制にも非力だろう。交通事故件数の抑制が、本人の自覚にだけ頼らないで車や道路といった環境に対する総合的な対策を含んでいたように、健康を決定する社会的要因への対策を含む総合的な対策を考えるべきである。**イギリスのワンレスレポートが、効果が認められない一般集団への保健指導に代わって導入を検討すべきとしたのは、脂肪を多く含む食品への課税(fat tax)をはじめとする、総合的な健康政策である。その対象には、**図表3の左に示されているような経済社会政策や教育などの公共政策まで総動員した「健康格差社会への処方箋」<sup>11)</sup>を必要とする。**

## 6 まとめ

成人期以降の自己責任で説明できる健康管理の良し悪しだけで健康(行動)が決まっているのなら、「健診を受けて早い段階から保健指導を受けるなどの健康管理で予防は可能」で、健康ゴールド免許はありうる選択肢かもしれない。しかし、小論で見えてきたように、(医)科学的な研究で、その前提は否定され、健康はより多くの社会的決定要因の影響を、しかもライフコースを通じて受けていることがわかっている。

予防を進め社会保障の持続可能性を高めるためには、同報告書が謳うように、「社会保障こそ、持続的な経済成長と安心の基盤」という視点から、「**いかなる雇用形態であっても、企業で働く方は全員、社会保険に加入できるように**」、「**所得の低い勤労者は、社会保険料を免**

**除・軽減」するなど「『人を守る』発想への転換」が必要である。**科学的な根拠に基づき、本人の自覚にだけに頼らない総合的な対策の重要性を再度強調したい。

謝辞：小論は、科研費(15H01972)、厚生労働科学研究費補助金(H28-長寿-一般-002)、日本医療研究開発機構(AMED)の助成を受けた研究成果の一部である。

## 参考文献

- 2020年以降の経済財政構想小委員会：人生100年時代の社会保障へ、<http://shinjiro.info/20161026message.pdf>, 2016
- Wanless D : Securing our future health : Taking a long-term view, Final Report, HM Treasury [http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations\\_and\\_legislation/wanless/consult\\_wanless04\\_final.cfm](http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm) 2004
- BBC news : Study doubts health drive gains. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/3516745.stm>2004
- Ebrahim S, Taylor F, Ward K, et al: Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev CD001561, 2011
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC : In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol 47 : 1102-14, 1992
- C. ピーターソン, S.F. マイヤー, M.E.P. セリグマン : 学習性無力感—パーソナル・コントロールの時代をひらく理論 二瓶社, 2000
- Seligman ME, Maier SF : Failure to escape traumatic shock. J Exp Psychol 74 : 1-9, 1967
- 足立区・足立区教育委員会, 国立成育医療研究センター研究所 社会医学研究部 : 子どもの健康・生活実態調査平成27年度 報告書. <https://www.city.adachi.tokyo.jp/hisho/ku/kucho/documents/h27houkoku.pdf>, <https://www.city.adachi.tokyo.jp/kokoro/fukushi-kenko/kenko/documents/lhonpen.pdf>, 2016
- Chiyo M, Murata T, Tetsuji Yamada, Chen Chia-Ching, et al : Barriers to Health Care among the Elderly in Japan. International Journal of Environmental Research and Public Health 7 : 1330-1341, 2010
- 近藤克則 : 「医療クライシス」を超えて—イギリスと日本の医療・介護のゆくえ。医学書院, 2012
- 近藤克則 : 健康格差社会への処方箋。医学書院, 2017
- Fujiwara T, Kondo K, Shirai K, et al : Associations of childhood socioeconomic status and adulthood height with functional limitations among Japanese older people: results from the JAGES 2010 Project. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 69 : 852-9, 2014
- Tani Y, Fujiwara T, Kondo N, et al : Childhood Socioeconomic Status and Onset of Depression among Japanese Older Adults : The JAGES Prospective Cohort Study. Am J Geriatr Psychiatry 24 : 717-26, 2016
- Matsuyama Y, Fujiwara T, Aida J, et al : Experience of childhood abuse and later number of remaining teeth in older Japanese : a life-course study from Japan Gerontological Evaluation Study project. Community dentistry and oral epidemiology n/a-n/a, 2016
- Amemiya A, Murayama H, Tani Y, Kondo K, & Fujiwara T. Adverse childhood experiences and higher-level functional limitations among older Japanese people : results from the JAGES study. Journal of Gerontology : Medical Sciences (in press)
- Hair NL, Hanson JL, Wolfe BL, et al : Association of Child Poverty, Brain Development, and Academic Achievement. JAMA Pediatr 169 : 822-9, 2015
- 厚生労働省 : 平成26年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000134512.pdf>, 2016
- 芦田登代, 近藤克則, 平井寛, et al : 高齢者の健診受診と「将来の楽しみ」, うつ, 社会経済的要因との関連 AGES プロジェクト. 厚生指 59 : 12-21, 2012
- 平松誠, 近藤克則, 平井寛 : 介護予防施策の対象者が健診を受診しない背景要因—社会経済的因子に着目して. 厚生指 56(3) : 1-8, 2009
- Yukinobu Ichida, Hiroshi Hirai, Katsunori Kondo, et al : Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study. Soc Sci Med 94 : 83-90, 2013
- 近藤克則 : 第3章 医療の質向上と費用節減—両立の条件—, 井伊雅子 : 「医療・介護に関する研究会」報告書, 財務総合政策研究所, 2016
- 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会 : 健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料. 厚生労働省, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ddhl-att/2r9852000002ddxn.pdf>, 2012
- Hanibuchi T, Kawachi I, Nakaya T, et al : Neighborhood built environment and physical activity of Japanese older adults : Results from the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). BMC public health 11 : 657, 2011
- Hanibuchi T, Aida J, Nakade M, et al : Geographical accessibility to dental care in the Japanese elderly. Community Dent Health 28 : 128-35, 2011
- 厚生労働省 : 平成26年 国民健康・栄養調査結果の概要. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000117311.pdf>, 2015