

目次

第1章 特別対談 5

健康寿命の延伸に向け、“未病”という新たな領域の開拓を

筑波大学大学院人間総合科学研究科 スポーツ医学専攻教授 久野 譜也 氏
一般社団法人 日本健康生活推進協会 理事長 大谷 泰夫 氏

第2章 霞が関の取り組み 25

- ◆総務省……………26
医療・介護分野における ICT 利活用の推進
- ◆厚生労働省……………36
介護保険の健全な持続と、地域包括ケアの充実に向けて
- ◆経済産業省……………52
わが国の社会保障費の現状とヘルスケア産業政策の方向性
- ◆国土交通省……………60
コンパクトシティ政策の本格的推進
～コンパクトシティ形成支援チームによる省庁横断的な支援～

第3章 自治体事例 71

- ◆東京都多摩市……………72
多摩市長 阿部 裕行 氏
健康都市宣言で、多世代に選ばれる新しい多摩へ

- ◆静岡県三島市……………82
三島市長 豊岡 武士 氏
健やかで幸せな活気あふれる都市づくりを市民総参加で

- ◆長野県飯田市……………92
飯田市長 牧野 光朗 氏
「共創の場」づくりで、住民のポテンシャルを引き出す

第4章 先進企業の取り組み 103

- ◆株式会社インターリスク総研……………104
特別研究員 本田 茂樹 氏
- ◆株式会社カーブスジャパン……………112
代表取締役会長 兼 CEO 増本 岳 氏
- ◆株式会社カナミックネットワーク……………120
常務取締役 山本 景士 氏
- ◆積和グランドマスト株式会社……………128
代表取締役社長 小山 健 氏
- ◆株式会社データホライゾン……………136
代表取締役 内海 良夫 氏
- ◆凸版印刷株式会社……………144
情報コミュニケーション事業本部ソーシャルビジネスセンター
第十営業本部（公共推進担当）センター長 兼 本部長 紅林 美紀雄 氏
情報コミュニケーション事業本部ソーシャルビジネスセンター渉外チーム部長
矢尾 雅義 氏
- ◆一般社団法人日本音楽健康協会……………152
専務理事 戸塚 圭介 氏

- ◆日本調剤株式会社…………… 160
常務取締役 三津原 庸介 氏
- ◆東日本電信電話株式会社…………… 168
ビジネス&オフィス営業推進本部企画部プロジェクト開発PT PT長
後藤 達也 氏
- ◆株式会社 FiNC …………… 176
代表取締役副社長CAO兼CWO 乗松 文夫 氏
- ◆ヤマトホールディングス株式会社…………… 184
常務執行役員 丹澤 秀夫 氏
- ◆株式会社ルネサンス…………… 192
取締役専務執行役員 Senior Managing Director ヘルスケア事業担当 新業態・
新規事業担当 高崎 尚樹 氏

第5章 特別対談 201

地域包括ケアシステムとコンパクトシティ

健康・医療・福祉政策と都市政策の融合を目指して

前・富山市副市長 神田 昌幸 氏

東京大学特任教授 辻 哲夫 氏

大多数の、“病気は持っているけれど病人ではない”人々

久野 団塊の世代が一斉に75歳の後期高齢者となる、いわゆる“2025年問題”まで残り8年となりました。政府のいろいろな方針を見ますと、問題への刻限が近づいていることに対する危機感が感じられ、それら各種対策を下支えする民間ビジネスも社会課題の解決への貢献という熱意も含めてここ数年、だいぶ高まってきたように思われます。

ただ残念ながら、一般の人々の認識となると、残り8年というタイムリミットに対し何とかしなければというほんやりとした理解はあるけれど、具体化という点ではまだまだ課題が多いと私は感じています。

さて、いま大谷理事長は“未病”という概念を推進されておられますが、長年にわたり厚生労働省で中核的役割を果たされてきた大谷理事長が“未病”の推進に取り組まれる背景はどのようなものでしょうか。

大谷 “2025年問題”に象徴される超高齢社会において、すぐにイメージされるのは介護に関する問題だと思います。しかし、実際には人がすぐ要介護状態になることは非常に少なく、その状態になるまでに一定の期間があるわけです。延伸を求めて取り組みが進む健康寿命とは、言わば介護を要する手前の人であり、2025年段階では、健康寿命期間の高齢者が膨大な数に上ることが確実視されています。であるならば、健康寿命から要介護に移行する人をできるだけ食い止めたい、その方が社会としてもより活力があるし、また個人の思いとしても、可能な限り介護を受けるようなことは回避したいと考えるのが一般的な通念でしょう。

そうした観点から私は、地域包括ケアシステムの構築・充実を図る前の段階についてより深く考察すべきだと考えました。どんなに健康な人でも、60、70、80歳になればどこか身体の不具合や不調を抱えるようになる。だからといってその人が皆病人というわけではありません。

一病息災な人がより多く地域で暮らしていけるような社会をいかに創造するのが重要な命題となります。

ただ、高齢者を取り巻く地域のコミュニティが喪失しつつあるのが気がかりです。高齢者が元気に暮らすということは、まさに生き方の問題につながりますが、コミュニティの中で自分がどう生きているのかというイメージが無いと、自身の健康を保つのも難しくなります。健康寿命だけ取り上げてそれを伸ばすよう促されても、個人のモチベーションにはなり得ないからです。人は長生きのために長生きするのではなく、家族と自分の関係や地域における自身の存在意義などを背景として元気に活動するのであって、そういう意味でコミュニティの有無は超高齢社会に大きな影響を及ぼします。

つまり健康寿命を伸ばすのは大切なのですが、もう一段掘り下げて、何のために、またいかにして健康寿命を伸ばすのかを突き詰めていった結果、未病の観念にたどり着いたのです。

久野 では、未病の観念について、解説をお願いします。

大谷 これまで行政も医療も、人間の状態を健康か病気か、の2分法でとらえてきました。病気の手前が健康であるという考え方です。しかし、100歳くらいまで生きる人がさらに増えるだろう今後、おそらく多くの人が高血圧や膝の痛みなど何らかの症状を抱えながら日々の生活を送ることになると思います。現在、日本には40歳以上の人口が7000万人おりますので、この膨大な人口数を健康と病気の分類で線引きするのは不可能、また医療体制もマンパワーが絶対的に不足する上、患者個人にとってもすぐに病気と診断されて長きにわたって多種の薬を服用することになったら、それはそれで身体によくはありません。医療費もかさむ一方です。

久野 健康と病気の間のカテゴリーを具体化する概念が必要ですね。

大谷 はい、健康状態から要介護など医療や介護サービスに依存する



くの しんや

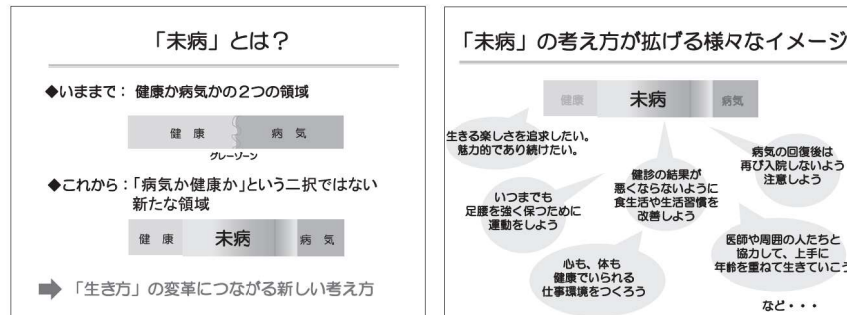
1962年生まれ、筑波大学大学院博士課程修了。医学博士。2011年より現職。2002年に健康増進分野日本初の大学発V B (株) つくばウエルネスリサーチを設立。代表取締役社長兼任。科学的根拠に基づいた超高齢化社会対応の健康政策の構築を目指して2009年全国8市長と Smart Wellness City 首長研究会を立ち上げ、現在31都道府県63区市町に拡大。2015年には産官学の組織である Smart Wellness Community 協議会を发起人の一人として立ち上げ、副会長に就任。内閣府、厚労省、文科省、総務省、国交省等の委員も務める。

確定した医療の一手手前の段階を指すもので、このゾーンに関わる商品やサービスを提供する民間事業者は、医療か健康か判断が曖昧であるが故に、行政からも患者個人からも概して信頼度が低く、産業分野としても健全な成長が難しい面がありました。

しかし、このグレーゾーンに未病の概念を当てはめると、ゾーンその物の幅が広がり、かつ段階的な症状の進展が明確化するため、事業者もより適切なケアやサポートを提供することが可能となります。このサポートという観念は、医療だけでは対応しきれない幅広い分野であり、

までの期間が、実際にはすごく長く、ほとんどの人が日常的に医療と何らかの関わりを持ちながらも、元気に生活しているわけです。言わば、病気は持っているけれど病人ではない、中高年以上になるとそうした人こそごく一般的なのではないでしょうか。また、仮に循環器やがんなどの病気が進行しても、そこから高山に登る冒険家や、亡くなる直前までTV画面に登場したタレントなど、医療の観点からは重篤な病気であっても社会的には病人ではなかった、という人も少なくありません。こうした個人に対し、社会の接し方もこれからは変わっていく必要があります。

また健康と医療の境界線について言えば、従来はその狭間のところをグレーゾーンと呼ぶこともありました。

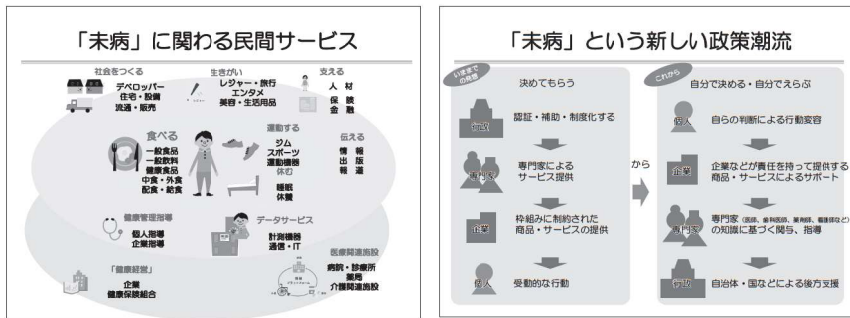


食事、運動、データヘルスなどあらゆる事象が対象となります。そしてその提供主体は企業です。今後、健康サポートに関わる企業が健全な産業分野として育つのであれば、それは大きなビジネスチャンスとなるでしょう。

「治らない」という考えも重要

久野 従来の、行政と医療が健康の担い手だった時代から、一歩踏み出すこととなりますね。

大谷 その背景には、私も含めてですが、行政として健康・医療・福祉に取り組んできた人々の限界や反省があると思います。現在の医療行政は、重篤な疾患や感染症予防などの、よりシリアスな事象への対応にエネルギーが集中しており、また医療費は病気を治すためにあり、病気の手前の状態は医療保険で扱わないという整理です。医療保険で全ての健康需要に対応していたら、遠からず財政破綻してしまいます。従って行政は影響の大きい病気や緊急性のある分野に特化し、病気手前の未病の状況下では、健康維持・増進は個人の主体性を軸に展開し、また個人はその人のライフスタイルに合わせて産業界が提供する商品やサービスを活用しながら自身で律していく、というように方向性が分かれていく



と思います。

久野 未病の主役は、あくまで個人であると。

大谷 個人の取り組みを運動や食事など各分野の企業サービスがサポートし、これに医師など専門家がアドバイスし、さらにその後ろから行政が全体的な健康維持に取り組む、この構図が今後一般的になるでしょう。これまではむしろ、行政や医療がどのように健康を提供するのか、何をしてくれるのかという個人が受け身の体制でしたが、未病主体の時代はその逆で、自分がまず核としてあり、企業がそれをサポート、さらに医師などの専門家がバックアップ、その上で最後に行政が下支えするという個人主体の流れになります。ですので、個人を取り巻く民間事業者や地域社会、すなわち地方自治体がどのようなスタンスで未病に臨むのか、ヘルスケア関連の産業分野を大きく育てる契機にできるかどうか重要なポイントになります。

もう一つ、未病の観念では、老化に伴う慢性的な身体の不調は、なかなか治らないという前提で考えることも重要です。

久野 これも逆説的な考え方のように聞こえますが、そのころは。

大谷 これまでの医療行政は、不調になったら、これを治すことが主眼であり、これを使命として捉え、患者個人も治療に依存するのが一般的でした。が、そもそも人は加齢に伴い100%健康であり続けること

など不可能です。そこで未病の観点で捉えたと、治らないなりに日常生活で病気とどう共生していくか、より前向きで可能なかぎり日常に支障をきたさないような健康生活をどう送るかということに主眼を置くことが大切です。そう考えると、病院を舞台とした治療の場を主体とするより、家庭や地域社会を軸に生活重視で過ごすという発想の観点が必要ではないかと。

久野 今、大谷理事長からご解説いただいているのは、産業界も広く国民と捉えた上で、皆が共通の言語で話せるようになるということが、何かを変えていくのに非常に大事だという点です。そういう意味では、この未病という言葉がもっともっと浸透していくことを期待しています。

私自身、長年こうした健康増進の取り組みを続ける中で、いくつか見えてきたことがあります。一つは、日本は平均寿命、健康寿命とも世界で1、2位を争うわけですが、普通は世界一を極めたならいろいろなことが上手くいっているはずなのですが、ある意味想定を超えるほどの長寿が進んだために、要介護の期間もまた想定以上に長くなってしまいました。しかも、日本の科学技術力をもってすれば、これを解決するさまざまな良質のサービスを提供できるのに、残念ながらこれまで産業として成立しているのは保険が適用される分野に集約されています。例えば医療保険で約40兆円、介護保険で約10兆円と言われているように、



おおたに やすお

1953年5月21日生まれ、兵庫県出身。東京大学法学部卒業。1976年厚生省入省、2005年総務省大臣官房審議官（公営企業担当）、2006年厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、2008年同大臣官房長、2010年同医政局長、2012年厚生労働審議官、2013年内閣官房・国家公務員制度改革事務局長、2014年内閣官房参与、2015年4月より国立研究開発法人日本医療研究機構（AMED）理事、2016年4月より一般社団法人日本健康生活推進協会理事長。

一定の予算規模が見えていれば企業も投資するけれど、健康づくり、すなわち未病領域に関しては膨大な需要がありながら保険という原資が無く、国民自らが健康への投資をしてもらわなくてはなりません。それ故、国民がより積極的に未病領域のサービスに投資をするように深化させていく必要があります。

しかしこれまでは、健康投資という視点では企業も国民も、リテラシーがまだ低いように感じられますが、大谷理事長はこの点いかが思われますか。

大谷 私も同感です。思うに、日本が戦後採ってきた政策の基本スタンスは、国民の生老病死に関して国が公的責任を持つ、というメッセージを強く打ち出しており、その象徴が国民皆保険制度でした。ただ、保険の場合は病気でなければ適用されないわけですが、国民の側からすると、ちょっと体調が悪くなっても病気と考えるのが普通ですし、保険が効くのであれば誰でもそれを利用しようとするでしょう。一方、供給側も公的財源、公的支援のあるところでビジネスすることを考えるのが自然です。

また、国民をさまざまなリスクから保護することを旨とする行政の立場からすると、健康のための運動や食事とはいえ、お墨付きの無いものは基本的に危ないと捉え、個人も国からのお墨付きを欲している、お墨付きの少ない分野には産業界も進出に二の足を踏むという構図が今なお残っています。戦後、日本は公的保険制度が発達し、医療も充実してきましたが、その陰で給付制度や行政規制の対象外である未病や健康増進関係の分野が育って来なかった、という残念な一面があるように思います。

久野 それは国民の意識にしても、同様ですね。

大谷 これまで、厚労省による“健康づくり”の掛け声のもと、食事、運動、休養が推奨されてきましたが、多くの国民にとってはそれが活力

ある老後に結び付くという意識につながらず、結局は病気になったら病院へ、薬へという状況にあまり変化はありませんでした。

また、“予防”という言葉自体も、医師の視点に基づく医療用語のイメージが国民の間にも浸透していて、自分で自身の健康に留意するとか企業が社員やその家族について健康上の注意を払うといった健康経営という意識がなかなか定着していません。つまり、予防も健康づくりも、言葉として形骸化し、国民の心にいまひとつ響いていないのです。

それに対し、“未病”はもともと中国を語源とし、漢方のイメージが無くもないですが、それでも私は、数年前に神奈川県黒岩祐治知事が未病のフレーズを掲げて政策展開されたのを目にしたとき、なるほどこれだと思いました。

ただ、「未病」の字面だけとらえると、^{いま}未だ病気になる、という意味で病気前の健康状態を指すようにイメージされる向きもありますが、私の唱える「未病」とは、がんや脳、心臓の病気にかかっても、急性期を過ぎると、一度もとの生活に戻ることが多く、そこからできるだけ通常の生活を送ることも含んでいます。“未^み”という点にとらわれず、病気になった後もできるだけ病気と共生した健康生活を維持するよう努めるべき、との意味が込められています。

知識の習得と向上を目指し、健康マスター検定を実施

久野 どの自治体においても、市民に対して健康づくりを推奨していますが、一定数までは広がるものの、政策的インパクトをもたらずまでに頭打ちになってしまいます。そこでわれわれSWC（スマートウエルネスシティ首長研究会）は、数年前に自治体と組んで約5000人を対象にランダム調査を行ったところ、健康づくり無関心層が約7割を占めることを明らかにしました。確かに適切な食生活と運動をすれば、エビ

デンスとしてより健康になることが明らかになったし、その結果、医療費の削減にもつながることもわかりました。しかしながら、そのような望ましい行動をする住民が一定数にとどまります。全体の7割をも占めるこの無関心層は健康に関する情報を取ろうとはしないことがわかりました。そのため、結局ヘルスリテラシーが向上しないため、無関心な状態から脱せずにいるのです。運動や食事が健康に良いとは知識として漠然と知っていても、それが行動を起こすところまで自己認識されていないのです。つまり現状のリテラシーでは今後も改善は期待できないと思います。

そうすると、なにぶん健康づくりは自分で投資をする分野であるため、リテラシーを上げていかないかぎり解決はおぼつかないでしょう。個人が、重篤な病気に罹患するまでは健康に関心を持たないならば、そこを変革していく仕掛けをどうすべきかが問われることとなります。その点、自治体や企業における未病領域での取り組みの革新が期待されるわけです。

大谷 自治体にしても企業にしても、個人にとって励みとなるツールが提供されるのが望ましいですね。知識と行動変容がつながってリテラシーとなります。行動変容を促すベースとして知識を増加・蓄積させていく。個人が知識を習得すると日常の会話でそれが周囲の人々に伝わりますので、リテラシー醸成のためにはまず個人レベルでの知識の習得と向上が重要だと考えました。

そこで考案したのが、健康に関する検定です。これを行うべく、私は2016年4月に一般社団法人・日本健康生活推進協会を立ち上げ、17年2月26日に第1回日本健康マスター検定試験を実施しました。

久野 これはどのような検定でしょう。現在はさまざまな分野で検定があり、国民の関心も非常に高いところですが。

大谷 個人として自分や家族の健康に関する知識を高め、周囲への波

及を促すために、「日本健康マスター」の検定を受けるというものです。人間は、肩書や認定があるとそれを周囲に語るなど対外発信したくなるものですから、周囲の人も、自分も検定試験を受けてみようというモチベーションにつながります。

さらにこれとは別にエキスパートコースを設けております。日本の企業には、医師や看護師などの国家資格を取得している人材がほとんど無く、医療・健康関連産業の多くは無資格の人が手がけているのが現状です。いま、企業の“健康経営”が着目されていますが、それを企業内で主に担当する部署の社員はたいてい自学自習、また公的な医療保険だけでなく民間の各種医療保険を扱う人々も、まず独学です。自治体の健康指導からまちの薬局に至るまで、無資格な人が業務に携わっている例は事欠きません。であれば、医療・健康関連の仕事や業務をしている人のリテラシーも高めていく必要があります。そこで検定に専門性を上げたエキスパートコースを設定することで、事業関係者の健康リテラシーも一層高められればと期待しています。

また、久野先生ご指摘の、無関心層の引き上げも非常に重要です。確かに、健康に関心のある人々は相当数おり、その人たちは周囲からの働きかけが無くても相応の知識を持っていて行動も起こしているわけですが、問題は残る大多数ですね。未病への対応はあくまでも個人の関心がベースになっているので、大多数の関心度を引き上げるには、運動などを一緒に始める仲間がいるなど、何らかのコミュニティの存在がカギになると思われます。何か日常的に持続して取り組むバックグラウンドとなるような人と人との付き合いが必要なのではないか、それが無いと一

【日本健康マスター検定】

〈地域〉 〈職種〉 〈産業〉

生活者とビジネスパーソンの「健康リテラシー」の向上を目指す

健検

日本健康マスター検定

特別 日本健康生活推進協会

- (1) 日本健康生活推進協会 設立 (H28.4.1)
- (2) 第1回試験(来年2月26日実施。以降6月、10月に開催予定。)
- ・ベーシック・コース
- ・エキスパート・コース
- (3) テキスト刊行 (8月2日販売開始、NHK出版)
- (4) 健康セミナーの開催
- (5) 後援・協力・パートナー体制

日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、日本栄養士会、スマートライフ・プロジェクト(厚労省)、NHKエンタープライズ、NHKエデュケーショナル、サンケイリビング新聞社、神奈川県、広島県、東京海上日動火災保険、メディアビルHD 他多数

部の知識層と多数の無関心層の格差がより拡大していく恐れがあります。仲間がいて励みとなるような仕掛けや環境整備が望まれますが、そうした場合にも一定の資格を持った人がいると、その人を核として周囲に意識喚起の動きが生じる可能性があるのではないかと。健康マスター検定には、こうしたさまざまな効果を期待しています。

「健康アンバサダー」構想

久野 私は無関心層引き上げについて“耕す”という言葉使っているのですが、以前、ある企業経営者の方とお話したときに、「無関心層の意識を変えなきゃいけないのはわかるけれど、企業としては事業活動の中でそこまで手を広げることはできない」という発言がありました。確かにその通りと思いつつ、一方で厚労省が啓発した「健康日本21」において“メタボ”が日常に定着するなど行政の取り組みの効果もそれなりに大きいわけです。それにも関わらず、7割もの無関心層が存在するわけですから、新たな広報戦略が必要になると思います。

そのため、私たちが耕したい無関心層が、基本的に国や役所からの情報を取らないという姿勢でいるので、情報伝達の間と手段として有効なのは、大谷理事長ご指摘のコミュニティと口コミであろうと考えています。それは近隣や友人に限らず、商店街のお店の人など含めて日常生活圏における多様な場面において口コミが発生する仕掛けが必要です。私たちは今、これを可能とするために、口コミの発生源となる“健康アンバサダー”と名付けたインフルエンサーを2016年より厚労省の支援を受けて健康アンバサダーを全国に200万人つくるプロジェクトを立ち上げました。

大谷 取り組みに至るプロセスが重要だと思いますが、それはどのような発想から。

久野 一つには住民同士のフラットな立場で情報発信してくれる人をできるだけ多くのコミュニティにつくる必要があると考えています。このような発想になりましたのは、カーブスという女性専門のフィットネスクラブのビジネスモデルを知ったからです。同社は10年間で80万人の会員を集めているのですが、募集の方法が従来の広告宣伝型ではなく口コミ主体なのです。同社では、会員がプログラム内容などを気に入りを周囲の人々に伝えた結果、個人に何回くらい話をするとう入会に至るかという統計を取っていて、平均4・5回、その期間が半年から一年くらいだそうです。

つまり、この種の情報を一定期間繰り返し提供されることによって、徐々に無関心層の意識が喚起される、ということはこの事例は示しているのではないのでしょうか。逆に言えば、継続して情報を届ける仕組みが必要だということでもあります。これまで主に行政や自治体などが主催する健康関連のイベントなどは、だいたい年に1回ほどですので、継続的な情報提供とはなっていません。しかも近年の研究によると、個人に対し数人単位で一定期間に継続して情報を受けると、自身も周囲への同調意識から行動変容につながりやすいという傾向も見られるので、このような仕組みをつくるためにも多くのインフルエンサーとしての情報提供者をつくる、それが“健康アンバサダー”200万人育成構想の背景となります。

SWCの参加企業に協力していただき、2016年末段階で東京の多摩市と新潟県見附市、大阪の阪南市でモデル事業に取り組んでいます。例えば第一生命にも協力してもらっているのですが、同社の多数の保険レディの方々は個人のお宅にもお邪魔するので、そのときに健康情報をお伝えする、また前述のカーブスも会員に呼びかけて友人・知人に、さらにはスギ薬局の店舗でもお客さんに対して健康情報を伝えてもらっています。モデル事業での説明会に参加して興味深いのは、これまで自治体

によるイベントとは違った、より幅広い人々が参加している点です。民間企業の力が加わることによる市民活動の、新たな可能性を強く感じました。

それゆえ、これから取り組む課題としては、官民連携自体は従前から必要性が指摘されてはきましたが、2025年問題に向けて、このことをもっと具体的に、もっと加速させていかねばならないことです。さらには、近い将来に、“健康アンバサダー”200万人が達成できたあかつきには、その人たちのモチベーションをどう持続させていくかも我々に問われるところです。例えばアンバサダー各人に対しても何らかの目標があった方がいい。大谷理事長が取り組んでおられる健康マスター検定を受けて認定を取得すると、アンバサダーシニアになるとか。コミュニティレベルのリテラシー浸透を草の根的な基盤として、そこに国や自治体など行政サイドからのサポートが加わるような仕組みができないものか、模索しているところです。大谷理事長からアドバイスを頂けるでしょうか。

大谷 医療や介護など切実な問題については、行政が力を入れている地域包括ケアシステムの推進などがありますが、健康維持・増進となると個人の自発性に比重がかかり、行政が仕組みをつくってもあまりうまく機能しないのは確かだと思います。その点、口コミのように人の一般的な心理に基づいた情報拡散の有効性は、これほどSNSなどが普及した状況を見ても明らかです。行政から人へ、ではなく人から人へ伝わる仕組みの有効度をより検証する必要があると私も思います。また、行政だけではいかんせんアクティブではなく、そこに企業がコミットすることで新たなアイデアや活力が生じるのもその通りだと言えるでしょう。行政と学識、そこに産業界などいろいろな分野の主体が参画する動きが出来てきたのはすごく期待できるし、今後、企業の関与は不可欠だと確信しています。

久野 “健康アンバサダー”構想に対する所感はいかがですか。

大谷 そうした健康リーダー的な方が地域のコミュニティにおいて一定の役割を果たすことは、本人にとっても励みや生きがいの一つとなりますし、アンバサダーと接した人も受ける影響は少なくないと思います。健康マスター検定は現在、個人用の「ベーシックコース」と「エキスパートコース」の2タイプがありますが、いずれは地域の健康づくりに資するような出題範囲を強化していくと面白いかもしれません。そのためにもコミュニティの中核にあたる人物が一定のリテラシーを確保するために健康検定受験をして、例えば名刺などにそうした認定や取得の肩書きを書き込む、それを受け取った人が刺激を受けて自分も目指してみるなど、良い波紋の広がりが期待できます。

2020オリ・パラのレガシーと検定の融合

久野 もう一つSWCで力を入れているのが、2020年東京オリンピック・パラリンピックのレガシーをきちんとつくっていききたいということです。スポーツによる健康へのプラス効果はエビデンスの上ではかなり明確になっていますが、残念ながらそれを日常的に実践している人は3～4割程度です。そのため東京だけではなく、日本全国のレガシーとして、オリ・パラを契機にそうした人口を増やしていきたいと考えています。アスリートだけではなく、国民全体がスポーツに親しみ健康寿命の延伸を図り、この場を通じてコミュニティを形成し、生きがいある人生を担保する、というレガシーです。

例えば今、心疾患の患者が非常に多いのですが、心臓リハビリもかなり進展していて、運動を続けることによってかなり心臓・動脈系の機能を維持できることが分かっています。ただ、リハビリは通常、保険の適用が5カ月くらいでその後は自身でしなければなりません。そうすると

家庭や地域に戻ったとき患者一人になってしまう、せっかく良い状態でリハビリが進んでいたのに、一人では運動療法を継続できずに、元の状態に戻ってしまうという状況が、現場で繰り返されています。リハビリ患者を地域のフィットネスクラブなどで受け入れていただければかなり改善が見込まれるのですが、事業者にとってもリスクが高いということで、ほとんどのフィットネスクラブはそうした既往症がある段階で入会お断りというのがもっぱらですし、そもそもフィットネスクラブ自体が地方では乏しい。このような現状を鑑みながらオリ・パラのレガシーを考えたとき、たとえ地方の田舎であっても、疾病を持った方々患者が効果と安全性が担保される運動療法を続けられるようなサービスを全国津々浦々につくることが非常に大切だと思います。

その上で私たちは、既存の医療機関、薬局、介護施設、そしてフィットネスクラブや総合型地域スポーツクラブなどが連携した、スマートウエルネス・ステーション、すなわち“健康スポーツの駅”を創設したいと考えています。例えば、ある人にはまだ未病の状態なのでフィットネスクラブで一層、健康増進に取り組むことを薦め、ある人にはクリニックの診察を受けた方がいいなど、対象者のベストフィットの専門家のいるところでサポートを受けられるように紹介しあう仕組みを、全国につくことを計画しています。厚労省における医療法42条施設（主に、病気の改善や予防のための運動を行う施設）および、スポーツ庁の健康スポーツ課が主管である総合型地域スポーツクラブ等が中核となって、誰もが、たとえ疾患があってもスポーツの力により健康になれる社会システムの構築が必要と考えます。そして、これらの仕組みづくりは、厚労省とスポーツ庁が連携してレガシーを残すのだという一致団結のもと、取り組みを進めるのが最も望ましいと思います。

そのとき、言わばコンシェルジュのような資格を創設したいと考えているのですが、レガシーの場となる各地域において関連各種の健康系専

門家のみなさんに「コンシェルジュとなるには、健康マスター検定における一定レベルの認定を取得していることを要件とする」といった具合に大谷理事長の取り組みとリンクさせてもらうことは可能でしょうか。

大谷 パラリンピックは、かつては福祉の大会でしたが今では完全にアスリートによるスポーツ大会です。現に、所管は厚労省からスポーツ庁に移っています。ただ、大会の色彩がどうあれパラリンピアンが競技に取り組む姿勢や手段などは、障害者はもとより一般の人々にとっても励みになるでしょうし、そのレガシーを全国に残していくことは非常に有意義なことです。そのレガシーは、何もアスリートクラスでなくてもよい、どこか心身に問題を抱えた人が運動に親しむ、それが障害者の社会参画であり、また中高年の健康増進にもつながるものと思われます。そのとき、運動に関して一定水準の知識を有した人が地域で指導的立場にあたるのがやはり望ましいですね。

そうした背景のもと、日本健康マスター検定と関連して考えますと、まだ第1回目を終えたばかりではありますが、将来的にこれが軌道に乗ったら何らかの形でカスタマイズしていくことは十分可能だと思います。特定のニーズについて重点的な知識を持った人材が各地から求められるようになれば、検定内容もそれに合わせて多様化したりコースを設定するなど、私たち主催者側も柔軟な対応が取れると思います。私自身のイメージは、1級、2級といった等級でレベル分けするより、地域指導者向けコースとか企業の健康経営アドバイザーになるとか、スポーツと健康の融合に特化する人材を認定するなどのニーズに応じた類型でゾーニングをしていけば、健康リテラシーの底上げが具体的に期待できると思います。久野先生が構想されたような特化したカスタマイズが遠からず実践できれば何よりです。

久野 まずニーズがあつての話だと思いますので、SWCでも会員の皆様のニーズを吸い上げ、今後は具体的に健康マスター検定との連携の

道を検討していければと思います。むろん現在でも各分野で資格や認定は既にありますから、それらをベースにしつつ新しい観点からの認定などを有した人を多数輩出していく、というのが現実的な対応かと思います。健康マスター検定のような取り組みがそのモデルとなれば、私たちはぜひ積極的に活用させていただきます。

大谷 社会的意義と有用性を関係者が認識すれば、「健検」（日本健康マスター検定）とSWCの取り組みの有機的連携は十分あり得ると確信しています。国民の多様なニーズに応え、かつ各方面が得心する仕組みなり方法を模索することは大いに意味があると言えるでしょう。

久野 冒頭の問いかけに戻りますが、2025年に向けては社会システムの変革とともに、国民の価値観などの変化も求められると思います。とはいえ、あらゆる事象を変化させていくのは難しい。少なくとも、これだけは改めていく必要がある、と大谷理事長が思われる事柄を数点あげていただくとしたらどのような点でしょう。

大谷 まず、地域で個人の健康データを幅広く収集して、多くの関係者がそれを共有し活用できるようなデータベースが構築できれば、将来的に非常に有用です。

また、医療との連携は今後もさらに強固であるべきです。こうした議論のとき、往々にして、だから病院には行かなくていい、薬を飲む必要はないとの発想になりがちですが、冒頭で申し上げたとおり何らかの疾患を抱えながら日常生活を送るのならば医療との関係性は不可欠です。地域のかかりつけ医の存在が重要なのはもちろん、医療関係者も健康データを参照したり共有するわけですから、医療との決別は基本的にあり得ません。健康状態から治療段階まで長いスパンで個人の健康管理が行き届くのが望ましい姿です。

そして今後は、自治体間あるいは地域間で、個人の健康管理体制が整備されているところとそうでない所の差が明確化してくると推測されま

す。自治体の意識や体制がより一層問われることになるでしょう。健康に関する個人の意識が問題だと縷々申し上げましたが、健康水準の底上げは市町村が推進の母体であることには変わりありません。突き詰めると、最後はまちづくりの在り方に帰着するかもしれませんね。もう主体は国ではなく、県が広域を受け持ち、市町村が直接、市民・住民とかわり合う時代になりつつあると思います。

久野 国から指示されたから実践するのではなく、自ら能動的に取り組んでみて、それが効果的だとわかれば日本全体に波及していくよう国に音頭を取ってもらう、つまり地方から国へ提言するというのが基本的な姿勢であると、SWC首長研究会に加盟している自治体首長各位も口をそろえて言われています。まちづくりは自分たちが主導して行うのだという矜持が根底に在り、その点をまさしく大谷理事長にご指摘いただきました。

大谷 超高齢社会への対策は、まだまだ為すべきことはたくさんありますね。特に「未病」にあたる部分は、行政ではなく産業界やNPOなどが果たすべき役割がまだまだ多く埋蔵されていて、これからより多くの民間が活動できる未開の地が広がっていると思います。

久野 本日は貴重なご意見を多数いただきました。ありがとうございました。