

今、日本の医療に必要なイノベーションと ドイツ・フライブルグ市の事例

多摩大学 医療・介護ソリューション研究所 教授
一般社団法人 JA共済総合研究所 客員研究員

まのとしき
真野俊樹

アブストラクト

日本の財政が巨額の赤字を計上する中、医療費の高額化が問題になっている。医療費の高額化の主な原因は高齢化と技術進歩であるが、団塊の世代の高齢化もあいまって、国民医療費は毎年数千億円から1兆円ほどの水準で増加している。

そのような状況の中、本論文ではイノベーションとしての「健康寿命の延伸」というテーマで、今後の健康維持や疾病予防に対する取組みについて考える。

なお、ここでいうイノベーションとは単なる技術革新のみならず、プロセスやシステムのイノベーション、財政の視点も含めていえば、医療サービスの提供の効率化、生産性の向上、健康維持、医療周辺産業の活性化といった様々な視点を含む。

高齢化対策としての健康寿命の延伸は、世界各国でまだ成功している事例が少ない。ドイツのフライブルグ市における健康増進都市としての取組みが今後の若干の参考になればということで事例として紹介する。

(キーワード) 医療費抑制 医療制度改革 イノベーション

目次

1. はじめに
2. 医療危機の状況では、医療の何をあきらめるのか
3. 日本の医療に対する評価
4. 生活者が医療に対して参加意識を持つ：皆保険制度は当たり前の制度ではない
5. 医療サービスの特徴
6. 健康とは何か
7. 日本古来の健康観
8. 健康と養生
9. 健康の価値を考える
10. 健康サービスの推移
11. マスメディアによるブーム
12. 予防医療の視点
13. フライブルグ市の取組み
14. 環境都市としての取組み
15. 健康増進都市としての取組み
16. まとめ

1. はじめに

日本の財政が巨額の赤字を計上する中、医療費の高額化が問題になっている。医療費の高額化の主な原因は高齢化と技術進歩であるが、団塊の世代(1947～1949年生まれの世代)の高齢化もあいまって、国民医療費は毎年数千億円から1兆円ほどの水準で増加している。

医療技術の高度化もよいことばかりではない。特に値段が問題である。たとえば、先進医療であるがんに対する粒子線治療費は自己負担部分のみで約300万円という高額である。しかし技術進歩による高度化は、これまで不可能だった高度な治療を可能にし、これまででもできていたことをより安価に大量に供給することから問題ばかりともいえない。

ここで、マルサス¹の人口論を思い起こしてみる。18世紀末にマルサスは人口の増加に比して、食糧生産が追いつかないとして、人類の危機を予言した。しかし、実際には科学技術の進歩で、食糧の生産性が飛躍的に伸び、危機は起きなかった。現在の医療費の高額化などの医療危機も、同じように技術革新(イノベーション)で乗り切ることはできないであろうか。

なお、ここでいうイノベーションとは単なる技術革新のみならず、プロセスやシステムのイノベーション、財政の視点も含めていえば、医療サービスの提供の効率化、生産性の向上、健康維持、医療周辺産業の活性化といった様々な視点を含む。

2. 医療危機の状況では、医療の何をあきらめるのか

医療危機の状況では、医療経済学が説くように、旧来の日本の医療が達成してきたとされる、「医療のよい質」、「安いコスト」、「よいアクセス」の3つの併存は不可能になる。

そのため、現在、厚生労働省では大規模病院の外来について受診(アクセス)の制限を行い、さらに病院の機能分化を試みている。これはよいアクセスを犠牲にしてでも、質と低コストを維持しようとする試みだといえる。

実は、世界の国々を眺めてみれば国民の要求に応えるために、言い換えれば政治的に、形ばかりの外形的な皆保険制度ができた国もある。そのため中身は国によって様々である。そして、国の財政によって保険でのカバー範囲が異なっている。同じ皆保険であっても、たとえば高額な抗がん剤を保険でカバーしていない英国のような国もあれば、日本のようにカバーしている国もある。新興国のように診断までは皆保険でカバーするが、高度治療は対象外という国もある。また、多くの国では全世代が保険でカバーされる制度を指向しているのに対し、先進国であるアメリカでは65歳以上と低所得者のみが皆保険の対象という実態もある。一概に皆保険といっても国によってはその中身が薄い場合がある。

医療費の高額化のため日本の皆保険制度も、今後はアクセスの悪化やカバー範囲の縮小などで中身が薄いものになる可能性があるという危機意識が医療界では根強い。

1 トマス・ロバート・マルサス(1766-1834)英国の経済学者。『人口論』の初版は1798年に発表。

最近の高所得国7か国の公的長期ケア費用(2012年。購買力平価の米ドル表示)に関する調査によると、日本の高齢者1人当たり公的長期ケア費用は2,832ドルであり、オーストラリア(2,689ドル)、イングランド(2,280ドル)、イタリア(1,849ドル)、ドイツ(1,803ドル)、アメリカ(1,525ドル)を上回り、スウェーデンの6,399ドルについて、第2位であった²。

筆者も近著『日本の医療、くらべてみたら10勝5敗3分けで世界一』(講談社+α新書、2017年2月)で示したように、日本の医療は現時点では世界一ともいえるほどすぐれている。しかしながら、医療費の高額化や高齢化問題は日本だけで解決できる課

題ではない。全世界で解決しなければならない課題となっている。

3. 日本の医療に対する評価

ここで日本の医療に対する評価について見てみよう。

海外からの日本の医療に対する評価は、高いものが多い。まず、評価が高いものを紹介すると、古くは2000年に行われた世界保健機構(WHO: World Health Organization)の調査、“World Health Report”で健康の到達度(健康寿命³に基づいた評価)の総合評価が1位とされた⁴(図1)。

2012年にカナダのシンクタンク“Conference board of Canada”(1954年設立)で行われ

(図1) WHOによる保険システムの総合評価

総合評価の指標	日本のランク
■健康の到達度 健康寿命(健康に暮らすことができる期間)に基づいた評価	第1位
■健康の公平性 5歳未満児死亡率に地域格差がないかどうかに基づいた評価	第3位
■人権の尊重と配慮 プライバシー情報の適切な管理、受診者の意志の尊重、応急対策、医療環境、医療機関の選択の自由などに基づいた評価	第6位
■医療受診の公平性 経済的理由、性別、年齢、人種による差別がないかどうかに基づいた評価	第3位
■医療費負担の公平性 所得に応じた保険料の設定と、公平な配分がなされているか、どうかに基づいた評価	第8位

(出所) WHO [World Health Report 2000] より

2 John Campbell, Naoki Ikegami, Cristiano Gori, Francesco Barbabella, Rafal Chomik, Francesco d'Amico, Holly Holder, Tomoaki Ishibashi, Lennarth Johansson, Harriet Komisar, Magnus Ring and Hildegard Theobald
How different countries allocate long-term care resources to users: a comparative snapshot
Long-Term Care Reforms in OECD Countries

Policy Press at the University of Bristol, 2016. もちろん、スウェーデン以外のほかの北欧諸国も日本より高いと想定される。

3 人の寿命において「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」をいう(『平成26年度厚生労働白書』, p.135)。

4 これ以降、WHOで医療や健康の評価の報告はされていない。

(図2) 各国の健康指標

REPORT CARD											
Health Indicators											
	Life expectancy	Self-reported health status	Premature mortality	Mortality due to cancer	Mortality due to circulatory diseases	Mortality due to respiratory diseases	Mortality due to diabetes	Mortality due to musculo-skeletal system diseases	Mortality due to mental disorders	Infant mortality	Mortality due to medical mis-adventures
Australia	B	A	A	A	A	A	B	C	B	B	D
Austria	C	A	B	B	D	A	D	A	A	B	D
Belgium	C	A	B	B	C	D	A	B	C	A	n.a.
Canada	B	A	A	C	A	B	C	C	B	C	B
Denmark	D	A	B	D	C	C	B	D	D	A	A
Finland	C	B	B	A	D	A	A	B	C	A	A
France	B	B	B	B	A	A	A	C	B	B	C
Germany	C	B	A	B	D	A	B	A	B	B	C
Ireland	C	A	B	C	D	D	B	D	B	A	C
Italy	A	B	A	B	B	A	C	B	A	B	A
Japan	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
Netherlands	B	A	A	D	B	C	B	C	D	B	A
Norway	B	A	A	B	B	C	A	B	C	A	A
Sweden	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
Switzerland	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
U.K.	C	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
U.S.	D	A	D	B	C	C	C	C	C	D	C

Note: Data for the most recent year available were used. For details on data sources, see the Methodology section of this website.
Source: The Conference Board of Canada.

(出所) <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/health.aspx>より一部加筆修正

た調査でも評価が高かった。この調査は客観的な指標が多く、ここでも、日本は世界1位といえる成績であった(図2)。ちなみに2位以下はスイス、イタリア、ノルウェー、フィンランド、スウェーデン、オーストラリア、ドイツ、フランス、カナダであった。

また、世界67か国、2,500万人以上のがん患者の5年生存率を調査した国際共同研究“CONCORD-2”(1995~2009年)によると、日本は肺がんの5年生存率が30.1パーセントでトップであった。主要国ではアメリカが18.7パーセント、フランスが16.2パーセント、イギリスは9.6パーセントなので、日本の成績はかなり際立っている。この調査による

と、肝がんも日本の成績は良好である。肝がんは肺がんと同様、相対的に5年生存率が低く、日本は27.0パーセントであったが、アメリカは15.2パーセントであり、欧州各国も20パーセントに達していない。一方、胃がんの5年生存率は韓国がトップの57.9パーセントで、日本は54.0パーセントであった。ちなみに欧米は、30パーセント前後と軒並み低い。

公平を期すために、日本医療に対して厳しい評価をしたものを紹介しよう。

まず、2016年2月から4月に行われた、オランダのフィリップス社⁵による調査“Future Health Index Report 2016”⁶というものがある。患者により良い医療と価値をもたらす

5 オランダの世界的な電機機器メーカー、医療機器、家電分野に強い。

6 本レポートの日本語での概要は、フィリップス社ウェブサイト2016年6月9日のニュースから閲覧可。

(1) 医療アクセス (2) 「医療の統合」に向けた現状 (3) 「コネクテッド・ケア⁷ (Connected Care) 技術」の導入—の3つのテーマへの意識を検証、数値化し、100点満点で評価したものである。13か国、総計25,355人の患者と、総計2,659名の医療従事者に対してオンラインで行われた。

その結果、13か国の評価指数の平均が56.5ポイントだったのに対し、日本の評価指数は49.0ポイントでこれを下回るとともに、13か国中、最も低い数値であった。

ちなみに、13か国の順位は

1. UAE (アラブ首長国連邦)
2. オランダ
3. 中国
4. オーストラリア
5. シンガポール
6. 米国
7. スウェーデン
8. 南アフリカ
9. 英国
10. フランス
11. ドイツ
12. ブラジル
13. 日本

であった。

こうなった理由は、日本では在宅医療⁸が高齢化社会には重要であるにもかかわらず、患者も医療従事者もあまりそのことに熱心で

はないからだろう。また、健康維持に重要と思われるコネクテッド・ケアの概念がほとんど知られていなかったことにもよるだろう。

ちなみに、欧米以外の方が、コネクテッド・ケアの取組みを積極的に進めるべきという考えを持っている。たとえば、中国では61%の医療従事者、南アフリカでは63%、アラブ首長国連邦では78%の医療従事者がそう考えていた。日本でコネクテッド・ケアが進まないのは、個人情報保護と機材投資に費用がかかる点が障壁であるというのが日本の意見であった。さらに、ヘルスケアシステム⁹の統合については、多くの日本の患者や医療従事者が統合されているとは感じていなかった。

ひとつこの調査で、非常に気になる点は、「医療従事者」と「患者」の意識ギャップである。「『病気の予防に役立つ薬や治療』『診断に必要な医療検査』などへのアクセスが提供されているか？」という質問に対し、医療従事者は「そう思う」という回答が半分以上を占めているが、一方で患者側は3割前後にとどまっている。

また世界的権威のある英国の医学雑誌『ランセット』のオンライン版に、2017年5月18日に公開されたレポートによれば、東京大学らが実施している、「世界疾病負担研究 (GBD: Global Burden of Diseases) 2015」のデータに基づいて世界195か国の医療へのアクセスと質を評価したところ、日本は195

7 コネクテッド・ケアとは“Alliance for Connected Care” (<http://www.connectwithcare.org/>) のウェブサイトによると、テレヘルスや患者モニター、医師と患者間の安全なE-mailでのやり取りを含む、患者と医療従事者あるいは医療提供者の間でのネットでのやり取りのことをいう。

8 ここでいう在宅医療とは医師や看護師が患者宅を訪問するという伝統的なものだけではない。タブレット等のICT機材を活用して遠隔で医師と面談をするといったものを含む。

9 病院、診療所、介護施設などが有機的につながっていて、切れ目のないサービスが提供されていること。

か国中11位であった。この評価は、アクセスが良く質の高い医療が提供されていれば回避できたと考えられる回避可能死亡率を32の疾患分類ごとに求め、次に食事内容、BMI、身体活動状況などの行動・環境リスクへの曝露の影響を極力排除するため、リスク調整を行い、原因別の死亡率で補正したものだという。

なお、このインデックスの上位10か国は、アンドラ公国、アイスランド、スイス、スウェーデン、ノルウェー、オーストラリア、フィンランド、スペイン、オランダ、ルクセンブルグで、ほかにも人口が少ない国（2,000万人以下）が上位で、英国は30位、米国は35位だった。

ほかにも、医療を含めて住みやすい国を100か国でランキングしたNewsweek誌（2010年8月16日号）のランキングでは、日本は9位であった。これも人口が少ない国が強く、ランキング上位10か国は、下記のようにであった。

1. フィンランド
2. スイス
3. スウェーデン
4. オーストラリア
5. ルクセンブルグ
6. ノルウェー
7. カナダ
8. オランダ
9. 日本
10. デンマーク

総じていえば、日本は、客観データを中心に評価した場合、人口が多い国の中では最優秀である。しかし日本人は、自国の医療システムや自分の健康度への評価が低い。そのため、主観的な指標を中心にすると評価が下

がる傾向がある。

経営学の視点でいえば、顧客の満足度は、その参加意識によって規定される面があるといわれる。たとえば、セルフサービスの場合、食事の内容を選択しているという意識が生まれるので、満足度は向上しやすい。

4. 生活者が医療に対して参加意識を持つ：皆保険制度は当たり前前の制度ではない

現在、日本の医療に求められるものが医療提供者側の論理から生活者側の価値へ、変化している。筆者としては、今後の医療の選択においては患者（あるいは生活者）の参加がきわめて重要と考える。

医療には、通常の産業と異なるいくつかの特徴があるが、最大の特徴は、医療は生活を行ううえでの必需品であるということである。このため、医療には、近代生活のために欠くことができないインフラとして、電力や鉄道、金融といったものと同じような公共性が必要になる。日本では、いつでもどこでも医者にかかることができる、あるいは救急車を呼べばすぐに来てくれる。これが当たり前になっており、誰もそれを疑うこともない。現在の国民皆保険制度は、空気のように当たり前になっているといえよう。

日本の医療制度は、世界に誇る国民皆保険制度によって、患者が自己負担の金額を意識しにくい仕組みになっている。これは、いつでもどこでも医者にかかることができ、受診抑制を起こしにくいというデメリットはあるが、言い換えれば平等な医療を受けることができるといった大きなメリットがある。

この日本が置かれている状況は世界の中で見ればかなり恵まれたものと言わざるをえない。恵まれるがゆえに、今までの日本人は受診の抑制だけにとどまらず、健康についてさえも関心を払わなかったように思える。

一方、古来中国人は毎朝の体操に太極拳を取り入れているように、健康に注意を払ってきた。またアメリカ人は自らの加入している医療保険や病気について医師なりに知識がある。この差はなんであろうか。

医療制度が優れている日本では、これまで医師にお任せ、それも病気になってからお任せでよかった。しかし、高齢化が進み、医療費が増大している今、国民皆保険に対する国民の意識変革が必要である。

5. 医療サービスの特徴

さて、ここで医療サービスの特徴を確認してみよう。

1972年のノーベル経済学賞受賞者の経済学者ケネス・アロー¹⁰は、医療の財としての特殊性を、1) 医療が人間の基本的ニーズであること、2) 必要性和費用が予測できないこと、3) 患者と医師間の情報の非対称性の存在から説明している (Arrow K (1963), 真野 (2002))。

アローがいうニーズとはなんであろうか。マズロー¹¹が提唱したものとは違う視点、すなわち行動科学、マーケティングの視点で考えてみよう。

ニーズとは、フィリップ・コトラーほか

(2002) によると「何かの不足を感じている状態を指す。食糧や衣服、暖房などの身体的ニーズもあれば、何かに参加したい、誰かを愛したいといった社会的ニーズ、自己実現のような個人的ニーズもある。ニーズは創りだされるのではなく、人間に本質として備わっている」ものを指すのである。

ここでは、医療ニーズは市場という資源配分手段より普遍的かつ古いものであることを確認しておく必要がある。たとえば、市場が効率的に機能していない国々、たとえばアフリカなどの発展途上国においてでも、疾病構造の違いこそあれ、感染症を中心に多くの疾患が存在する。すなわち医療のニーズは存在する。

ここで重要なことは、この医療のニーズが変化することである。日本では感染症という急性疾患が疾患の中心であったステージから、現在のように生活習慣病が中心のステージへと変遷を遂げた。さらに、超高齢社会¹²になり、医療が生活の一部となるという状況となった。肺炎が死亡原因の上位になるなど疾病構造も変化してきている。このようなステージでは個別化された対策が重要になるのは言うまでもない。

このステージになると生命の寿命と健康寿命のギャップが問題になる。ここで、健康と不健康をへだてる概念はかなり主観的なもので、単に病気か病気ではない、といった単純なものではなくなる。例えば大きな疾病があったとしても何らかの助けを借り日常生活が

10 ケネス・アロー (1921-2017) 米国の経済学者。著書に『社会的選択と個人的評価』など。

11 アブラハム・マズロー (1908-1970) 米国の心理学者。著書に『人間性の心理学 モチベーションとパーソナリティ』などがある

12 65歳以上人口の割合が21%超の社会

できる、あるいは生産的な生活ができるような状況があれば、これは健康とって良いのではなかろうか。例えば、ALS¹³を患っているホーキング¹⁴教授などはその良い例であろう。

この変化はいわゆる先進国では、時間のずれはあるにせよほぼ同様である。

次に、2) に述べた医療の必要性和費用が予測できないことについて、3) の情報の非対称性と合わせて説明しよう。経済学では、2) のことを不確実性という言葉で表す場合も多い。この不確実性のリスクを避けるために保険が必要であると説明される。

医療においては、3) の情報の非対称性と2) の不確実性を区分しておきたい。情報の非対称性とは、ある財の需要側と供給側との間に、保有する情報の質や量に差異がある状態のことである。情報の非対称性は主に患者側の不利益を起こすものであり、医療内容の開示、医療広告規制の緩和などで対策が考えられているわけである。一方、医療の不確実性は医師側、患者側ともにリスクが発生するのが、医療の特徴である。すなわち、医療の場合には例えば年代別、職業別などに、罹患しやすい病気を統計的に知りえても、各個人がいつ、どのような病気にかかるかは予測できないという不確実性が存在する。

この不確実性という特徴は、医療という財にかなり特徴的なものである。したがって、このような医療における不確実性に極力対応するために、医師には医業を行うための6年間という勉学の期間があり、医師国家試験合

格を義務化されている。そのかわり業務や名称独占が認められているのである。

この不確実性が存在することは、医療という財を扱う場合に、「情報の非対称性」だけではない特殊性を考慮しなければならないことを示す。消費者や患者の立場から言えば、不確実性や情報の非対称性に基づいて、「騙されない」ように、医師をはじめとする公的な資格が作られて、判断能力が担保されているのだ。

旧来の感染症を中心にした医療への対策の場合には、ここまでで十分であった。つまり、公的な保険制度を中心に、病院を充実させ、医師ら医療従事者の質を担保していけばよかった。

しかし、なぜ、フィリップス社の調査のような「医療従事者」と「患者」の意識の乖離が生まれ、人口小国の方が、医療に対する評価が高くなるのであろうか。その理由として、「医療従事者」が「患者」である国民のウォンツ（欲求）に答えていない可能性があるのではないかと筆者は考える。

前出のコトラーほか（2002）によると、ウォンツとは、「その人の文化的背景や個人的特性に応じて、ニーズが形をとったものである。病気になれば、アマゾンではシャーマン¹⁵を探すだろうし、アメリカでは医者を探す。つまりウォンツはニーズを満たすものと言うことができる。」という。そして、このウォンツに購買力がつくとき必要になる。

今、日本の医療に何が必要かという、従

13 筋萎縮性側索硬化症 ALS : Amyotrophic lateral sclerosis

14 スティーヴン・ウィリアム・ホーキング（1942～）、英国の理論物理学者。

15 祈祷師

来のようなニーズだけへの対応ではなく、ウォンツへの対応なのではないか。このウォンツへの対応をどうするかが今後、大きな課題になる。もう少し違う視点から説明しよう。

6. 健康とは何か

ここで、「健康とは何か」を確認してみたいと思う。WHO（世界保健機関）憲章にある健康の定義は、「健康とは、身体的、精神的ならびに社会的に完全に良好な状態（完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態）にあることであり、単に病気や虚弱ではないことにとどまるものではない。到達しうる最高度の健康を享受することは、人種、宗教、政治的信念、社会・経済的条件のいかにかわらず、全ての人類の基本的権利の一つである」とある。ここで、健康の定義に精神的ならびに社会的にという言葉が入っていることに注意したい。

1998年にWHOでは健康の定義の中にspiritualとdynamicの二つの語を新たに加える提案がなされた。英語の原文を見ると、

“Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

というところである。ここでは、翻訳が難しいがspiritualつまり「魂」の健康を加えるという議論がなされたのである。

人間の歴史のなかでは、健康を社会的な視点からも考えることは十分に行われてこなかったといってもいい。現代社会では健康を客観的に測定するだけでなく、相対的なもの

として捉え、かつ受動的な面よりも能動的な面が強調される。また健康の目標も個人個人で別個に設定されるものになってきている。さらに、生きることの目標との調和において、健康の目標が築かれるものと考えほうがより自然であるといった考えが広まっている。健康と生活習慣との結び付きを重視する時代になったといえよう。ここでの生活習慣は、かなり広い意味合いで捉えることもできよう。

7. 日本古来の健康観

次に、健康という語が作られた「起源」を見ていこう。少し長くなるが、野村ほか(2003)『健康ブームを読み解く』より一部改変して引用したい。

福沢諭吉が1860年に書いた『華英通語』には、「Health」という英語の文字があり、カタカナで「ヘルス」とふりがながふつである。対訳は「精神」となっている。いま私たちが使っているケンコウという言葉は、ここでは訳語として使われていない。つまり、この辞書を見てわかるのは、この1860年ごろではまだ、「健康」という言葉が「Health」の訳語としてすぐに出てくるほど、日本語のなかで一般的に定着していなかったということである。

たとえば、有名な貝原益軒¹⁶の『養生訓』には、健康という言葉が使われていない。ここには、「康健」という語が使われていて、益軒の言葉を見ると、「いま持ってい

16 貝原益軒（1630–1714）江戸時代の本草学者、儒学者。

る元気を無駄に消費しないように儉約して保養せよ」と書かれている。これは、『養生訓』の中心的思想で、今日の健康に見られる、「未熟な身体を精力を費やして強く鍛えよ」という考え方とは異なる。貝原益軒の時代には、健康という語はまだ使われていなかった。少し時代を下ってくると、二百年ほど前の1796年、医者の稲村三伯¹⁷の出版した『波留麻和解』というオランダ語の辞書が作られた。この辞書が「健康」という言葉がはじめて使われたとする説がある。

ちなみに、「養生」とは、平凡社の世界大百科事典では、「中国で、生命を養って長生をはかること」をいう。英語ではcureよりもcareの意味に近い（新和英中辞典 研究社）。

8. 健康と養生

引き続き野村ほか（2003）より、一部改変して引用する。

健康概念は、このような西洋医学移入の経緯をへて、日本人が解剖学と生理学の知識をとおして身体を見る習慣を身につけたあとで誕生した。それは、山脇東洋¹⁸のように「解剖」をしたにもかかわらず、伝統的な観念で身体を見ている時代には成立しえなかった。解剖学や生理学の知識を身につけて、それをとおして身体を見るように変わった時代で、はじめて日本人は健康という語を作る必要に直面することに

なる。

ここでポイントになるのは、生理学的法則を真実として受け入れた人々の健康の実践と、江戸時代までの養生の実践の違いになる。医学は当然前者の立場であるから、医学に基づく医療も前者の立場になる。

現在、健康の領域で混乱が見られるのは、医学を基礎にしたエビデンスがある医療と異なって、健康の部分には、ここでいう日本古来の「養生」の部分に基づく、経験に基づく部分があるからである。

前者の医学に基づく健康維持は、生理学的に法則を明らかにして、この法則に従うことによって病気を予防したり、治療しようとするものである。このとき、健康の基準となるのは「正誤」の基準になる。たとえば「運動不足」は、血中コレステロールの増加や肥満の原因となるので、ただちに「誤り」だと判定される。そこに人間の判断や恣意が入り込む余地はない。

後者の「養生」の基準に対しては、人々は自分がどの程度この基準に従うかを自分の裁量で決めることができる。しかし、「正誤」の基準に対しては、この法則に逆らわないようにして生命を持続する努力をするか、もしくは、その努力を怠って法則が与えるペナルティーを甘んじて身体に受け入れるかということになる。

17 稲村三伯（1758－1811）江戸時代の蘭学者。

18 山脇東洋（1706－1762）江戸時代の医学者。

事が「健康」となると、少し話が違ってくる。この部分では後者すなわち「養生」の立場をとるものがいてもいい。実際に、その立場をとるものは多くいる。

ここでは、最終の目標は客観的な「治癒」といった結果ではない。QOL (quality of life) あるいは生活の質・満足とでもいえるものが最終目標であり、健康の達成はその手段に過ぎない。であれば、養生をするという過程を重視するものも、エビデンスが弱くても許容されることになる。

9. 健康の価値を考える

体の状態がマイナスになった病気である状態を元に戻すのが医療であるならば、ゼロからプラスにもっていかうとするのが健康志向(養生)となる。また、これに将来というものを考えて、将来マイナスにならないようにあらかじめ手を打っておこうというのが予防の考え方である。

すなわち、同じように健康そうに見える状況であっても、まったく同じレベルではなく、限りなくゼロに近い健康もあれば、非常にレベルが高い健康状態もあると考えるべきであろう。

10. 健康サービスの推移

以前には、健康、医療、福祉、介護、教育、環境、安全といった分野でお金を使うことを、消費ではなく支出といった。しかしながら、これらを投資として考えようという動きが出てきている(武内・山本(2013)、真野(2005))。

では、ここでなぜ健康ビジネスが伸びなか

ったのかを復習しておこう。

大体において、医療界では健康は何かという議論はまず、「病気でない=健康」と考えるのはよくない、という確認から始まる。そして、健康は全人的(ホリスティック)なものだから、医療現場を「病気を治す場」から「健康を増進する場」へ変革しよう、という話になる。健康について医療界で取り組もうという方向は昔からあるのである。しかし、実際に健康ブームは医療界から起きてはいない。

たとえば、第一回の健康ブームはスポーツ&レジャーブームといわれる。以下、少し長くなるが、高橋(2004)『図解 健康業界ハンドブック』から改変引用したい。

1969年に、セントラルスポーツがスイミングクラブを設立し、運営受託方式により会員と施設を増加させていった。1971年にはダイエーレジャーランド(ダイエーオリンピックスポーツの前身、コナミスポーツに売却)が、1973年には日本体育施設連盟(NAS)が、1974年にはピープル(現在のコナミスポーツ)がスイミングスクールをオープンさせている。ついで、紅茶キノコ・青竹踏み・アロエ・霊芝・クロレラ、ルームランナー、1977年にぶらさがり健康器健康法&健康機器ブームが起きた。

1980年代年代には若い女性を中心としたエアロビクスブームから始まり、各地にエアロビクス(ダンス)スタジオが登場し、総合フィットネスクラブ業態が主流となり、大型化・一般化していった。

また1980年代前半~中盤にかけては、温

泉旅行をはじめとしてアロマテラピーや入浴剤、香りグッズなどリラクゼーションビジネスが流行した。リラクゼーション消費の主役は若い働く女性＝OLであり、健康ビジネスの消費の主役は主婦からOLへと変化していった。この時期に話題になったのは、1980年の「ポカリスエット（大塚製薬）」、1983年の「カロリーメイト（大塚製薬）」、1984年の「バブルスター（原ヘルス）」の発売である。

1991年にバブルが崩壊して、バブル時代に建設されたリゾート施設・フィットネスクラブなどの施設ビジネスの経営は悪化し始めた。

一方で新たに登場してきたのが、健康産業の新業態である。1991年には「スーパー銭湯」業態、1994年には「クイックマッサージ」業態が登場した。スーパー銭湯は健康ランドやクアハウス、サウナ等と比べて投資規模が小さいうえに、利用料金も数百円と安く、幹線道路沿いを中心に店舗が増えていった。クイックマッサージはフットケアサロン、リフレクソロジーサロン、ショートマッサージ等の名称でオフィス街を中心に拡がっていった。この時期に話題となったのは、ツボ押しグッズ、ヨーグルトきのこ、ココアダイエット、スヴェルト（クリスチャンディオール）などである。

この時期、設備投資型の健康サービスで話題になったものは少ないが、1992年に日本初の本格的タラソテラピーセンター「タラサ志摩」がオープンしている。

さて、ここまででの段階では、健康産業は

あまり成功していたとはいえない。その原因は医療とのミクスチャーが少なかったことがひとつ。もうひとつは、ハード面の提供にとどまり、ソリューションを提供していなかったことがある。さらに言えばサービスという視点、つまり、マーケティングの視点が乏しかったことではなからうか。

11. マスメディアによるブーム

次いで、マスメディアによる健康ブームがおきる。このスタイルはいままでのハード重視型とは異なり、ソリューション中心型であった。

1996年以降の動きについても、引き続き高橋（2004）から改変引用したい。

1996年に健康情報テレビ番組「発掘！あるある大事典」がスタートした。その後も次々と同様の健康情報テレビ番組が登場し、番組で取り上げられた健康法や健康商品がすぐに話題となりブームを生み出した。テレビ番組の「思いっきりテレビ」で司会のみのもんたに取り上げられた健康関連商品が、番組放映の翌日に飛ぶように売れるという。

引き続き1998年には健康雑誌『日経ヘルス』が創刊された。1990年代後半からテレビや雑誌といったマスメディアが一般大衆に対して健康ブームを次々と仕掛けていくという構図が確立していった。

マスメディアの発信により話題となったのは、赤ワイン、ビール酵母、海洋深層水、アミノ酸、コラーゲン、ガルシニアダイエット、きなこ、チョコレート、ざくろ

ジュース、黒ゴマなど幅広い。これ以外にも様々な健康志向食品がヒットし、有機野菜やオーガニック食品など日常の食事で健康を意識する傾向が見られた。長年にわたる悪い生活習慣が引き起こすといわれる脳卒中・ガン・心臓病が死因の上位を占めるようになり、消費者は健康商品・サービスに対してレジャーやリラクゼーションだけでなく、日常的な生活改善による体質改善（人によっては病気改善）を求めるようになったためである。この時期に話題となった商品は、1998年の「健康エコナ（花王）」や2001年の「アミノバイタル（味の素）」など食品関係が多い。また1990年代前半に登場したスーパー銭湯や、フットケアやクイックマッサージサロンは順調に店舗を拡大していった。

また2000年には国民の健康づくりに取り組む目的で「健康日本21（厚生労働省）」が施行されたが、法的拘束力が弱くあまり話題にはならなかった。しかし少子高齢化や医療コスト増加、生活習慣病患者の急増により、政府が本格的に「予防医療」に注力するきっかけとなった。

2002年には「健康増進法」が施行された。これは2000年に施行された「健康日本21」の法的根拠となるものであり、自治体や大企業、商業施設での禁煙（分煙）を後押しすることになった。2003年には国民健康保険の自己負担割合が2割から3割へと拡大し、病気になる・予防する「セルフメディケーション」意識が少し高まった。

また健康ブームを仕掛けるマスメディア（健康情報テレビ番組、健康情報雑誌）に、

テレビショッピングが加わり始め健康器具やダイエット器具のヒットを次々と生み出した。これもまさに、ソリューション提供型といえる。インターネットの急速な普及により、ホームページやメールマガジンによる健康・医療情報の提供も無視できない存在となり、インターネットを活用した健康相談・健康管理、健康食品販売など新しいビジネスモデルが台頭してきた。また景気悪化等によるストレス関連疾患・うつ病など心の病気が社会にひろがりつつあり、メンタルクリニックをはじめマイナスイオン家電、酸素バーなどの「心の癒し」「メンタルケア」を目的とした本格的な癒しビジネスが増え始めた。

さらに、大江戸温泉物語、スパ ラクア、スパラグーナといった大型温浴施設（リゾート）がオープンしており、停滞気味だった施設型の健康ビジネスに復活の兆しがある。

その後も、テレビなどのメディアでの健康ブームは続くが、大きな変化は2008年4月に、特定健診・特定保健指導が制度化された時の「メタボ」ブームであろう。2009年には流行語大賞に「メタボ」という言葉が選ばれるなど一大ブームになったことは記憶に新しい。

さらに、2015年ころから炭水化物を減少させるダイエットが一世を風靡した。その他としては、現在でも皇居周囲などを走っている人を多く見かけるなどマラソンブームがあげられる。

そして、安倍政権で、2013年6月に閣議決

定された日本再興戦略では「健康寿命の延伸」が重要なテーマとして掲げられるにいたった。

旧来は、健康領域を、あくまで医療や医療保険の枠組みとは別に考えていたが、ここにおいて、医療保険分野で扱う分野を純粋な医療として、健康サービスを扱う分野がそれを包含すると考えることもできるようになった。あるいは予防と保険医療が連続的なものと考えられるようになってきた。最近では、予防と保険医療は連続的なものと考えられ、国民の健康意識は明らかに高まっていると言えよう。

12. 予防医療の視点

すでに述べたように、医療サービスの特徴として、ニーズに基づくという点がある。これは言い換えれば、ニーズだけに対応しているだけでは、需要を喚起できないということでもあった。

しかし、予防医療の場合には状況が異なる。もっといえば、これはいままで述べてきた養生であり、健康を維持することである。たとえば薬の認可のように、RCT¹⁹（無作為二重盲検試験）などによる必ずしも明確な根拠がなく、また感覚的なものであっても、それが主観的な意味での健康や幸福につながればいいという発想にもつながる。

このことは、後述するドイツ・フライブルグ市のように、顧客を満足させようとするマーケティングの視点を持ち、予防医療と観光

を絡めることで、街おこしにつなげようという発想にもつながりやすい。

13. フライブルグ市の取組み

ドイツ南部に位置するフライブルグ市（図3）は、フランスの国境まで西に30kmとフランス領に非常に近く、南に60kmも行けばスイス領であるところに位置する。市の北部にはドイツ語で「黒い森」を意味するシュバルツバルトが存在する。

フライブルグ市は、第二次世界大戦の末期に空爆で町が破壊されたという歴史を持つ。この町の大聖堂は空爆で破壊されたが、現在は復元され町のシンボルになっている（次頁写真1）。大聖堂の尖塔は100mを超えるという。

また、フライブルグ市は、ハイデッガー²⁰が総長を務めたフライブルグ大学²¹があることでも有名である。その他として、フライブルグ市は、国際会議などが多く開催されると

（図3）ドイツ全国



19 RCT (Randomized Controlled Trial) とは、評価のバイアス（偏り）を避け、客観的に治療効果を評価することを目的とした研究試験の方法である。

20 マルティン・ハイデッガー（1889-1976）ドイツの哲学者。『芸術作品の根源』など著者多数。

21 正式名称はアルベルト・ルートヴィヒ大学フライブルグ。1457年創設で学生数は約3万人。同大学は2,000床を有する附属病院も有する。

(写真1)



(出所) 前田成子氏 2017年6月のフライブルグ市でのプレゼン資料より

ころとしても知られる。

現在、フライブルグ市は、ドイツで最も清潔な街とも称される。旧市街にはあたかも小川のような疎水が流れている(写真2)。フライブルグ市は、環境都市(エコシティ)として、第3回「環境首都」賞を1992年に受賞している。このフライブルグ市が、環境都市として生まれ変わったのは、実は戦後のことである。

フライブルグ市が環境対策に取り組み始めた契機は酸性雨によるシュバルツバルトの破壊と原子力発電所の建設計画であった。1970年代に自動車交通量の増加による排気ガスの増加のためシュバルツバルトが枯れ始めた。さらにフライブルグ市近郊に原子力発電所の建設計画が持ち上がった。同時期は、スイス、フランスでは原子力発電所の建設が行われた時代でもあった。しかしながら、フライブルグ市では自動車の交通量規制が行われ、原子力発電所も反対運動により建設には至ら

(写真2)



なかった。このような歴史を持つ環境都市であるがゆえ、この地域では、「同盟90/緑の党」といった環境政策を重視する政党が強い。

その他フライブルグ市で話題になることは、オーストリア・ハプスブルク家の王女マリー・アントワネットが18世紀末に、25歳でフランス王ルイ16世に輿入れの際フライブルグ市に立ち寄ったといわれることである。ちなみに、ハプスブルク家はライン川の上流、スイスのバーゼルからさらに数十キロの小さなブロックという町から始まったと言われる。つまりハプスブルク帝国の歴史はこのライン川上流の田舎領主が神聖ローマ皇帝になってから始まるのである。

もう一つ、アレマン人という言葉がある。これは現在のドイツ人一般を指す言葉であると同時に、フライブルグ市を中心にすれば、フランスの南東からスイスの北半分約200キロの園内を、古来アレマンと呼び、この辺りの人々は、現在でも自分たちはアレマン人という表現をしている。

さて、次節からは、フライブルグ市の「環境都市としての取組み」と「健康増進地域としての取組み」の2つを紹介したい。

14. 環境都市としての取り組み

フライブルグ市ではエコ（環境対策）のために車を極力市街地に乗り入れないようにしている（写真3：フライブルグ市中）。そのためにパークアンドライド（park&ride）ポイントというものを設定している。その歴史は、1970年代に原子力発電所建設計画があったが、住民による反対運動で頓挫した経緯にさかのぼり、その後、住宅地に緑化政策を実施し、さらに車が中心部に行かないように駐車スペースと公共交通との乗り換えのポイントを作ったことから始まっていく。環境に良いものに乗換ええるという視点では、車からトラム（路面電車）、バスからトラムに乗り換えることがポイントになる。当時約6万人の市街地への流入人口があるとされ、そのうち、1/3を車、1/3を交通機関、1/3を自転車というように振り分けた。そして、1985年に「環境定期券」を導入し、バスとトラムなどの共通統一定期券、乗車券を作り、乗り換えの手間を省くなど利便性の向上に努めた。このような政策により公共交通機関へ

(写真3)



の乗客が増え、公共交通機関の赤字がドイツでは下から2番目となった。

現在はトラムが市の中心部から放射線状に8方向に運行している。トラム沿線が市民に便利なように、トラム沿線の周りに住宅を作っていくという交通拡張政策をとっている。また、トラムの路線は路面が緑化されている。トラムにはプラットフォームは無い。乗客は、車道を横切る形で歩道で待っている。このシステムはヨーロッパ交通の最優秀システムと言われている。長野県松本市をはじめ、多くの日本の行政が視察している。

また、フライブルグ市には、世界最先端のエコタウンといわれるポーバン団地もある。ここではパッシブハウス²²という無暖房の住宅も多く作られている。ポーバン団地では各家で駐車場を持たず、中央駐車場という形をとっている。またここでは車が時速6～7キロで走るエリアも設けており、そこでは子供が遊んでいても安心という。

15. 健康増進都市としての取り組み

最近では、フライブルグ市は健康増進都市として新たな産業や雇用創出をしようとしていることでも知られる。雇用では健康セクターの割合が大きい。約25%の市民は健康、病院、医学研究あるいは医療機器会社といった医療関係の産業に従事している。環境問題に重視した結果、市民の健康意識が非常に高くなったようである。

医療産業としては、ウェルネス²³ツーリス

22 ドイツパッシブハウス研究所が規定する性能認定基準を満たす省エネルギー住宅のこと。

23 世界保健機関が提示した、「健康」の定義をより踏み込んで、広範囲な視点から見た健康観を意味する言葉。アメリカの医学者、ハルバート・ダンによって1961年に提唱された。

ムあるいは医療ツーリズムが盛んである。市では、これからもこれらのツーリズムを産業として成長させていきたいと考えている。特にウェルネスツーリズムに関してはスローライフの体験ということを売りにしている。このエリアはドイツの中で最も日照時間が長い(1,740時間)と言われる点、また近隣のシュバルツバルトを利用したハイキングコースや温泉が多い点、あるいは健康にも良いとされる赤ワインの産地であるといった特徴を生かしてのことである。また、医療ツーリズムに関しては、フライブルグ大学病院は心臓手術のレベルが高く、そのような高い医療技術があるために集まってくる患者もいるとされる。

2012年にフライブルグ市では「健康増進地域の概念」を作り始め、企業と共同でクラスター²⁴を作成した。当時28の会員企業が賛同し、ホテル、温泉、ヘルスケアツーリズムの会社、医療保険会社、大学、クリニックなどがクラスターに参加したという。

ロシアからの直行便が近隣の空港に到着するため、ウェルネスツーリズムあるいは医療ツーリズムの顧客は、ロシアからの顧客が多い。また提携関係を結んでいるドバイのようなエリアからの顧客も多いという。その他の地域では、民間保険の加入者数が多いスイスやフランスの顧客もターゲットにしているという。

フライブルグ市のウェブサイトでは、ドイツ語、英語、ロシア語、中国語で市の取組みを紹介している。ドイツも、日本同様に医療関係の広告規制が厳しく行われていること

も、今後の日本にとって参考になろう。

フライブルグ市では企業人の、アンチストレスや健康診断といったことも多くの企業に提供している。健康診断については日本のように法律が規定されておらず、公務員のみ定期健康診断の受診が義務化されていたが、概念が優れているということで徐々に企業にも広がりを見せている。

さて、現在、ウェルネスツーリズムに関しては予防医療を内容の中心に掲げ、それぞれの参加者に最良の予防プログラムが作られるように、コーディネーターがアレンジし予約できるようにしている。

自転車などを使ったハイキング、2週間の予防プログラム、フィットネス、リハビリ、マッサージ、スパなどが含まれたプログラムを提供している。また、ドイツ国民はあまり熱心ではないといわれるが、海外においては大きな市場があるため、ウェルネスツーリズムの一部として美容整形にも取り組んでいる。

一方、医療ツーリズムのターゲットは、上述したような海外の患者もあるが、とくに健康診断を中心にして、ドイツ人もターゲットにしようという試みがある。ドイツでは高収入の国民は民間保険を公的保険の代わりにしているケースが多く、例えば民間保険の保障範囲内で検診等を利用している。

大学病院も積極的に医療ツーリズムに参加している。ライバルは観光に強みがある近隣のハイデルベルグ市であると言われる。温泉保養地のバーデンバーデン市もウェルネスツーリズムとしてはライバルになるという。

24 医療に関連する企業や研究機関、病院などが地理的に集中し、競争しつつ同時に協力しながら新たなイノベーション（技術革新）を産み出す場所をいう。（吹田市ウェブサイトを参照）（<https://kento.osaka.jp/faq/689>）

フライブルグ市としては今後のマーケティングの5つのポイントとして、

- ① 旧市街の美しさと文化があること
 - ② アクティブに自然に絡めること
 - ③ 健康増進に取り組んでいること
 - ④ MICE²⁵、すなわち会議開催などビジネス拠点としても適切であること
 - ⑤ スイス、フランスなどに近いこと
- などをアピールして、医療と合わせた観光都市としても、フライブルグ市を売り出そうとしている。

16. まとめ

超高齢社会に突入した日本では医療費の増大もあいまって、現在の医療制度は、旧来の考え方では団塊の世代が全て75歳を超える2025年を乗り切れないとまで言われている。そのような状況の中、イノベーションとしての「健康寿命の延伸」というテーマで、健康維持や疾病予防に対する取組みを考えた。

高齢化対策としての健康寿命の延伸は、世界各国でまだ成功している事例が少ない。ドイツのフライブルグ市における健康増進都市としての取組みが今後の若干の参考になればということで事例として紹介した。

- ・真野俊樹『日本の医療、くらべてみたら10勝5敗3分けで世界一』講談社+α新書, 2017
- ・真野俊樹『医療危機 高齢社会とイノベーション』中公新書, 2017
- ・真野俊樹『健康マーケティング』日本評論社, 2005
- ・真野俊樹『新版 医療マーケティング』日本評論社, 2011
- ・真野俊樹「医療提供体制と市場」『医療と社会』医療科学研究所, 2002, 7 (No. 1), pp.17-25
- ・コトラーほか『プロフェッショナルマーケティング・サービス・マーケティング』ピアソンエデュケーション, 2002
- ・武内和久・山本雄士『僕らが元気で長く生きるのに本当はそんなにお金はかからない』ディスカヴァー・レポリユーションズ, 2013
- ・野村一夫ほか『健康ブームを読み解く』青弓社ライブラリー, 2003
- ・高橋千枝子『図解 健康業界ハンドブック』東洋経済新報社, 2004
- ・Arrow K : Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, American Economic Review 53 : 941 - 973, 1963
- ・Claudia Allemani, PhD, Hannah K Weir, PhD, Helena Carreira, MPH, Rhea Harewood, MSc, Devon Spika, MSc, Xiao-Si Wang, PhD, Finian Bannon, PhD, Jane V Ahn, MSc, Christopher J Johnson, MPH, Audrey Bonaventure, MD, Rafael Marcos - Gragera, PhD, Charles Stiller, MSc, Prof Gulnar Azevedo e Silva, MD, Wan - Qing Chen, PhD, Prof Olufemi J Ogunbiyi, FWACP, Bernard Rachet, FFPH, Matthew J Soeberg, PhD, Hui You, MAppStats, Tomohiro Matsuda, PhD, Prof Magdalena Bielska - Lasota, MD, Hans Storm, MD, Prof Thomas C Tucker, PhD, Prof Michel P Coleman, FFPH†Correspondence information about the author Prof Michel P ColemanEmail the author Prof Michel P Coleman, the CONCORD Working Group † Global surveillance of cancer survival 1995 - 2009 : analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population - based registries in 67 countries (CONCORD - 2) The Lancet Volume 385, No. 9972, pp.977 - 1010, 14 March 2015
- ・Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990 - 2015 : a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015, The Lancet Online article, 2017.5.18
- ・公益社団法人日本WHO協会のウェブサイト <http://www.japan-who.or.jp/commodity/kenko.html>
- ・フィリップス社ウェブサイト、2016年6月9日ニュース https://www.philips.co.jp/a-w/about/news/archive/standard/about/news/press/2016/20160609_Philips_medical_challenge.html

25 会議 (Meeting)、報奨旅行 (Incentive travel)、会議 (Convention)、展示会 (Exhibition) を表したものの。