

平成 22 年 10 月 28 日

厚生労働大臣 細川律夫殿

特定健診・特定保健指導の今後の改定に対する意見

日本公衆衛生学会 理事長 實成文彦

平成 20 年度より特定健診・保健指導が実施され、2 年が経ちました。日本公衆衛生学会では学会総会で「特定健診・特定保健指導」のより効果的な実施に向けての議論を行うとともに、学会員に対してアンケート調査を実施し、意見の集約をしてまいりました。

日本公衆衛生学会はご存じのごとく、国・都道府県・政令市に勤める医師・歯科医師・保健師・栄養士、市町村保健師、並びに大学医学部・歯学部あるいは看護大学の衛生学公衆衛生学の研究者を中心として構成されております。日本公衆衛生学会員に対する「特定健診・特定保健指導に関するアンケート調査結果」（添付資料 1 参照）では、特定健診・特定保健指導でメタボリックシンドロームの予防・改善を取り上げたことに関しては評価する意見が多数を占めました。一方で多くの問題点が指摘されています。

問題点の一つ目として、保健所医師、市町村保健師を中心に、「特定健診・特定保健指導の導入により、地域に住む被用者保険の被扶養者に対する保健サービスが低下している」という現場の声が挙げられます。被用者保険の被扶養者は従来、市町村が実施する基本健康診査とがん検診を一緒に受けていましたが、特定健診導入後は、特定健診は主として被用者保険の指定医療機関で、がん検診は市町村で受診することになり、その受診形態が不便かつ煩雑になったために、特定健診、がん検診両方の受診率低迷の要因の一つになっています。また、医療過疎地帯では指定医療機関で特定健診を受けることが困難な地域も多数あります。この解決策として、市町村が被用者保険者と連携して被用者保険の被扶養者に対して特定健診とがん検診を一体化したサービスを実施できる体制を整えることが必要であると考えます。また、特定健診の受診率に関しても、市町村国保においては、平成 24 年度の受診率 65%以上の参酌基準のみならず、未受診者の掘り起こしにより複数年度にわたる累積受診率を上昇させたことなどの点を評価することも重要です。

問題点の二つ目として腹囲に関する基準についての議論があります。学会員

の意見の中には腹囲については、男性の基準は厳しすぎ、女性の基準は甘すぎるといふ指摘がありました。International Diabetes Federation ではアジア人の基準（男性 90cm、女性 80cm）を推奨していることや、さらに最近では、腹囲を必須とせずメタボリックシンドロームの 1 構成因子として判断する方法が提唱されています。現在、厚生労働省の研究班では、日本人のコホート研究の統合解析により、この点に関する検討が進められていると聞いています。厚生労働省の研究班の報告を含めて、日本人の科学的エビデンスを総括するとともに、現場での実効性も考慮して、その定義を再検討する必要があります。

問題点の三つ目は、平成 19 年に提言しました（「標準的な健診・保健指導プログラム」[暫定版]に対する意見：添付資料 2 参照）の中でも、すでに述べておりますが、女性や高齢男性ではメタボリックシンドロームに該当する者はそれ程多くなく、腹囲が基準以下で高血圧、糖尿病、脂質異常などの循環器疾患の危険因子が重複する者がメタボリックシンドローム該当者よりも多数認められます。わが国の数々の疫学研究から、腹囲が基準以下でも危険因子が重複すると腹囲が基準以上の場合と同様に循環器疾患の発症・死亡リスクが上昇することが証明されています。従って、非肥満者でも危険因子を有する者に対する食生活や運動の指導はメタボリックシンドローム該当者と同様に重要であります。なお、この件に関しては、現在、厚生労働省の研究班で非肥満者に対する生活指導の方策に関する検討が進められていると聞いております。

問題点の四つ目には、特定保健指導のマニュアルに関して、指導が行い易くなったと評価する意見がある一方で、マニュアルが実現性の観点からみると、保健指導のポイント制など画一化、硬直化しており、地域や職域における保健指導からの脱落者が多く、保健指導を最後まで完了するものは少ないと報告されています。保健指導からの脱落を防ぎ、指導の効果を上げるためには、現場の保健師や管理栄養士がその専門性を生かして柔軟な対応をすることが必要であり、また、保健指導が年度を跨いで継続できる体制を構築することも重要です。

すでに、政府民主党の方針として後期高齢者医療制度は廃止されることが決定されています。今後、新しい医療制度の下で特定健診・特定保健指導がどのように位置づけられるのか不明ではありますが、もし、特定健診・特定保健指導が継続して実施されるようであるならば、前述した問題点を踏まえ、下記の点を考慮した特定健診・特定保健指導の改定のための検討を要望します。

記

1. 被用者保険の被扶養者に対しては、地域で特定健診とがん検診を一体化したサービスが受けられる体制を整える。また、未受診者への受診勧奨を進め、複数年度の累積受診率を把握、評価する体制を整える。
2. 腹囲のカットオフポイントや腹囲を必須項目とするか否かの判断を、コホート研究を中心とした科学的エビデンスや現場での実効性を考慮して、再検討する。
3. 腹囲が基準以下であっても、高血圧、糖尿病、脂質異常などの循環器疾患の危険因子が重複する者に対して、「動機付け支援」、あるいは「積極的支援」に相当する保健指導の実施体制を構築する。
4. 特定保健指導に際しては、その効果を検証しながら、マニュアルに従った一律の指導でなく、保健指導に携わる保健師や管理栄養士などの専門性を生かした柔軟な対応を推奨し、現状の単年度内での指導や評価方法を再検討し、複数年度にわたる指導や評価体制について検討する。

以上

特定健診・特定保健指導に関するアンケート調査結果

第67回日本公衆衛生学会総会

学会長 畝 博*

学術部会長 馬場園 明^{2*}

日本公衆衛生学会員を対象として、特定健診・特定保健指導に関するアンケート調査を実施し、1,201人から有効回答を得た。また、自由記載欄に396人から意見が寄せられた。各設問への回答、ならびに自由記載欄の意見を分析した結果、回答者の意見はほぼ以下のように集約することができると考えられた。

「特定健診・特定保健指導が導入されて健診が改善された」と Positive な回答をした者は20.4%に留まり、全般的に特定健診・特定保健指導に対して否定的な評価をする者が多かった。とくに、「特定健診・特定保健指導によって、医療費適正化ができる」と Positive な回答をした者の割合は9.1%に過ぎず、健診・保健指導と医療費をリンクすることに対して否定的であった。

健診・保健指導の目的をメタボリックシンドロームの予防・改善に絞ったことに関しては、特定健診・特定保健指導に対して Negative な回答をした者の中にも評価する者が多数あった。しかし、男性の腹囲の基準の妥当性については Negative な意見が多く、科学的エビデンスの確立している基準に変更することが望まれる。また、保健指導をメタボリックシンドロームに限定したことに関して、腹囲の基準以下の高血圧、糖尿病、脂質異常などの指導が疎かになることが危惧されている。

健診・保健指導の実施主体が市町村から医療保険者に変更になったことに関して、市町村では健診の対象者が国保の被保険者と被用者保険の被扶養者に分断され、継続した保健サービスの提供が難しくなったことや、被用者保険の被扶養者では特定健診とがん検診が同時に受診できなくなり、保健サービスの低下を懸念する意見が多数寄せられた。もし、健診・保健指導の実施主体が医療保険者に変更になったことにより、地域において被用者保険の被扶養者を中心に保健サービスが低下するようであれば、彼らに対して国保の被保険者と同等の保健サービスが受けられるようなシステムを再構築する必要があると考えられる。

1 はじめに

2008年4月から特定健診・特定保健指導の施行が開始された。特定健診・特定保健指導は1982年から実施されている老人保健法の健康診査体制を26年ぶりに大きく変更するものであった。

今回の特定健診・特定保健指導は経済財政諮問会議の医療費総額管理論に対応するために、メタボリックシンドローム対策に重点を置いた対策を行うことにより、生活習慣病の医療費を削減し、医療費適正化を図ることを目的として導入された。そのため、健診・保健指導の実施主体者は従来の市町村や事業者から医療保険者に変更された。

こうした財政的見地からの制度設計に対して多く

の異論が出されているし^{1,2)}、また、健診・保健指導の実施主体者が医療保険者に変更になったことにより現場に混乱もみられている。

メタボリックシンドロームに関しても、その定義をめぐって議論が繰り返されており、意見の一致を見ていない^{3~5)}。また、健診・保健指導をメタボリックシンドロームに特化することに対しても、多くの反対意見がある⁶⁾。

第67回日本公衆衛生学会総会のメインシンポジウムでは特定健診・特定保健指導を取り上げ、「特定健診・特定保健指導の実践と課題」と題して議論した。しかし、シンポジウムでは残念ながら議論する時間が十分ではなく、現場の意見を十分汲み上げることができなかった。第67回日本公衆衛生学会総会事務局で話し合った結果、特定健診・特定保健指導施行1年の段階での学会員の意見を集約して発表することが必要であると考え、本アンケート調査を行うことになった。

* 福岡大学医学部衛生学教室

^{2*} 九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座
連絡先：〒814-0180 福岡市城南区七隈7丁目45-1
福岡大学医学部衛生学教室 畝 博

II 対象と方法

日本公衆衛生学会員7,358人を対象として、特定健診・特定保健指導に関するアンケート調査票（付録参照）を日本公衆衛生雑誌第55巻12号に綴じ込み郵送した。調査票の回収は、日本公衆衛生雑誌第55巻12号が配布された2009年1月20日頃から2月28日までに郵便にて返送して貰った。

調査票を返送した者は1,394人であり、回答に不備のなかった1,201人を対象として設問1～設問13について集計分析した。

自由記載欄には396人が意見を記述しており、ソフトパッケージ SPSS Text Analysis for Surveys を用いてデータマイニングを行った。健診と保健指導を含むテキストを抽出し KJ 法で整理した。

III 結果

1. 性別・年齢階級別回答者数

回答者数は男性が496人（41.3%）、女性が705人（58.7%）であった。年齢階級別にみると、20歳代が63人（5.2%）、30歳代が239人（19.9%）、40歳代が347人（28.9%）、50歳代が395人（32.9%）、60歳代が157人（13.1%）であり、40歳代と50歳代で60%を超えていた。

2. 地域別、職種別、および職場別回答者数

地域別、職種別、および職場別回答者数は表1、2、3に示すとおりである。

3. 職種別の集計結果

職種別の中で、回答者数の多かった医師、保健師、栄養士の3職種とその他に分けて、特定健診・特定保健指導に関するアンケート調査の設問2～設問12について集計し、表4-1～表4-11に示した。

「そう思う」と「だいたいそう思う」を Positive な回答、「あまりそう思わない」と「そう思わない」を Negative な回答とした。設問2～設問11の全体集計の結果をみると、最も Positive な回答をした者の割合が低かった項目は「特定健診・特定保健指導によって、医療費適正化ができると思いますか」と「特定健診の目標値（全国目標値70%）は達成できると思いますか」の2項目でそれぞれ9.1%と11.1%と低率であった。「特定保健指導の実施率の目標値（45%）は達成できると思いますか」、「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率の目標値（10%）は達成できると思いますか」、「健診情報とレセプトの突合は計画通りできると思いますか」に対して Positive な回答をした者の割合は15～16%台、「保健指導の動機付け支援・積極的支援の対象が肥満者に限定されたことは適切だと思います

か」、「特定健診・特定保健指導の目標値の達成率によって、保険者の後期高齢者医療制度への支援金が異なることは適切だと思いますか」では18%台、「特定健診・特定保健指導が導入されて健診は改善されたと思いますか」、「特定健診・特定保健指導に

表1 地域別回答者数

地域	人数 (%)
北海道	44 (3.7)
東北	94 (7.8)
関東	392 (32.6)
甲信越	38 (3.2)
北陸	38 (3.2)
東海	125 (10.4)
近畿	196 (16.3)
中国	100 (8.3)
四国	51 (4.2)
九州	123 (10.2)
合計	1,201 (100)

表2 職種別回答者数

職種	人数 (%)
医師	408 (34.0)
歯科医師	31 (2.6)
薬剤師	12 (1.0)
保健師	384 (32.0)
看護師	47 (3.9)
栄養士	86 (7.2)
放射線技師	6 (0.5)
臨床検査技師	22 (1.8)
事務職	21 (1.7)
その他	184 (15.3)
合計	1,201 (100)

表3 職場別回答者数

職場	人数 (%)
保健所	195 (16.2)
行政機関	84 (7.0)
市町村	141 (11.7)
大学	442 (36.8)
教育機関	28 (2.3)
病院・診療所	85 (7.1)
健診機関	54 (4.5)
企業	45 (3.7)
研究機関	64 (5.3)
その他	63 (5.2)
合計	1,201 (100)

表4-1 特定健診・特定保健指導が導入されて健診は改善されたと思いますか（設問2）

	医師 (%)	保健師 (%)	栄養士 (%)	その他 (%)	合計 (%)
そう思う	13(3.2)	4(1.0)	2(2.3)	13(4.0)	32(2.7)
だいたいそう思う	56(13.7)	53(13.8)	25(29.1)	78(24.1)	212(17.7)
あまりそう思わない	189(46.3)	237(61.7)	48(55.8)	164(50.8)	638(53.1)
そう思わない	150(36.8)	90(23.4)	11(12.8)	68(21.1)	319(26.6)
合計	408(100)	384(100)	86(100)	323(100)	1,201(100)

表4-2 特定健診・特定保健指導における腹囲の基準は妥当だと思いますか（設問3）

	医師 (%)	保健師 (%)	栄養士 (%)	その他 (%)	合計 (%)
そう思う	8(2.0)	6(1.6)	2(2.3)	3(0.9)	19(1.6)
だいたいそう思う	75(18.4)	72(18.8)	30(34.9)	54(16.7)	231(19.2)
あまりそう思わない	153(37.5)	196(51.0)	34(39.5)	153(47.4)	536(44.6)
そう思わない	172(42.2)	110(28.6)	20(23.3)	113(35.0)	415(34.6)
合計	408(100)	384(100)	86(100)	323(100)	1,201(100)

表4-3 特定健診・特定保健指導導入によって、健診の目的がメタボリックシンドロームの予防・改善に絞られたことは適切だと思いますか（設問4）

	医師 (%)	保健師 (%)	栄養士 (%)	その他 (%)	合計 (%)
そう思う	18(4.4)	7(1.8)	7(8.1)	15(4.6)	47(3.9)
だいたいそう思う	75(18.4)	109(28.4)	39(45.3)	99(30.7)	322(26.8)
あまりそう思わない	144(35.3)	170(44.3)	30(34.9)	137(42.4)	481(40.0)
そう思わない	171(41.9)	98(25.5)	10(11.6)	72(22.3)	351(29.2)
合計	408(100)	384(100)	86(100)	323(100)	1,201(100)

表4-4 保健指導の動機付け支援・積極的支援の対象が肥満者に限定されたことは適切だと思いますか（設問5）

	医師 (%)	保健師 (%)	栄養士 (%)	その他 (%)	合計 (%)
そう思う	9(2.2)	4(1.0)	2(2.3)	10(3.1)	25(2.1)
だいたいそう思う	54(13.2)	55(14.3)	24(27.9)	65(20.1)	198(16.5)
あまりそう思わない	161(39.5)	205(53.4)	43(50.0)	155(48.0)	564(47.0)
そう思わない	184(45.1)	120(31.3)	17(19.8)	93(28.8)	414(34.5)
合計	408(100)	384(100)	86(100)	323(100)	1,201(100)

表4-5 特定健診の受診率の目標値（全国目標70%）は達成できると思いますか（設問6）

	医師 (%)	保健師 (%)	栄養士 (%)	その他 (%)	合計 (%)
そう思う	7(1.7)	4(1.0)	0(0.0)	3(0.9)	14(1.2)
だいたいそう思う	31(7.6)	27(7.0)	10(11.8)	51(15.8)	119(9.9)
あまりそう思わない	126(30.9)	132(34.4)	32(37.6)	144(44.6)	434(36.1)
そう思わない	244(59.8)	221(57.6)	44(51.2)	125(38.7)	634(52.8)
合計	408(100)	384(100)	86(100)	323(100)	1,201(100)

表4-6 特定保健指導の実施率の目標値(45%)は達成できると思いますか(設問7)

	医師 (%)	保健師 (%)	栄養士 (%)	その他 (%)	合計 (%)
そう思う	7(1.7)	4(1.0)	1(1.2)	6(1.9)	18(1.5)
だいたいそう思う	40(9.8)	47(12.2)	16(18.6)	70(21.7)	173(14.4)
あまりそう思わない	121(29.7)	149(38.8)	34(39.5)	134(41.5)	438(36.5)
そう思わない	240(58.8)	184(47.9)	35(40.7)	113(35.0)	572(47.6)
合計	408(100)	384(100)	86(100)	323(100)	1,201(100)

表4-7 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率の目標値(10%)は達成できると思いますか(設問8)

	医師 (%)	保健師 (%)	栄養士 (%)	その他 (%)	合計 (%)
そう思う	6(1.5)	1(0.3)	4(4.7)	6(1.9)	17(1.4)
だいたいそう思う	55(13.5)	57(14.8)	9(10.5)	63(19.5)	184(15.3)
あまりそう思わない	177(43.4)	199(51.8)	47(54.7)	183(56.7)	606(50.5)
そう思わない	170(41.7)	127(33.1)	26(30.2)	71(22.0)	394(32.8)
合計	408(100)	384(100)	86(100)	323(100)	1,201(100)

表4-8 特定健診・特定保健指導の目標値の達成率によって、保険者の後期高齢者医療制度への支援金が異なることは適切だと思いますか(設問9)

	医師 (%)	保健師 (%)	栄養士 (%)	その他 (%)	合計 (%)
そう思う	22(5.4)	13(3.4)	6(7.0)	10(3.1)	51(4.2)
だいたいそう思う	49(12.0)	42(10.9)	25(29.1)	58(18.0)	174(14.5)
あまりそう思わない	129(31.6)	149(38.8)	38(44.2)	142(44.0)	458(38.1)
そう思わない	208(51.0)	180(46.9)	17(19.8)	113(35.0)	518(43.1)
合計	408(100)	384(100)	86(100)	323(100)	1,201(100)

表4-9 健診情報とレセプトの突合は計画通りできると思いますか(設問10)

	医師 (%)	保健師 (%)	栄養士 (%)	その他 (%)	合計 (%)
そう思う	7(1.7)	2(0.5)	3(3.5)	8(2.5)	20(1.7)
だいたいそう思う	55(13.5)	62(16.1)	11(12.8)	47(14.6)	175(14.6)
あまりそう思わない	205(50.2)	204(53.1)	55(64.0)	194(60.1)	658(54.8)
そう思わない	141(34.6)	116(30.2)	17(19.8)	74(22.9)	348(29.0)
合計	408(100)	384(100)	86(100)	323(100)	1,201(100)

表4-10 特定健診・特定保健指導によって医療費適正化ができると思いますか(設問11)

	医師 (%)	保健師 (%)	栄養士 (%)	その他 (%)	合計 (%)
そう思う	6(1.5)	0(0.0)	1(1.2)	4(1.2)	11(0.9)
だいたいそう思う	26(6.4)	36(9.4)	10(11.6)	27(8.4)	99(8.2)
あまりそう思わない	144(35.3)	204(53.1)	51(59.3)	175(54.2)	574(47.8)
そう思わない	232(56.9)	144(37.5)	24(27.9)	117(36.2)	517(43.0)
合計	408(100)	384(100)	86(100)	323(100)	1,201(100)

表4-11 特定健診・特定保健指導によって現場が混乱していると思いますか（設問12）

	医師 (%)	保健師 (%)	栄養士 (%)	その他 (%)	合計 (%)
そう思う	199(48.8)	215(56.0)	35(40.7)	113(35.0)	562(46.8)
だいたいそう思う	145(35.5)	129(33.6)	32(37.2)	122(37.8)	428(35.6)
あまりそう思わない	53(13.0)	34(8.9)	16(18.6)	81(25.1)	184(15.3)
そう思わない	11(2.7)	6(1.6)	3(3.5)	7(2.2)	27(2.2)
合計	408(100)	384(100)	86(100)	323(100)	1,201(100)

表5 特定健診・特定保健指導によって現場が混乱している理由（複数回答可）

混乱している理由	医師 (%)	保健師 (%)	栄養士 (%)	その他 (%)	合計 (%)
制度の変更を国民が理解していないこと	259(63.5)	268(69.8)	53(61.6)	191(59.1)	771(64.2)
健診の責任主体を保険者に変更したこと	199(48.8)	173(45.1)	24(27.9)	121(37.5)	517(43.0)
集合契約がうまくいかないこと	98(24.0)	75(19.5)	11(12.8)	49(15.2)	233(19.4)
システムの不具合が多いこと	122(29.9)	148(38.5)	23(26.7)	67(20.7)	360(30.0)
システムが統一されていないこと	167(40.9)	158(41.1)	27(31.4)	112(34.7)	464(38.6)
該当者が特定保健指導を受けなければならないこと	80(19.6)	88(22.9)	17(19.8)	64(19.8)	249(20.7)
特定健診・特定保健指導の目標値の達成率によって、後期高齢者医療制度への支援金が異なること	136(33.3)	156(40.6)	21(24.4)	96(29.7)	409(34.1)
健診情報とレセプトの突合が必要なところ	106(26.0)	101(26.3)	16(18.6)	59(18.3)	282(23.5)
保険者によって、取り組みの姿勢に温度差があること	251(61.5)	282(73.4)	62(72.1)	198(61.3)	793(66.0)
この制度自体が今後存続できるか疑問をもたれていること	243(59.6)	251(65.4)	58(67.4)	148(45.8)	700(58.3)
全回答者数	408	384	86	323	1,201

おける腹囲の基準は妥当だと思いますか」では20%台であった。設問2～設問11の中で、「特定健診・特定保健指導導入によって、健診の目的がメタボリックシンドロームの予防・改善に絞られたことは適切だと思いますか」には比較的Positiveな回答をした者の割合が高く、30.7%であった。

職種別にみると、栄養士では全般的に医師や保健師と比較して、Positiveな回答をした者が多く、他の職種より特定健診・特定保健指導を高く評価していた。医師と保健師では「特定健診・特定保健指導導入によって、健診の目的がメタボリックシンドロームの予防・改善に絞られたことは適切だと思いますか」の項目で若干の違いがあったが、他の項目についてはきわめて類似した回答であった。

4. 現場が混乱している理由

設問12の「特定健診・特定保健指導によって現場が混乱していると思いますか」に対して、「そう思う」あるいは「だいたいそう思う」と回答した者の割合は全体で82.4%であり、職種別にみると、保健師が89.6%と最も高く、次いで医師が84.3%、栄養士が77.9%の順であった。

11項目の現場が混乱している理由について複数回答可で訊ね、職種別の結果を表5に示した。

現場が混乱している理由として多い順にみると、全体では「保険者によって、取り組みの姿勢に温度差があること」が66.0%、「制度の変更を国民が理解していないこと」が64.2%、「この制度自体が今後存続できるか疑問をもたれていること」が58.3%、「健診の責任主体を保険者に変更したこと」が43.0%、「システムが統一されていないこと」が38.6%、「特定健診・特定保健指導の目標値の達成率によって、後期高齢者医療制度への支援金が異なること」が34.1%、「システムの不具合が多いこと」が30.0%、「健診情報とレセプトの突合が必要のところ」が23.5%、「集合契約がうまくいかないこと」が19.4%であった。

このように、今まで市町村が主体になって行ってきた保健事業が医療保険者変わったことによる混乱を挙げるものが多かった。また、後期高齢者医療制度を巡る混乱にみられるごとく、制度の存続を疑問視する者が多く、そのため、医療保険者により、健診への取り組みの姿勢に温度差があると感じている

者が多数あるように思われた。

職種別にみると、医師と保健師では回答が類似していた。栄養士では医師や保健師と比べると、現場が混乱している理由として、「制度の変更を国民が理解していないこと」、「保険者によって、取組みの姿勢に温度差があること」および「この制度自体が今後存続できるか疑問がもたれていること」の3項目を挙げる者の割合には大きな違いを認めなかったが、この3項目以外ではその割合は低かった。

5. 自由記載欄のデータマイニングによる分析

自由記載欄に意見を記述した者は396人であり、記述した者は設問2～設問11に対して「そう思わない」、設問12に対して「そう思う」と回答した者が有意に多かった。

データマイニングの結果から、記述者の意見は特定健診・特定保健指導の制度全体に関すること、医療費対策に関すること、健診に関すること、保健指導に関すること、医療保険者に関すること、健診機関に関することの6項目に集約できた。

以下、6項目に分けて代表的な意見を収載した。

1) 特定健診・特定保健指導の制度全体に関する こと

(1) 特定健診・特定保健指導により、メタボリックシンドロームが国民に周知され、肥満対策が重要であるということが皆に認識された点は大変良かった。

(2) 健診や保健指導などの保健活動は対象者自身に自分の身体の状態について認識を持ってもらい、対象者自身が専門家の援助を受けながら生活習慣を変容して行き、健康寿命を延長することである

(3) 健康保険証をカード化し、健診、保健指導、医療を一元管理できるようになれば、この制度も生きるし、国民にとっても健康自己管理がしやすくなると思う。

(4) 医療保険者は医療費の支払い事務機関としての認識であり、医療や健診の意味を十分理解していない。医療保険者がきちんと特定健診・特定保健指導を実施するためには、行政機関のサポートが必要であるが、その責任の所在が不明瞭である。単に経済的な面や数字(目標値)のみがひとり歩きしている。

(5) これまでの老人保健法に基づく健診制度や産業保健での取り組みの中でも、メタボリックシンドロームの概念は取り入れられたと思う。

(6) 特定健診、保健指導については健診の目的や保健指導の対象者が明確になり、分かり易くなったが、特定保健指導の対象外の人への指導や健康増進事業は市町村や保険者の裁量で行うことになり、ど

のような比重で行うか難しい。

(7) 従来、市町村では医療保険の種類に拘らずに、住民全体をみた生活習慣病対策を行っていた。それと比べて、特定健診・特定保健指導は施策としては後退している。その中で保健師がジレンマを抱えて仕事をしている。精神や難病、障害者といった方たちの受診とフォローを今後どうするか。

(8) メタボリックシンドローム対策は、40歳では遅すぎるし、逆に、60歳以上の人には大きな意味はないのではないか。

(9) 健診や保健指導は強制するものではなく、自己責任として自己管理意識の啓発が重要である。意識の低い住民に保健指導をいくらしても効果は上がらない。

(10) 健康対策としても、医療費対策としてもタバコ対策の方がメタボリックシンドローム対策より優先順位が高い。特定健診・特定保健指導ではメタボリックシンドローム予防に特化されたため、たばこ対策を弱める結果となった点が大問題である。

2) 医療費対策に関すること

(1) 健康診査の目的は国民の健康増進のためであり、医療費の削減はその結果である。しかし、特定健診・特定保健指導では本末転倒しており、医療費削減が目的となっており、そのための制度設計になっている。

(2) 特定健診・特定保健指導により、国民医療費はむしろ増加するでしょう。しかし、これにより、国民のQOLが多少なりとも良くなるなら、この制度は大きな間違いではないと思う。

(3) 計画通りに医療費適正化に直結するとは思えないが、特定健診・特定保健指導の理念を何とか強力で推進してゆき、メタボリックシンドローム対策が成果を上げることが期待している。

(4) メタボリックシンドロームのキャンペーン効果はそれなりに上がったように思うが、特定健診・特定保健指導の目的である医療費適正化(削減)については、到底達成不可能である。国民一般の納得は得られておらず、健診受診率やメタボリックシンドロームの減少率の目標値は達成されるとは思えない。

(5) 薬好きの日本人にとっては、健診をして予防をすることが医療費増大の方向へ向かう流れになってしまうように思われる。

3) 健診(基準と項目、結果通知、並びに受診勧奨)に関すること

(1) メタボリックシンドロームの改善に的をしぼ

った健診、保健指導とするならば、受診対象者や検査項目等を医師会ときちんと詰めて、国民も医療機関も目的をきちんと理解した上で実施してほしかった。現在、医師会から検査項目の上乗せ要求が上がっている。特定健診では検査項目が少なく、これまでの健診と同じ受診率を上げるのは無理である。

(2) 特定保健指導は腹囲が基準となり、腹囲が基準以下の糖尿病や高血圧の人が保健指導から除外されており、問題である。

(3) BMI25未満や腹囲の基準以下の高血圧、糖尿病、脂質異常症の割合が受診者の2~3割を占めているのが現状である。

(4) 健診項目に腹囲測定が含まれたことにより、健診スタッフが1人多く必要となる。コスト面から考えれば、BMI等の方がよいと思う。

(5) 特定健診で糖尿病と診断され受診勧奨された者が、未受診や治療中断になるケースを問題にしたい。

(6) メタボリックシンドロームに関する基準値が適切であるか。腹囲の基準が厳しいのではないか。高脂血症、高血圧症の基準値は高齢者にとって適切か。

(7) 脂質代謝の指標が中性脂肪とHDL-コレステロールであるのは大きな疑問がある。何故、LDL-コレステロールが抜けてしまったのか、理解に苦しむ。また、食事摂取の有無で値が大きく変わる中性脂肪を何故判定基準に入っただかが分からない。

(8) 受診者にとって、健診結果に基づいた保健指導の階層化は分かりにくく、現場が混乱している一因になっている。

(9) IT化はどんどん進み、健診データの分析システムが整備され、レセプトとの突合等ができるようになることは良いことだと思う。

(10) 健診事業における事務作業が大幅に増えた。

4) 保健指導に関すること

(1) メタボリックシンドロームに焦点を絞り、保健指導がマニュアル化されたため、教育、指導はしやすくなった。また、現場保健師や関係職種のスキルアップにも繋がっている。しかし、行動変容あるいは腹囲減少といった効果は短期間には出ないと思う。

(2) 予防的な観点から保健指導を制度化し導入したことは評価できるが、医療保険者だけでなく、事業主にも何らかの義務を課さないと、うまくいかないと思う。

(3) 組合健保の本人では、会社に出向いて保健指

導ができるため、実施し易いが、国保や協会けんぽではなかなか難しい。

(4) 国保では健診対象者が高齢者中心であり、肥満の者が少なく、保健指導がしづらい。むしろ低栄養の指導の方が重要である。

(5) 特定保健指導の仕組みは指導を受ける側にとって負担に感じられると思う。特定保健指導が何らかの型で強要されるのならば、自由権を侵害していると考えられる。

(6) 治療中患者を保健指導から除外している事が最大の問題である。治療中にもかかわらずコントロール不良者が多数おり、そうした者に対する対応こそが優先されるべきだ。

(7) 治療中の者が多く、積極的支援、動機付け支援の対象者はきわめて少ない。また、指導の対象者になっても指導を受ける者が少ない。特定健診・特定保健指導は多大な労力をかけて実施するほどの意味はないように思う。

(8) 特定保健指導の均質化は難しいように思う。医療保険者の態度や現場職員の取り組み方によって特定保健指導の質に大きな差が出そうである。

(9) 特定保健指導該当者が指導を希望しない場合の対応に苦慮している。積極的支援を行うために毎月電話していると迷惑がられてしまう。動機づけ支援では最初と最後に電話するのみで、十分な指導がなされていない。

(10) 保健指導の方法について、最低限のルールを決めることは必要であるが、積極的支援におけるポイント制についてはもっと議論が必要ではないか。ポイントを不足させないために指導内容を考える、という本末転倒になっている場合がある。また、指導内容を深く考えず、ポイントが足りればよいというような現場もある。

5) 医療保険者に関すること

(1) 健診の実施主体が医療保険者になったのは、保険者も予防的な取り組みをしなければならないという点では、良かったと思う。しかし、実際には、衛生部門が事務を負担しており、とても負担が大きい。

(2) 特定健診、特定保健指導の実施主体を医療保険者としたことで、被用者保険の被扶養者の健診、保健指導体制が十分にとられていない。特に、協会けんぽの取り組みが遅い。今の状況では健診・保健指導のサービスを受けられない人が出て、健康水準は下ると思われる。

(3) 健診の費用負担が医療保険者によりバラバラ(定額、定率、上限設定方式等)など、仕組みが複

雑である。また、特定健診、保健指導の財源確保のため、ドック助成金を減額している医療保険者が多くなっている。

(4) 従来の住民検診を受けていた被用者保険の被扶養者の方々は、今年から指定医療機関で受診することになり、面倒がって受診率が伸びないのではないか。

(5) 被用者保険の被扶養者では特定健診とがん検診が同時に受けられず、現場の混乱に拍車がかかっている。

6) 健診機関の問題

(1) 保健指導の委託を受け実施しているが、介入した対象者では成果を認めている。しかし、本制度ではメタボリックシンドローム以外の対象者への対応が手薄になり過ぎているため、生活習慣病全体の改善、あるいは悪化防止に繋がるかどうかは疑問である。労働安全衛生法との繋がりをもっと考慮して欲しかった。

(2) 健診機関が従来と比べて、健診や保健指導の請求額を上げてきている。自治体は保健指導の義務化や後期高齢者医療制度への支援金等で足元をみられている。

(3) 特定健診、特定保健指導に従事する者の研修が不足している。

(4) 集合契約している開業医の中には特定健診・特定保健指導の理解が十分でない者が多い。

(5) 健診機関により、保健指導のやり方や金額にバラツキがある。

IV 考 察

本アンケート調査は調査票を学会誌に綴じ込み、郵送で回収したために、回答率は約16%と低率であったが、回答者の地域分布と職種分布は、学会員全体の分布と同様であった。また、設問2～設問12に対する回答の傾向は栄養士を除いて、職種間に大きな違いはなかった。特定健診・特定保健指導の全体的な印象を訊ねた設問2の「特定健診・特定保健指導が導入されて健診は改善されたと思いますか」に対してPositiveな回答をした者の割合は20.4%に過ぎなかった。設問3～設問11の個別的な項目に対しても、Positiveな回答をした者の割合は11.1～30.7%に留まった。さらに、自由記載欄に意見を寄せた者は回答者の28.4%に達していた。アンケート調査への回答者は特定健診・特定保健指導に否定的な意見を持った者が多く回答しているという偏りがある可能性はあるが、学会員の多くが特定健診・特定保健指導には問題点や解決しなければならない課

題が沢山あると感じており、回答はそれを反映しているのではないかと考えられた。

特定健診・特定保健指導は経済財政諮問会議の医療費総額管理論に対応するために、メタボリックシンドローム対策に重点を置いた対策を行うことにより、生活習慣病の医療費を削減し、医療費適正化を図ることを目的として導入された。そのために、老人保健法では健診の実施主体が市町村であったものを、医療費を扱っている医療保険者に義務付け、メタボリックシンドローム減少の達成率により後期高齢者医療制度への支援金が異なるという制度設計になっている。今回の特定健診・特定保健指導の導入により、制度の枠組みが大きく変わった「健診・保健指導と医療費をリンクさせたこと」、「健診・保健指導の実施主体を医療保険者に変更したこと」および「健診・保健指導をメタボリックシンドロームに特化したこと」の3点を中心に考察する。

健診・保健指導と医療費をリンクさせたことに関して、アンケート調査では全般的に特定健診・特定保健指導に対して否定的な回答や意見が多かったが、その中でも、とくに、「特定健診・特定保健指導によって、医療費適正化ができますと思いますか」の設問に対してはNegativeな回答をした者の割合が高かった。また、「特定健診・特定保健指導の目標値の達成率によって、保険者の後期高齢者医療制度への支援金が異なることは適切だと思いますか」の設問に対しても、Positiveな回答をした者の割合は18.7%に留まった。

これらの結果は、「健診や保健指導などの保健活動は対象者自身に自分の身体の状態について認識を持ってもらい、対象者自身が専門家の援助を受けながら生活習慣を変容して行き、健康寿命を延長することである」、「健康診査・保健指導の目的は国民の健康増進のためであり、医療費の削減はその結果であり、医療費の削減を目的とすることは本末転倒である」という意見が自由記載欄に寄せられており、公衆衛生に携わる専門家として保健活動と医療費をリンクすることに対して否定的な考え方をする者が多いためではないかと考えられた。

また、医療費に影響する要因は高齢化の進行、医療技術の進歩および高度化、病床数などの医療サービスの供給量、在院日数、医療への国民の期待度等多くあり、現在のところ健診・保健指導により医療費が抑制されたという研究は見当たらない。医療費の地域差の研究によると、医療費を左右する最大の要因は人口当たりの病床数であり、人口当たりの病床数の多い地域ほど医療費が高くなっていた⁷⁾。一方、健康水準の指標である年齢調整死亡率と医療費

の間には全く相関は認められていない。米国の研究では、医療技術の進歩・高度化が医療費増加の最も大きな要因であると推測されている⁹⁾。人口の高齢化は進行し、医療技術はますます進歩・高度化する一方であり、健診・保健指導のみにより、医療費を低下させることは容易なことではないと考えられる。

健診・保健指導の実施主体を医療保険者に変更したことに関して、設問13の現場が混乱している理由として、「保険者によって取組みの姿勢に温度差があること」と「健診の責任主体を保険者に変更したこと」を挙げる者がそれぞれ66.0%と43.0%に達していた。また、健診・保健指導実施の主体を医療保険者に変更したこと、およびそれに関連して発生した問題点や課題について自由記載欄に多くの意見が寄せられていた。

従来、市町村の健康管理の下にあった被用者保険の被扶養者がそこから離れることにより、市町村では健診の対象者が国保の被保険者と被用者保険の被扶養者に分断され、いろいろの問題が発生している。

一つ目は、老人保健法の下では、被用者保険の被扶養者は市町村の健診を受けていたが、特定健診・特定保健指導では指定医療機関で健診を受けなければならないとなり、そのことが十分周知徹底していなくて混乱を招く一因になっている。二つ目は、従来は健康診査とがん検診を同時に受診できたが、特定健診・特定保健指導では別々に受けなければならないとなり、受診率が低迷することが危惧される。三つ目は、被用者保険の被扶養者については市町村が健診データを蓄積し、生涯にわたりフォローする体制が確立していたが、それができなくなり、地域保健のシステムとしては後退したといわざるを得ない状態になっている。四つ目は、特定健診・特定保健指導に対する取組みが保険者により異なり、所属する医療保険により、受ける保健サービスに格差が生じる恐れがある。とくに、協会けんぽの取組みは十分ではなく、保健サービスの低下が懸念される。

堤²⁾は、医療保険者が健診・保健指導の実施主体であることを前提として、健診・保健指導は医療保険の予防給付として行い、保健所とともに市町村保健センター等が予防給付の指定実施機関として国保に限らず被用者保険も含めて予防給付を担うという案を提示している。市町村では健診・保健指導の対象者が国保の被保険者と被用者保険の被扶養者に分断され、地域保健サービスの低下が懸念されているが、その現状を解決する案として一考する価値があると考えられる。

健診・保健指導をメタボリックシンドロームに特化したことに関して、設問4の「特定健診・特定保

健指導導入によって、健診の目的がメタボリックシンドロームの予防・改善に絞られたことは適切だと思いますか」に対しては、設問2～設問11の中で、最もPositiveな回答が多かった項目である。また、特定健診・特定保健指導制度に対してNegativeな意見を持っている者でも、「メタボリックシンドロームが国民に周知され、肥満対策が重要であることが認識された」や「メタボリックシンドロームに焦点を絞ったことにより、保健指導がやり易くなった」等の肯定的な意見を自由記載欄に寄せる者が多かった。久山町研究⁹⁾によると、心血管疾患のリスク要因は時代とともに変遷しており、高血圧症は依然リスク要因として重要であるが、肥満、耐糖能異常、脂質異常が次第にリスク要因としての重要性を増してきており、高血圧、高血糖、脂質異常を合併するメタボリックシンドロームの予防に焦点を当てた健診・保健指導にすることは肯定的であるように考えられた。

しかし、男性の腹囲の基準や保健指導をメタボリックシンドロームに限定したこと、ならびにメタボリックシンドロームの減少率が後期高齢者医療制度への支援金にリンクしていることに対しては、Negativeな意見が多かった。設問3の「特定健診・特定保健指導における腹囲の基準は妥当だと思いますか」と設問4の「保健指導の動機付け支援・積極的支援の対象が肥満者に限定されたことは適切だと思いますか」に対してPositiveな回答をした者の割合はそれぞれ20.8%と18.6%に過ぎなかった。

わが国におけるメタボリックシンドロームの腹囲の基準は男性が85 cm、女性が90 cmになっている。しかし、International Diabetes Federation (IDF) ではアジア人の基準として男性が90 cm、女性が80 cmを推奨している⁵⁾。また、わが国の疫学研究の中で最も信頼性の高いと考えられている久山町研究でも、IDFの基準が妥当であると報告されている⁹⁾。Saitoら¹⁰⁾によると、メタボリックシンドロームの者とそうでない者を比較すると、メタボリックシンドロームの者の心血管疾患のHazard ratioは1.74であったが、全死因死亡のそれは1.04に過ぎなかった。腹囲が85～90 cmの者では心血管疾患と全死因死亡のリスクがどの程度であるのか、残念ながら、そういう研究報告は見当たらなかったが、Saitoらの研究を敷衍すると、全死因死亡に関しては、リスクはほとんどないのではないかと考えられた。

たとえば、62歳の男性で腹囲が86 cmあり、晩酌にビールを1本飲むことを至上の喜びとしている者を取り上げてみよう。この男性はビールを常飲して

いるために、血圧が正常高値、中性脂肪が160 mg/dl である。ビールを止めると、中性脂肪が120 mg/dl まで下がり、メタボリックシンドロームではなくなる。こうした症例に対して、積極的支援を行い、本当に禁酒という生活習慣の変容を強いるほどのリスクがあるのか、疑問に感じている人が多いのではないかと考えられる。

現在の腹囲の基準に対する反対意見に対して、腹囲の基準はあくまでも予防に力点を置いた一つの指標であるので問題ないとの主張がある。しかし、特定健診・特定保健指導の枠組みでは腹囲の基準はただ単なる予防のための推奨値ではなく、後期高齢者医療制度への支援金が絡んでいるため、メタボリックシンドロームと診断された者に対しては、ある程度生活習慣の変容を強要されることになる。最低限、生活習慣の変容に見合ったメリットがあるという科学的エビデンスが必要である。しかし、学会員の多くは腹囲が85~89 cm の男性に対してはエビデンスが十分ではなく、男性の腹囲の基準は変更が必要であると考えているようであった。

保健指導がメタボリックシンドロームの者に特化されたために、腹囲が基準以下の高血圧、糖尿病、脂質異常の者に対する指導や介護予防事業等が疎かになることを危惧する意見が多く寄せられた。斉藤ら¹⁴⁾は、地域集団を対象にコホート研究を行った結果、メタボリックシンドロームの割合は脳卒中罹患あり群と罹患なし群の間に差はなく、人口寄与割合は腹囲が正常で、リスクが1個の群が36.3%で最も高く、メタボリックシンドローム対策の効果は限定的であると報告している。また、治療中の者や検査値が受診勧奨値以上の者は特定保健指導の対象外になるが、臨床の場では、こうした者に対する保健指導は診察時間に制約があるために、不十分になりがちであり、従来どおり治療中の者や受診勧奨を受けた者も保健指導の対象とすべきであるとの意見が多数あった。とくに、糖尿病に関しては、患者数が急増し、糖尿病に関連した医療費も急騰している現状を考慮すれば、腹囲が基準値以下であっても、耐糖能異常の者については積極的支援にしても良いのではないかと考えられる。

設問6の「特定健診の受診率の目標値(全国目標値70%)は達成できると思いますか」という設問に対して、Positive な回答をした者の割合は11.1%に過ぎず、とくに、保健師では8.0%と低く、医療適正化の項目とともに Negative な回答の者の割合が高い項目であった。2006年度における老人保健法の健康診査受診率は42.4%であり¹²⁾、医療機関を受診している者を除いたとしても、元々達成がかなり難

しい数字であると考えられる。また、被用者保険の被扶養者では健診が市町村から指定医療機関に変更になったこと、また、そのため、健康診査とがん検診が同時に受けられなくなったこと等により、受診率はむしろ低下するのではないかと懸念されている。

設問7の「特定保健指導の実施率の目標値(45%)は達成できると思いますか」については、Positive な回答をした者の割合は13.6%に過ぎなかった。受診率と同様に、保健指導の実施率も老人保健法下の保健指導の状況からみて、達成がかなり難しいと考えている者が多かったようである。設問8の「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率の目標値(10%)は達成できると思いますか」についても、Positive な回答をした者の割合は16.2%に留まった。米国では Healthy People 2010 で成人の肥満を15%減少させることを目標としているが、実際には2000年に肥満の割合が19.8%であったものが、2005年には23.9%に増加している¹³⁾。日本でも女性の肥満者の割合は横ばいであるが、男性では2000年に26.8%であったものが、2007年には30.4%に上昇している¹⁴⁾。賃金に比較して相対的に食料品は安く手に入る状況やモータリゼーションの状況に大きな変化がない限り、保健指導のみにより、肥満者やメタボリックシンドロームの人を減少させることはなかなか難しく、その増加するスピードを緩やかにする、あるいは現状を維持することが精一杯であると、多くの者が考えているようであった。

特定健診・特定保健指導では医療保険者は健診データと医療のレセプトデータを突合して分析する必要がある。設問10の「健診情報とレセプトの突合は計画通りできると思いますか」に対して Positive な回答した割合は16.3%に留まった。しかし、現場が混乱している理由として、健診情報とレセプトの突合を挙げる者は23.5%に過ぎなかった。健診情報とレセプトの突合は難しそうだという感じを持っているが、差し迫って対策をとらなければならないといった切実感はないように思われた。

文 献

- 1) 堤 修三. 特定健診・保健指導の制度化とこれからの公衆衛生(上). 月刊保団連2008年3月号; 36-38.
- 2) 堤 修三. 特定健診・保健指導の制度化とこれからの公衆衛生(下). 月刊保団連2008年4月号; 32-36.
- 3) 大櫛陽一. 「メタボリックシンドロームに基づく医療改革」の検証. 性差と医療 2006; 3: 1063-1074.
- 4) 清原 裕. 肥満と心血管病の疫学: 久山町研究. 血圧 2007; 14: 897-900.
- 5) Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome — a new world-wide definition. A Consensus Statement

- from the International Diabetes Federation. *Diabet Med* 2006; 23: 469-480.
- 6) 日本公衆衛生学会. 「標準的な健診・保健指導プログラム」〔暫定版〕に対する意見. *日本公衛誌* 2007; 54: 291-292.
- 7) 畝 博. 福岡県における老人医療費とその地域格差の規定要因に関する研究. *日本公衛誌* 1996; 43: 28-36.
- 8) 兪炳匡. 「改革」のための医療経済学. 大阪: メディカ出版, 2006.
- 9) Doi Y, Ninomiya T, Hata J, et al. Proposed criteria for metabolic syndrome in Japanese based on prospective evidence. *The Hisayama Study. Stroke* 2009; 40: 1187-1194.
- 10) Saito I, Iso H, Kokubo Y, et al. Metabolic syndrome and all-cause and cardiovascular disease mortality—Japan Public Health Center-Based Prospective (JPHC) Study. *Circ J* 2009; 73: 878-884.
- 11) 齊藤 功, 小西正光, 渡部和子, 他. 地域集団におけるメタボリックシンドロームの脳卒中罹患に及ぼす影響について. *日本公衛誌* 2007; 54: 677-683.
- 12) 厚生労働省大臣官房統計情報部, 編. 平成18年度地域保健・老人保健事業報告. 東京: 厚生統計協会, 2008.
- 13) Centers for Disease Control and Prevention. State-specific prevalence of obesity among adults—United States, 2005. *MMWR* 2006; 55: 985-988.
- 14) 厚生労働省. 平成19年国民健康・栄養調査結果の概要について. <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/12/h1225-5.html>

付録

特定健診・特定保健指導に関するアンケート調査票
(該当する番号に○をつけてください。)

1. あなたのことについて教えてください。
- 年齢: 1) 20歳代 2) 30歳代 3) 40歳代 4) 50歳代 5) 60歳以上
- 性別: 1) 男性 2) 女性
- 住所: 1) 北海道地方 2) 東北地方 3) 関東地方 4) 甲信越地方 5) 北陸地方 6) 東海地方 7) 近畿地方 8) 中国地方 9) 四国地方 10) 九州・沖縄地方
- 職種: 1) 医師 2) 歯科医師 3) 薬剤師 4) 保健師 5) 看護師 6) 栄養士 7) 放射線技師 8) 臨床検査技師 9) 事務職 10) その他
- 職場: 1) 県・政令市保健所 2) 国・県などの行政機関 3) 市町村 4) 大学・大学院 5) 4) 以外の教育機関 6) 病院・診療所 7) 健診機関等 8) 企業等 9) 研究機関(衛生研究所を含む) 10) その他
()
2. 特定健診・特定保健指導が導入されて健診は改善されたと思いますか。
- 1) そう思う 2) だいたいそう思う 3) あまりそう思わない 4) そう思わない
3. 特定健診・特定保健指導における腹囲の基準は妥当だと思いますか。
- 1) そう思う 2) だいたいそう思う 3) あまりそう思わない 4) そう思わない
4. 特定健診の・特定保健指導導入によって、健診の目的がメタボリックシンドロームの予防・改善に絞られたことは適切だと思いますか。
- 1) そう思う 2) だいたいそう思う 3) あまりそう思わない 4) そう思わない
5. 保健指導の動機付け支援, 積極的支援の対象が, 肥満者に限定されたことは適切だと思いますか。
- 1) そう思う 2) だいたいそう思う 3) あまりそう思わない 4) そう思わない
6. 特定健診の受診率の目標値(全国目標70%)は達成できると思いますか。
- 1) そう思う 2) だいたいそう思う 3) あまりそう思わない 4) そう思わない

日本公衆衛生学会
「標準的な健診・保健指導プログラム」に対する意見表明について

平成20年度から実施される特定健診・特定保健指導に向けて、昨年7月、厚生労働省から「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」が公表されました。これに対して、多方面から学会としての意見を出してほしいとの要望を受け、理事会および地域保健医療福祉委員会で検討を重ねるとともに、本年2月、同委員会の専門部会として生活習慣病対策専門委員会（委員長 上島弘嗣・滋賀医科大学教授）を立ち上げました。同委員会および理事会における検討を経て、本年3月23日付で、「標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）」に対する意見を厚生労働省健康局長宛に提出いたしました。

その後、厚生労働省より同プログラム確定版が公表されましたが、本意見書の内容は確定版においても有用と考えられます。以上、これまでの経過をご報告するとともに、意見書の全文を掲載いたします。

平成19年 4月17日

日本公衆衛生学会
理事長 實成文彦

平成19年 3月23日

厚生労働省健康局長
外 口 崇 殿

日本公衆衛生学会理事長
實 成 文 彦

「標準的な健診・保健指導プログラム」〔暫定版〕に対する意見

平成20年度より特定健診・保健指導が実施されます。その基本的な考え方は、新たな健診において、糖尿病等の生活習慣病、とりわけ内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者・予備群を減少させるため、保健指導を必要とする者を的確に抽出し、特定保健指導を行うとされています。

メタボリックシンドロームを有するものは、わが国では、男性の8-25%程度に存在し、その構成要素である腹部肥満に加え、血圧高値、血糖高値、脂質代謝異常を多く複数有するため、脳卒中、心疾患、糖尿病等の生活習慣病等の発症危険度が高くなります。したがって、それ自体の保健指導の重要性については十分評価するものであります。

しかし、「標準的な健診・保健指導プログラム」〔暫定版〕では、循環器疾患のみならず、癌予防、呼吸器疾患予防の重要な対策項目である喫煙者への保健指導が軽視されています。また、本来、「健康日本21」の中間評価を踏まえて、重要な項目については、引き続きその対策を実施し、目標に近づける努力が必要です。

そのためには、肥満対策もその重要な項目の一つですが、喫煙対策、高血圧対策、糖尿病対策、多量飲酒対策、等もそれに劣らず重要です。その手段として、「健康日本21」の総論にあるように「ハイリスクストラテジー」のみならず、「ポピュレーションストラテジー」も重要です。

「ポピュレーションストラテジー」の実例として、健康増進法の「受動喫煙防止」条項は、受動喫煙対策にとって大きな効力を発揮しました。

内臓脂肪の蓄積とリスク要因に対する指導は、比較的若い時期に生活習慣改善を行った方が予防効果は期待できるとされています。その認識は適切なものと考えます。しかし、高齢者であっても、高血圧、糖尿病、低栄養状態（やせ、低コレステロール、等を含む）等に対する食生活指導、禁煙指導等の重要性は、若年者の保健指導に劣らず重要です。

また、この特定健診は、本来、生活習慣改善を適切に行うためのものであり、健診により受診勧奨を受けた受診者に対して、不用意に薬物治療が行われないような配慮とその明示が必要です。

最後に、都市・農村部等の地域や職域の実情により人々の生活習慣は異なり、重視すべき対策の視点は、必ずしも全国一律ではありません。したがって、従来から指摘されているように、地域や職域における集団の実情を考慮した対策が必要です。

以上の視点を踏まえ、下記の点を考慮した特定健診・保健指導プログラムとされるように要望します。

記

1. 「健康日本21」に掲げられた対策と都道府県等健康増進計画の継続および評価を引き続き実施すること。
2. 禁煙指導は癌、循環器疾患、呼吸器疾患等の予防にとって、とりわけ重要な保健指導項目であり、メタボリックシンドロームの有無にかかわらず禁煙指導を実施すること。また、喫煙者にとっては健診を受診すること自体が禁煙の動機付けを促す介入となるように、健診の標準的な質問票には、現在の「喫煙の有無」のみでなく「禁煙意志」に関する質問を加えること。
3. 高血圧、糖尿病、高コレステロール血症等の確立した循環器疾患の危険因子に対する保健指導は、内臓脂肪蓄積の有無とは独立して行うこと。
4. 高齢者のBMIとLDL-Cについては下限値を設定し、保健指導にも十分配慮すること。
5. この健診結果のみに基づいて薬物治療を行わないようにすること、および薬物治療を行う場合は医師の診察などによる医学的診断に基づくべきであることを明示すること。
6. 都市・農村、地域や職域における集団の特質を考慮する視点を入れること。

(以上)