

日本公衆衛生学会**特定健診・特定保健指導の今後の改定に対する意見表明について**

平成 20 年度より実施されている特定健診・特定保健指導について、学会員に対するアンケート調査結果や総会シンポジウム等での議論を受け、生活習慣病専門委員会（委員長 畝博・福岡大学教授）および理事会における検討を経て、昨年 10 月 28 日、畝理事他 3 名の理事が厚生労働大臣宛の意見書を、藤村 修厚生労働副大臣に手渡しました。

遅くなりましたが、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。なお、意見書には下記の資料 2 点を添付しております。

- 1) 畝 博、馬場園明. 特定健診・特定保健指導に関するアンケート調査結果. 日本公衛誌 2009; 56(6): 371-382.
- 2) 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. 日本公衛誌 2007; 54(5): 291-292.

平成 23 年 1 月 31 日

日本公衆衛生学会
理事長 實成文彦

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う指摘がありました。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