

平成26年8月1日

厚生労働大臣
田村 憲久 殿

日本公衆衛生学会
理事長 大井田 隆
健診・保健指導専門委員会委員長
武藤 孝司

標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】に対する意見

平成20年度から開始された特定健診・特定保健指導に関し、日本公衆衛生学会は平成22年に厚生労働大臣宛に「特定健診・特定保健指導の今後の改定に対する意見」を提出してきました。

特定健診・特定保健指導が5年を経過したことから、厚生労働省は「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」の見直しを進め、昨年4月に「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」が公表されました。

この改訂版の内容について検討した結果、当学会の意見が一部取り入れられている一方、ほとんど取り入れられなかった部分があることが分かりました。このような状況から、当学会としては、健診・保健指導に関して今後も引き続き建設的な意見を表明する必要があると思われたため、学会員から改訂版に関する意見を集めました。今回の意見は集められた多数の意見を集約したものです。

今回の改訂で評価できる点としては、下記が挙げられます。

- 健康日本21（第2次）との関連が明記された
- 健診・保健指導と特定健診・特定保健指導との関係が整理された
- 内臓脂肪型肥満と判定されない場合の対応について記載された
- 喫煙・アルコールのリスクに着目した保健指導が強化された
- 情報提供・受診勧奨の記載が充実し、活用しやすい文例集が提示された
- 保健指導に関するPDCAサイクルが明記された

一方、次のような問題点が指摘されました。まず、平成22年に当学会は4つの要望を出していますが、そのうち、3つについては改訂版では反映されていない点です。

第一の要望として、被扶養者の特定健診・特定保健指導の受診率が非常に低いことから「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。」ことを挙げていましたが、この要望事項は改訂版では反映されていません。

健康日本21（第2次）では、特定健診・特定保健指導に関連した数値目標の項目に特定健診・特定保健指導の実施率の向上を挙げています。しかし、プログラムの中には実施率の向上に向けた施策に関する具体的な記述はなく、「健診・保健指導の実施に当たっては、高齢者医療確保法以外の関係各法に規定する健診や事業の活用を考慮するとともに、市町村、事業主、医療保険者においては、健康課題の分析結果に基づき、利用可能な社会資源を活用した積極的な保健事業の展開が望まれる。」という記述に留まっています。確かに、平成21年10月14日に都道府県に宛てて「がん検診と特定健康診査の同時実施による受診促進について」の事務連絡がなされていますが、被用者保険の保険者においては、9割近い保険者が特に市町村との連携を行っていない状況にあります。被扶養者が市町村で実施するがん検診と同時に身近な市町村で健診・保健指導を受けることができるよう、標準的な健診・保健指導プログラムにおいて強く要望すると同時に、将来的には制度の見直しが必要と考えます。

第二の要望事項として挙げた「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」に関しては、厚生労働省の研究班で検討したとの情報があるにも拘わらず、改訂版では対象者の選定・階層化が改訂前と同じであり、再検討されたか否かの記載がありません。腹囲を階層化の第一基準としていることの是非、現行の腹囲の基準値の妥当性に関して、再検討すべきであると考えます。

第三の要望事項である「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ものに対して、「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」に関しては、内臓脂肪型肥満と判定されない場合の対応について記載されていますが、具体的な対応策が示されていません。すなわち、「腹囲計測によって内臓脂肪型肥満と判定されない場合にも、血糖高値・血圧高値・脂質異常等のリスクを評価する健診項目を用い、個別の生活習慣病のリスクを判定する」「非肥満者に対する保健指導の重要性が低下するわけではないことに留意されたい」「非肥満でも危険因子が重複すると肥満者と同様に脳卒中の発症リスクが高まることに留意し、生活習慣の改善など、必要な支援を直接行うことが望ましい」などの表現に留まっています。

このように、保健指導の実施体制の構築までは踏み込んで記載されていないことから、現場から具体的な数値目標がない施策は後回しになってしまうという意見がでており、内臓脂肪型肥満と判定されない場合の具体的な実施体制を構築すべきと思われます。

次に、新たに下記の課題・問題点を指摘したいと思います。

健診項目の定期的な見直しは改訂版でも触れていますが、血清尿酸やクレアチニンに関しては検査を実施することが望ましいと記載されているにも拘わらず、特定健診項目としての導入は見送られています。次回の定期的な見直しでは、新たな科学的知見を踏まえて、こうした検査項目を特定健診に導入すべきかどうかについて、決定すべきと思われます。

事業の企画・立案・評価を担う者が有すべき資質として、6つの能力が記載されていますが、どの能力についても獲得するのは簡単ではないと思われます。現状では、健診・保健指導の研修ガイドライン（改訂版）に基づいて、国レベルと都道府県レベルで各種の研修が実施されていますが、市町村レベルでは十分な研修が行われていない所もあります。保健所や市町村保健センターに勤務する医師、保健師、管理栄養士、健康運動指導士等複数の職種が多数会員となっている日本公衆衛生学会は研修の実施機関として人材養成において貢献できると考えられます。日本公衆衛生学会を関係団体に加えていただくよう、要望します。

健康日本（第2次）では有病者に対する重症化予防が重視されました。改訂版では、特定健診実施時に把握できる有病者に対して、未治療者への受療促進、服薬中断予防、生活習慣改善指導を行うことが適当であるとしていますが、こうした指導を医療保険者の義務とまではしていません。しかし、特定健診・特定保健指導は、重症化予防対策を実施できる重要な機会を提供していると考えられます。特定健診・特定保健指導における重症化予防の取り組みの是非とその具体的な手法に関する検討が必要と思われます。

従って、今後の制度の見直しに関しては、下記の点を考慮することを要望します。

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。
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ものに対して、「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. 検査項目の見直しに際しては、血清尿酸とクレアチニンを検査項目に加えるかどうかを決定する。
5. 研修実施機関の関係団体の中に、日本公衆衛生学会を追加する。
6. 特定健診・特定保健指導における重症化予防の取り組みの是非とその具体的な手法を検討する。

以上