

特定健康診査・特定保健指導の現状と課題について

大西 証史

厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室長

講師経歴

大西 証史 (おおにし しょうじ)

・厚生労働省 保険局総務課 医療費適正化対策推進室長

■ 出生

・愛媛県松山市

■ 略歴

・昭和 63 年 4 月 厚生省入省
保険局、保健医療局、北見市、国際課 等を経て、
環境庁 環境影響評価課 課長補佐
厚生省 障害福祉課 課長補佐
外務省 在英大使館 書記官
厚生労働省 健康局総務課 課長補佐
// 大臣官房総務課 国際連絡室
// 大臣秘書官 事務取扱
// 医薬食品局 監視指導・麻薬対策課 監視指導室長

平成 19 年 9 月～ 現職

はじめに

皆さま、こんにちは。厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室長の大西と申します。今日は貴重なお時間をいただき、ありがとうございます。

去年の2月18日、医療関連サービス振興会さん定例のシンポジウムに私も参加させていただき医療費適正化の取組みについてご報告をさせていただきましたので、それにご参加されていた方には重なるお話多々あるかと思いますがお許してください。

国民の皆さまから、医療費の適正化とは必要な医療費を無理矢理削っていくことではないか、その結果、必要な医療が受けられないようなことになるのではないかと、というご指摘をいただくことがあります。そういうお声に対して私は、「いえそうではなくて、いろいろな角度から、できる医療費の節約をご一緒に考えすすめていく取組みです」と、お答えするようにしています。また、その際、率直に私自身の考えも申し上げながら、少しずつご理解を得ているような状態です。「適正化とは何か」ということは、いつも私が最初に申し上げていることです。本日は、医療の世界でそれぞれのお立場でプロフェッショナルとしてお仕事をされている方が多いと思いますので、まさに釈迦に説法だとは思いますが、やはり適正化とは何だろうか、私の考えていることについてお話しし、ご指摘を賜りたいと思います。

適正化とは

私が厚生省に入りましたのは、21年前の昭和63年です。そのころすでに医療費の適正化は重



要な課題と考えられさらに重要性を増していくだろうという認識はありました。ただ、当時はその取り組みがまだささやかなところから始まっていた時代だったと思います。当時で国民医療費は20兆円を少し越えたくらいでしたが、その後毎年だいたい5,000億円から1兆円くらいのペースで増え、今や33兆円から34兆円とされています。

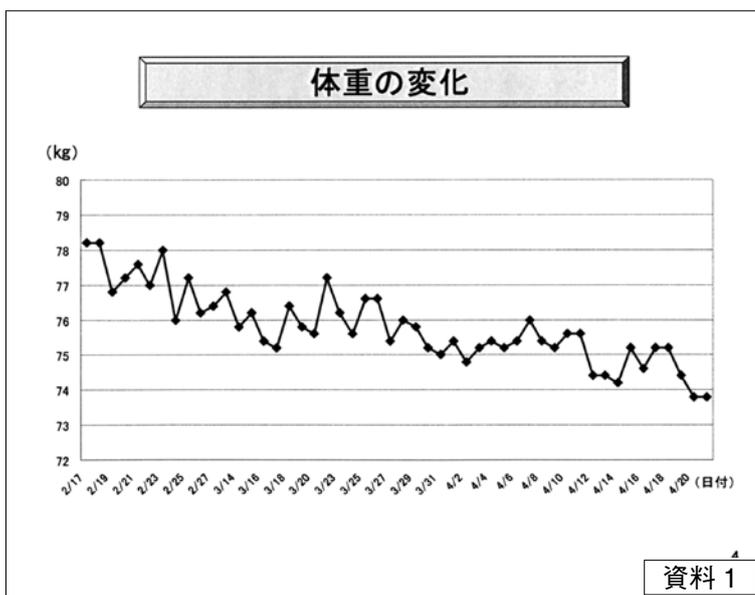
雑談めいた話ではありますが、当時から医療に匹敵する経済ないし産業にどんなものがあるだろうかと、話題にのぼることがありました。私は最初に健康保険法や健保組合の運営を担当する保険課に配属されていたのですが、当時の課長が、視野の狭い初年兵の私に出してくれた宿題がまさにこれでした。「大西君、国民医療費とほぼ同じ規模の、ライバル産業は何か調べてくれ」というわけです。当時はインターネットなんてない世界ですから調べるのにモタモタと時間がかかってしまいました。そんなとき、出向先の通産省から帰ってきた先輩に相談したところ、たちどころに「そんなの、簡単だよ」と教えてくれたのが、「パチンコ」でした。もちろんほかにも同じような規模の産業はあると思いますし、詳しい方はご存じだと思いますが、当時でパチンコ産業の規模は20兆円弱、今も30兆円には届かない数字だったと思いますがそれに近い売り上げ高になっているはずです。厳しい財政状況の中、毎年どうやって財源を確保していくかやりくりで苦勞している医療保険制度とはまた別のところに、同じくらいの規模の大きなお金が右から左へ動いていく産業があるということを知りました。

——話がさっそく横にそれてしまいましたが、国民医療費に関して、私がお伝えしたいと思っているのが、高額療養費制度についてです。医療の患者負担は3割負担と言われますが、実際には限度額を超えると払い戻してくれる高額療養費があるので、全体でおしなべて計算すると、患者負担は1割5分で済んでいるところがあります。そして、財源は、保険料が約5割、税金が約3割5分、残りがこの患者負担、という割合

になっています。いろいろ国際的な比較をすると、負担が軽い、重いという比較論はありますが、やはりWHOなどでも高く評価されているように、国民皆保険体制のもとで我が国の医療がしっかり持続してきたということは、意義深い事実だと思います。そして、これからももちろんこれを続けていく必要があると思います。この財源を考えると、必ず立ち返らなくてはいけないのは、窓口負担にしる、保険料にしる、税金にしる、貴重な国民の皆さまの負担からきているということです。適正化とは、本当に必要な給付に、できるだけ効率よく使っていただくこと。そして、必要な場合には遠慮なく使っていただくことが重要ではないかと思っています。そのためにもこれからは医療提供体制を中心にして、資源の最適配置をしっかりと考える必要性が増してきていると思います。これは保険局だけでなく医政局などの仕事にも密接に絡んでいくわけですが、そういう問題意識で仕事をしていく必要があると考えております。今日のテーマは「特定健診・特定保健指導」です。

体重の変化

そこで、突然、個人の話になりますが、正直に告白いたしますと、私は今年の2月から「積極的支援」の対象に選ばれ、まさにメタボ対策の実践をはじめました。体重の変化のグラフはごらんの通りです(資料1)



去年の8月に人間ドックを受診しそのデータをもとに厚生労働省の共済組合が受診者を階層化した結果、私は「積極的支援」の対象になったわけです。初回面接はグループ支援でしたが、特定健診・特定保健指導の仕組みづくりに関係していた人も選ばれていたりして、「あ、あなたもですか〜」とライバル心も沸いて「切磋琢磨」している状況です。

ちなみに、私の家系は下半身が太い小太りな体質なものですから、なかなか非該当となるのは困難かな、でもさすがに積極的支援まではいかないだろうと想定し講演などでもそう申し上げていたのです。しかし、去年の3月に保険局の広報委員と申しますがマスコミの方々との窓口役などにあたる仕事が増えた頃から、急激に太ってしまいました。ちょうど後期高齢者医療制度(長寿医療制度)が施行され、世の中が侃々諤々の状況になった時期にあたりましたから、なかなか机を離れられず、食事も不規則となり運動もなかなかできなくなりました。結果的に、昨夏、人間ドックを受けるまでの5ヶ月間体重はどんどん増え続けいろんな数値も悪くなったということです。そんな中で、自民党であれば部会、民主党であれば部門会議といわれますが国会の先生方の会に呼んでいただき私の担当している仕事を説明した際、ある先生から「大西さん、あんたのいうとおりの前向きな大切な取組みだと思うけど、そんなこと言ってるあんた自身、どうなの?」と指摘されたりすることもある、相当に悔しい思いをしたことも、今につながっているような気がします。なお、私に対する積極的支援は去年の2月17日に始まりましたが、長寿医療制度対応が一段落して自分の本来業務に専念できるようになった去年の10月頃が82~83kgくらいのピークで、その頃から自主的に節制を始めていたのに加えて、積極的支援の手が加わったおかげで、今では74kgくらいまで落ちてきています。これでもまだまだですが、BMIは、去年の秋で28~29くらいだったのが、今では26くらいになりました。ちょっと体重ダウンのペースが早いので、保健師さんには、「あまり無理をするな」と言われています。実際には、それほど無理はしていませんが、も

う少しペースを緩めようかなと思っているところです。

後からまた出てきますが、このグラフにからめて申し上げたかったもう一つのことは、平成20年度は全体にスロースタートだったということです。健診を受けていただき、その結果を保険者が入手し、対象者を選び出して保健指導の案内をして利用していただく、という全体プロセスには当然時間がかかりますが、20年度は保険者と実施機関の間で実際の委託契約を結んで体制をとっていただくのが4月の最初からとはいわず、都道府県や地域によっては、夏過ぎから秋までかかってしまったという現実があります。こうしたことから、全体としてスタートが後ろ倒しになってきたのが、進みが遅れた一因として申し上げられると思います。私の保健指導のスタートが2月になったことも、そういうことの例証として、また自己紹介を兼ねて、このグラフを入れさせていただきました。

医療制度改革と生活習慣病対策の推進

医療費の動向

ここからは、いつも通り定番の資料です。今申しあげましたように、後ろ倒しで全体が動いているため、例えば、実施者数や実施率が実際に医療費の節約につながっているのかという結果は、すぐには出てまいりません。そういう意味で、今日は、制度の考え方や仕組みのおさらいにあたる資料が多くなりますが一緒にご覧いただければと思います。

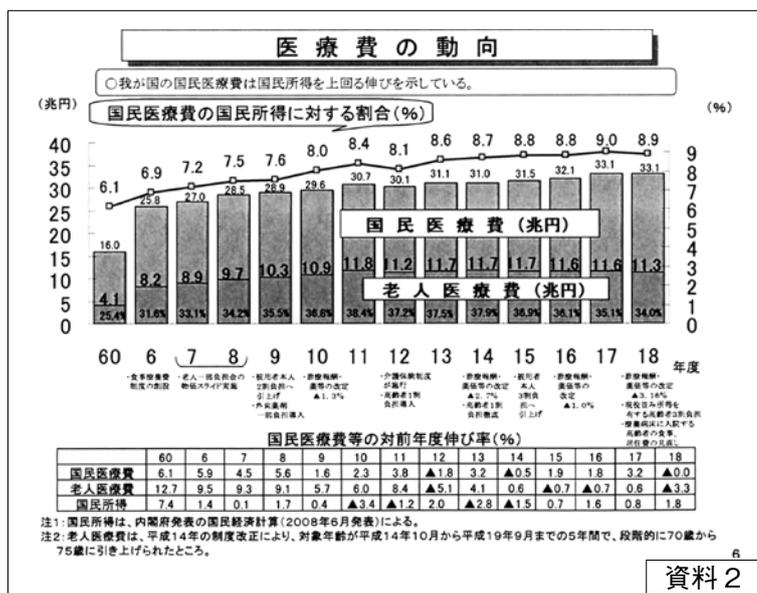
まずは、医療費がどういう伸びを示してきたか。平成18年度の医療費は33兆円、19年度は34兆円くらいではないかと言われています。国民所得の比率で見ても、着実に伸びてきている状況にあります。その中でも、老人医療費が大きな伸びを示しています。途中、介護保険制度が創設されそちらに移し替えられた部分がありましたので、見かけ上その辺りから落ち着いているように見えます。また、老人医療費の範囲が1年ずつ対象年齢が引き上がっていますので、数字自体あまり伸びていないように見えますが、これを織り込むと、やはり毎年1ポイン

トくらい、伸びているわけです。(資料2)

適正化とは何かという話を先ほども少し申しましたが、レセプト点検やジェネリック薬品の取り組みなど、これまでいろいろな適正化の取り組みが行われてくる中で、大きな制度的な枠組で言いますと、患者さんの一部負担の引き上げ、診療報酬のマイナス改定が重ねて行われてきました。また、財源対策として保険料率の引き上げも行われていますが、これらはいずれも結果として医療費の伸びを抑える効果は長続きせず、2~3年経つと伸びが回復するということが繰り返されてきました。そうした流れの中で、平成16年前後から経済財政諮問会議の場を中心として、医療費の伸びのコントロールを大がかりな仕組みとしてするべきではないかという大議論になったわけです。

私は当時、尾辻厚生労働大臣のカバン持ちをさせていただいておりました。厚生労働大臣は経済財政諮問会議の場には常任のメンバーとしてではなく、臨時議員といますが所管するテーマが取り上げられるときだけ出席を求められる立場なのですが、尾辻先生は講演などでよくお話していらっしゃるようですがまさにひとりで被告席に立たされる状況だったということ

でございます。経済財政諮問会議では、民間議員といわれますが大学の先生と経済界の方々が中心になって、医療費の伸び率をGDPの伸び率によっていわば機械的に管理・コントロールする仕組みを取り入れるべきという意見が出ていました。具体的には、高齢化によってどうしても医療費が伸びる部分はあるだろうから、GDPの伸び率に若干高齢化の進展を加味して医療費の伸び率を決めてはどうかというようなことが議論されていたのです。尾辻さんは、その場ではいつも胸に辞表を入れていたということですが、持論を曲げることは絶対にされませんでした。要するに、医療が必要かどうかは経済の状況によって変わるわけではなく、基本的に必要な医療は、大きくいえば積み上げで費用をまかなうしかない。機械的な伸び率管理には絶対賛成はできないと、受け入れなかったわけです。ただ、そうは言っても、医療費の財源も保険料と税金と患者負担ですので、いずれすべては国民の皆さまの負担になるのは確かな事実です。それであれば、厚労省としては別のアプローチを責任を持って考え、提案しなければいけないという状況になったわけです。そこで出てきた対策の一つが、今日のテーマに絡む話です。

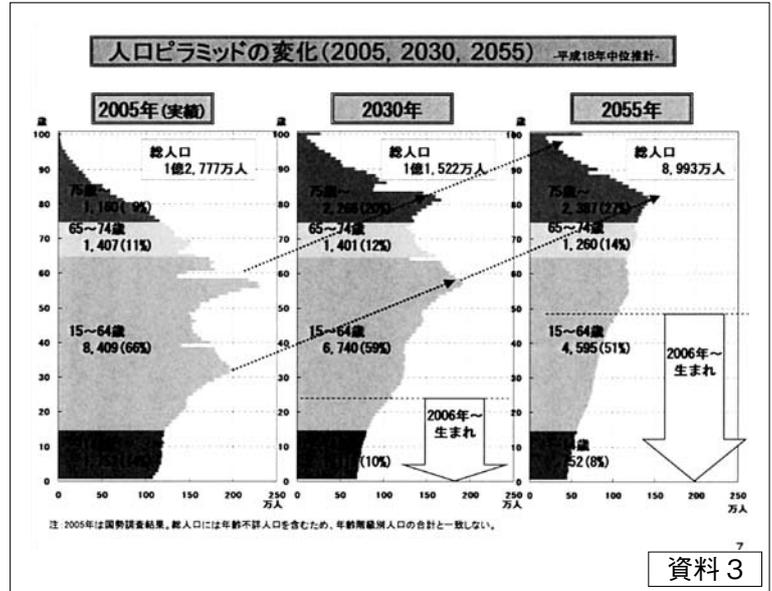


人口ピラミッドの変化 (2005, 2030, 2055)

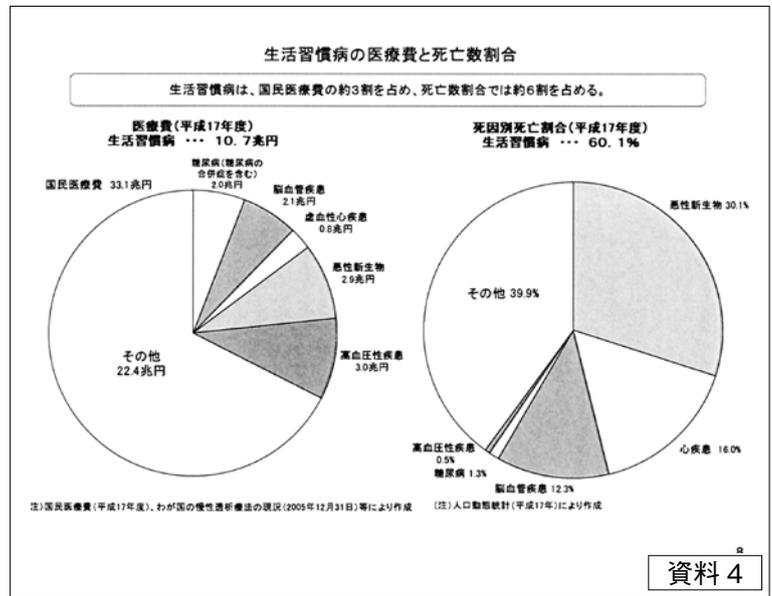
人口ピラミッドの変化をごらんいただきます。老人医療費は若人の5倍ほどかかるため、高齢化がこのような進めば老人医療費を中心に医療費はどんどん増えていくことになります。では、それにどう対応していくかというアプローチを根本的なところから考えていかねばなりません。医療費の伸びの要因の根本部分の一つとして着眼されたのが生活習慣病です。生活習慣病の医療費は、医療費全体の3分の1、がんを除いても4分の1に及びます。また、生活習慣病による死亡数の割合は60%、がんを除いても3分の1になります。(資料3, 4)

生活習慣病対策について

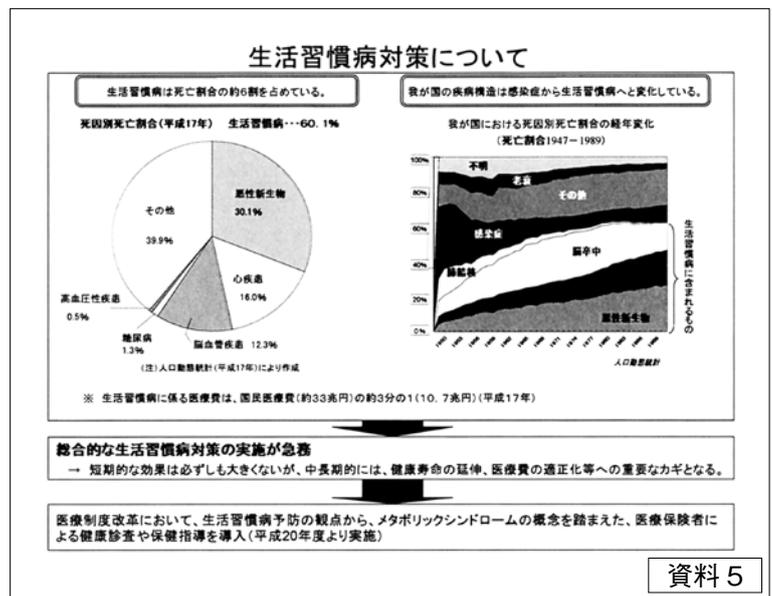
そこで、当時の内科関係の学会でとりまとめられた知見も踏まえ、短期的な効果は必ずしも大きくはありませんが、長期的には生活習慣病対策に取り組んでいくことで健康寿命が延び、ひいては医療費の適正化にもつながるのではないかということで、特定健診・特定保健指導の制度化が検討されたわけです。もう一つの取り組みは、今日のテーマではありませんが、医療機能の分化・連携の推進を通じた平均在院日数の短縮です。地域において、介護保険分野も含めた各種機関の連携体制をうまく構築していくことで、医療の効率性がアップしながら、結果として医療費の伸びも適正化できるのではないかと、ということです。整理してみますと、医療費の増加の主要因は、やはり一人あたりの医療費が若人の5倍かかる老人医療費の増加です。これは都道府県で大きな格差があります。一番医療費の低い長野県で、今67万円。福岡県で102万円。平均で82万円となっています。これを外来医療費、入院医



資料3



資料4

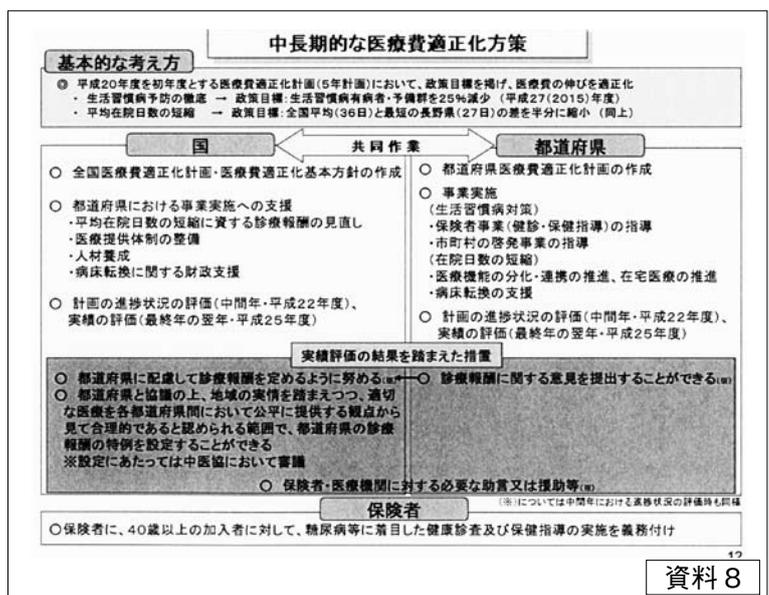
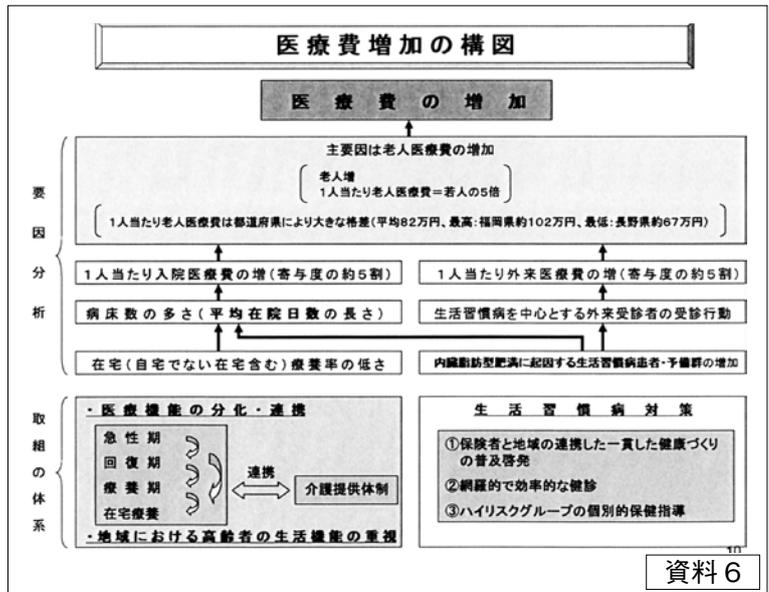


資料5

療費と個別に見ていくと、なるべく若いうち、早いうちから内臓脂肪型肥満に手を打っていくことで将来の生活習慣病の発症や重症化が抑えていくのが有効だろうということです。つまり、メタボリックシンドロームに起因する生活習慣病の患者予備軍がどんどん増え、それに対して早いうちに手を打てば悪くならないのに、放置しておくことで、外来受診による医療費のアップに、さらには入院医療費にもはねてくる、ということで、医療提供の連携強化と合わせて取り組んでいくべきだろうと、いうことでこれらを二本柱として、平成18年の医療制度改革における医療費適正化の取り組みの柱として位置づけた、という経過だったわけです。(資料5, 6)

医療制度改革法の概要

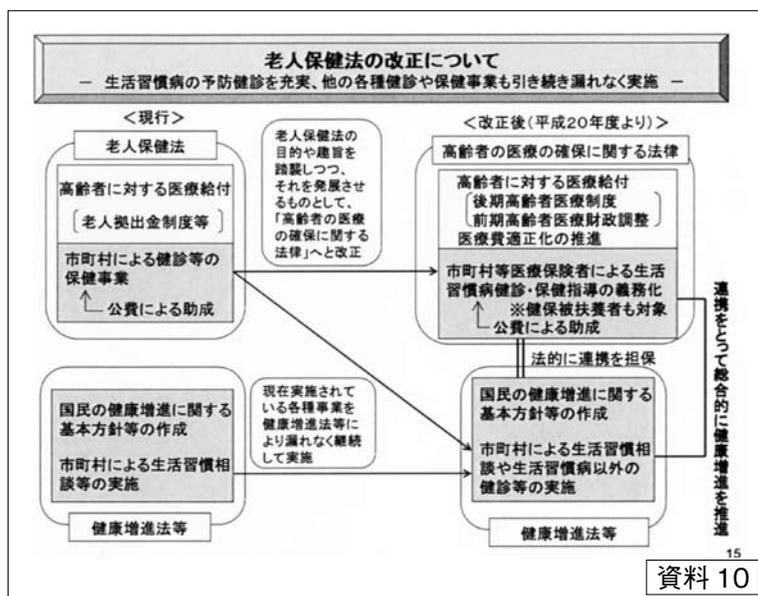
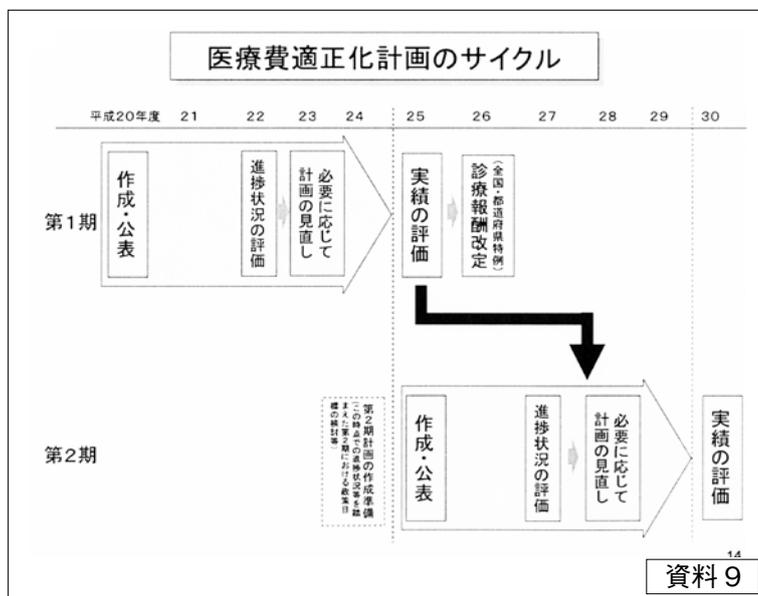
18年改正では、昨今ずっと話題になっておりました後期高齢者医療制度の創設や、協会けんぽ(政管健保)で都道府県ごとに保険料率を設定していくといった大きな制度体系の見直しがありましたけれども、これらと並んで生活習慣病対策などの中長期的な医療費の適正化の取り組みが位置づけられたわけです。おさらいになりますが、中長期的な医療費適正化方策としましては、平成20年度を初年度とする5か年計画を国と都道府県でそれぞれ立て、政策目標を掲げて医療費の伸びの適正化に取り組んでいくという位置づけになっています。二本柱のうち、一つは生活習慣病予防の徹底、生活習慣病の有病者および予備軍を25%減らすこと。二つめは、平均在院日数を縮小すること、具体的には、全国平均の36日と最短である長野県の27日の差を縮めていこう、それぞれの都道府県が長野においついていこう、ということです。(資料7, 8)



国としては、国の計画とともに、都道府県に計画を作っていただくための基本方針をお示しし、あわせて診療報酬の見直しや医療提供体制の整備、人材育成、また病床転換の財政支援なども位置づけ、予算要求もさせていただきました。

健診の話に戻りますが、それまでは老人保健法という法律に基づき市町村が住民を対象として基本健康診査を実施していましたが、20年度以降、40歳から74歳の医療保険加入者に対して医療保険者によるメタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導の実施を義務づけられることとなりました。なお、今回これを個人に受診が義務づけられたという誤解もありますが、保険者側に事業の提供を義務づけたというところまでです。実務面での仕組みのポイントとしては、被扶養者の方々が地元の市町村で健診・保健指導を受けやすいよう配慮するため、集合契約というスキームが採用されたことです。実際には、遠隔地の被扶養者であっても地元の健診・保健指導が極力受けられるように

関係者が協力して段取りをするということが進んできたわけです。また健診結果データは、電子的に保険者に挙げていただくことなるべく早く保健指導者の対象者を選んでいただいたり、全体の事業評価などに活用いただいたりするかたちになっています。後ほど詳しい資料が出てまいります。この取り組みを5年間行い、6年目からは、長寿医療制度(後期高齢者医療制度)への各医療保険者からの支援金について特定健診・特定保健指導の実施状況や成果によって、加算・減算を行うという仕組みを設けています。これについては、ペナルティだとか懲罰主義でけしからんといったお叱りや、損得勘定



めいたお話も伺いますが、なるべく健康な加入者を長寿医療制度のほうに送り出していただいたその努力を評価する仕組みであって、懲罰といったものではなく、むしろ加入者の健康づくりや疾病予防という保険者さんの本務についてのインセンティブと考えていただければと申し上げています。いずれにせよ、細かい算式などは、今後実施状況などを見ながら検討することとされていますから少なくとも2か年度分くらいはしっかり実施状況を把握して、折返し地点あたりから関係者で議論を始めていく必要があるのではないかと考えております。

(資料9, 10)

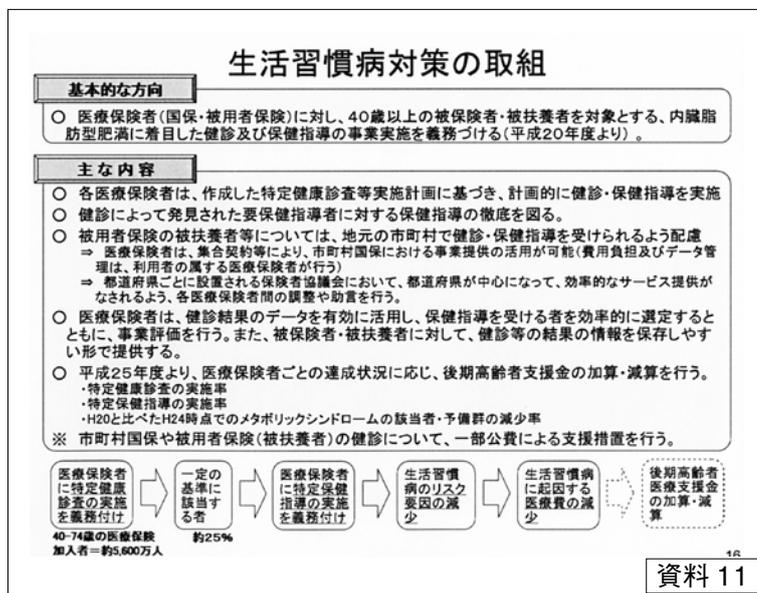
生活習慣病対策の取組

生活習慣病の中に、なぜがんを入れなかったんだと時々問われます。今回のスキームの軸は保健指導です。つまり、健診の結果からみて支援が必要な方に、情報をどう解釈して、どう生活の改善に生かしていったらよいかをお伝えし、実際に生活を見直していただく、行動を変容していただく、そのために、支援していくべき人を適切に選び出すというのが健診の位置

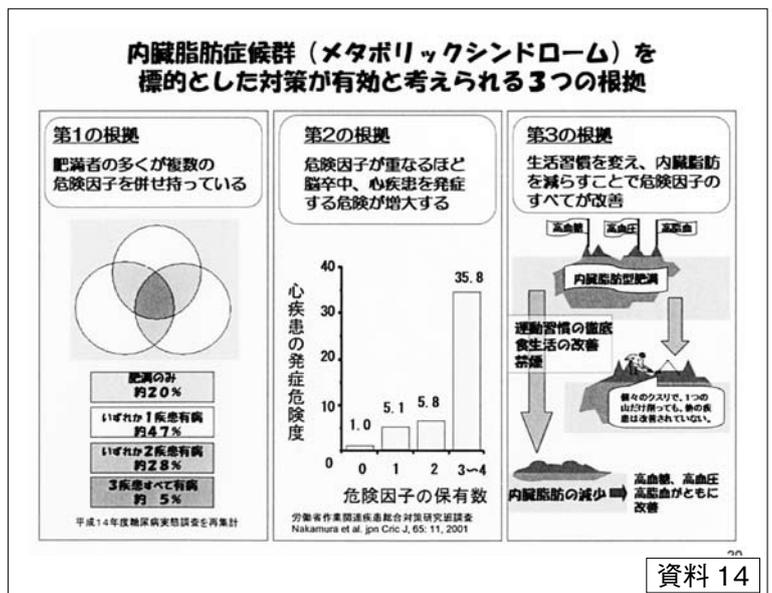
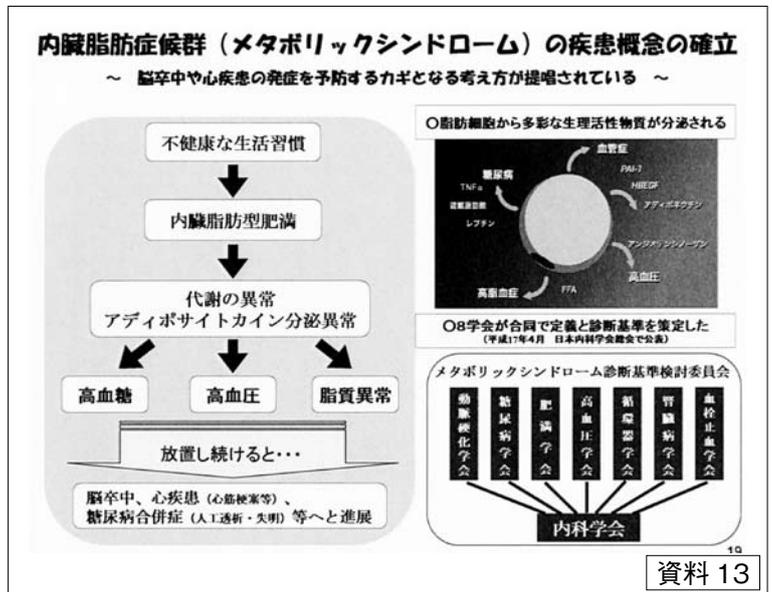
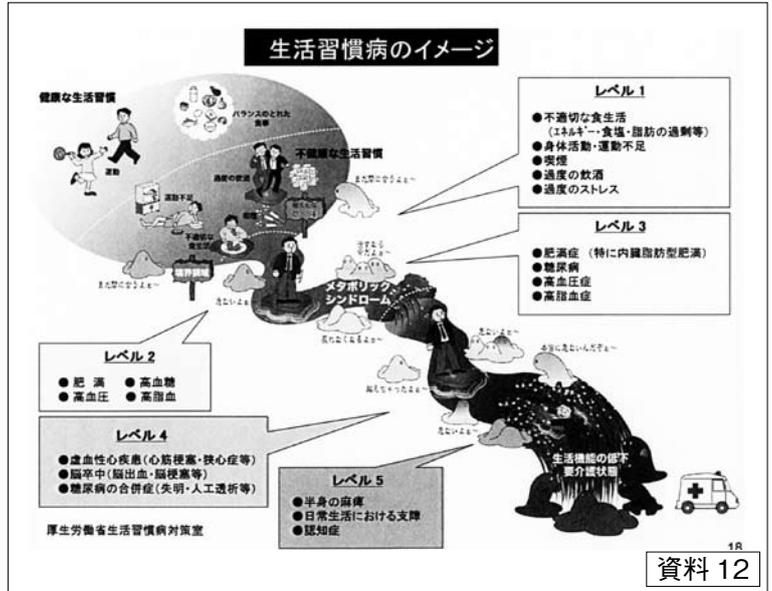
づけになります。いわば保健指導に重きを置いた仕組みとなります。一方、がんは検診で罹患していることがわかれば、もはや保健指導ではなく、ただちに手術や化学療法など治療が優先されることになりますから、がんに関しては、後々の保健指導を前提としたこのスキームとは別に、しっかりがん検診をやっていただき、がん治療の診療向上を推進するという別の取り組みです。もう一つ、煙草の位置づけがあります。喫煙は脳卒中など生活習慣病の大きな要因なのに、特定健診は煙草のリスクを評価していないじゃないかと言われますが、今回のスキームでも、リスク要因としてカウントするようになっておりますので、喫煙と生活習慣病の関係については、機会があるごとに説明に努力しているところです。

(資料11)

この取り組みが医療費適正化の取り組みの柱に位置付けられた契機のひとつは、ちょうど同時期に、メタボリックシンドロームの概念や診断基準が、内科関係8学会で確立されたことでした。ここでは、それぞれの医学的な細かな説明はできませんが、ご存じの通り、血圧の



リスクが増えれば増えるほど、重症疾患の発症危険度は高くなります。しかも、対症療法で、血糖の薬だけ、あるいは高血圧の薬だけを飲んで、他の疾患は改善されません。重要なのは、それら症状の根っこにある内臓脂肪という原因を生活の改善で減らしていくことができれば個々の疾患なり症状が一緒に改善できるわけであり、このほうがより健康的な生活を可能にするという意味で、ご本人やご家族のQOLも高まりますし、結果として医療費の節約にもつながれば一石二鳥でも三鳥でもあろうということで導入されたわけです。なお、例えば特に女性について腹囲の基準が甘いんじゃないか、逆に男性には厳しいのではないかなど、さまざまなご意見がありますが、もちろん今後の科学的知見の集積により学会が基準値を見直されることがあれば、本制度の基準値なども見直しを検討することになっていくのは当然のことです。(資料12, 13, 14, 15)



国民健康・栄養調査の結果をここで少しご紹介しておきます。身長・体重・腹囲・血圧などの調査をしております。特に平成19年度は、糖尿病の有無や休養状況について重点的に調査が行われました。毎年、糖尿病が疑われる方は2,000万人と言われていたのですが、平成19年は約2,200万人でした。しっかりと生活習慣病対策を行っていかなくてはならないデータがまた出てきたということです。糖尿病は、平成9年と平成14年を比べても、相当増えてきています。特に40歳を越えると大きく増加しているのが現状です。(資料16)

糖尿病が強く疑われる人の中で、治療を受けず放置している人が4～5割いるということです。糖尿病は自覚症状があまりなく放置しがちですが、放っておくと重症化しもっと深刻な病気につながっていくわけですから、よくありません。保健指導も重要ですし、なにより必要な方にはすみやかに治療を受けていただくよう、全国民を対象に、糖尿病なり高血圧なりその他生活習慣病のリスクについて理解をすすめるポピュレーション・アプローチも重要であることがわかっていただけたと思います。(資料17)

糖尿病の検査と保健指導との関係性をフローで見ると、糖尿病の検査後に異常があると言われた方のうち、約8割がパンフレットをもらうといった幅広い意味での保健指導を受けたことになっています。また、生活習慣を変えたという人が9割おられます。これらのニーズをうまくつなぐことが、生活習慣を変えていくことにつながるでしょう。まだ十分ではありませんが、糖尿病に関する知識の普及は進んできています。ただ、正しい運動と食生活が大事であるとか、失明につながり得るとか、最初は自覚症状がないといった症状に対する理解は高いのですが、糖尿病が

メタボリックシンドロームの診断基準

～8学会策定新基準 (2005年4月)～

腹腔内脂肪蓄積
ウェスト周囲径 男性 ≥ 85cm
女性 ≥ 90cm
(内臓脂肪面積 男女とも ≥ 100cm²に相当)

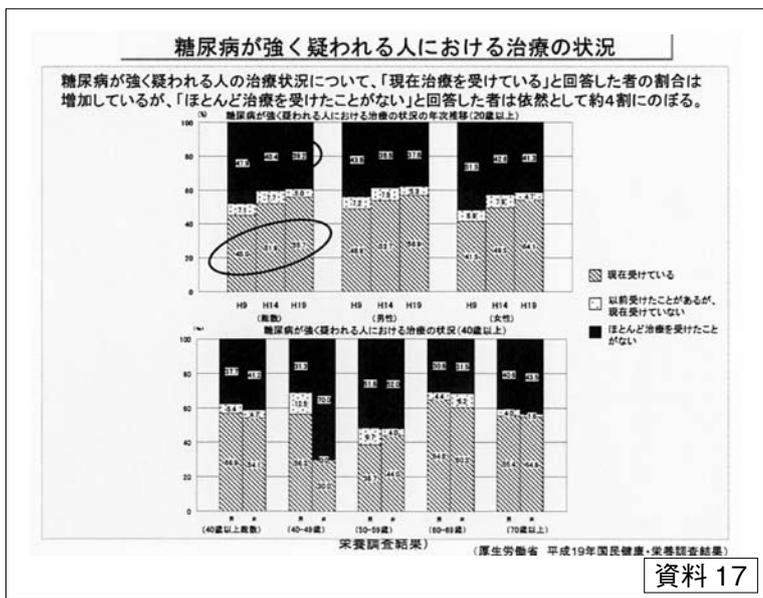
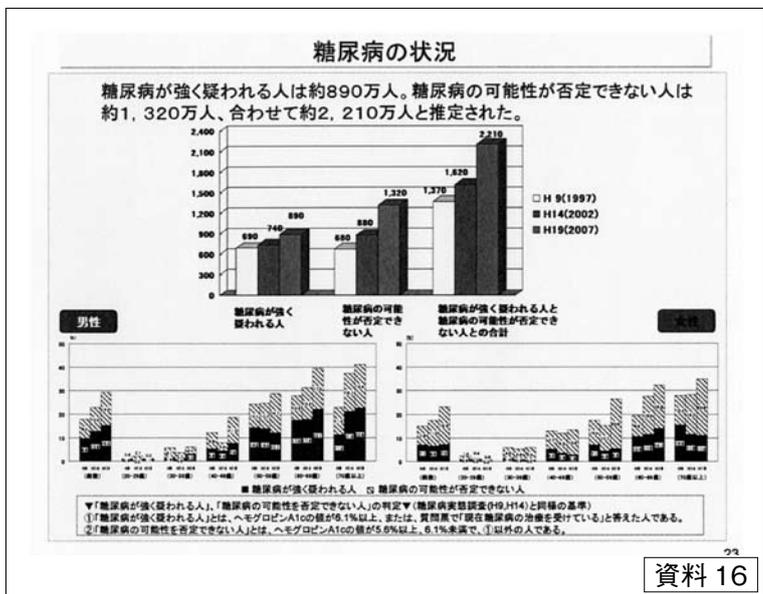
上記に加え以下のうち2項目以上

高トリグリセライド血症 ≥ 150mg/dL
かつ/または
低HDLコレステロール血症 < 40mg/dL 男女とも

収縮期血圧 ≥ 130mmHg
かつ/または
拡張期血圧 ≥ 85mmHg

空腹時高血糖 ≥ 110mg/dL

資料 15



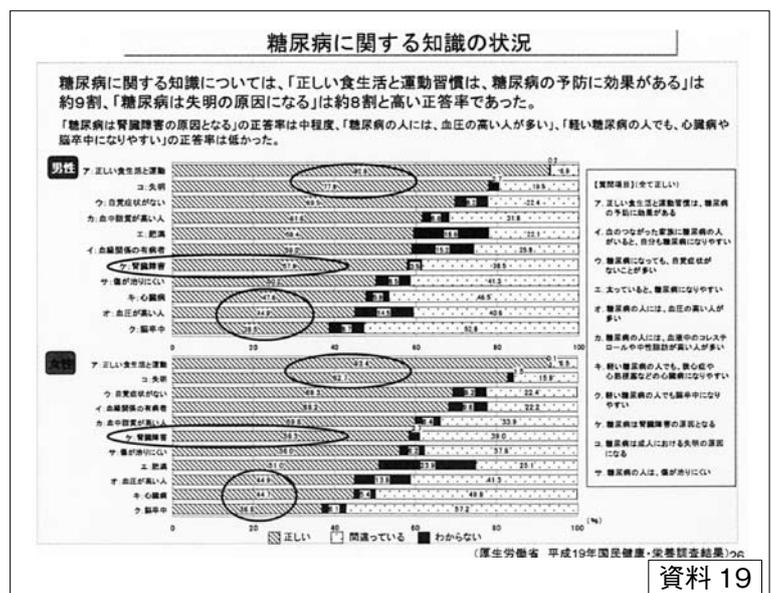
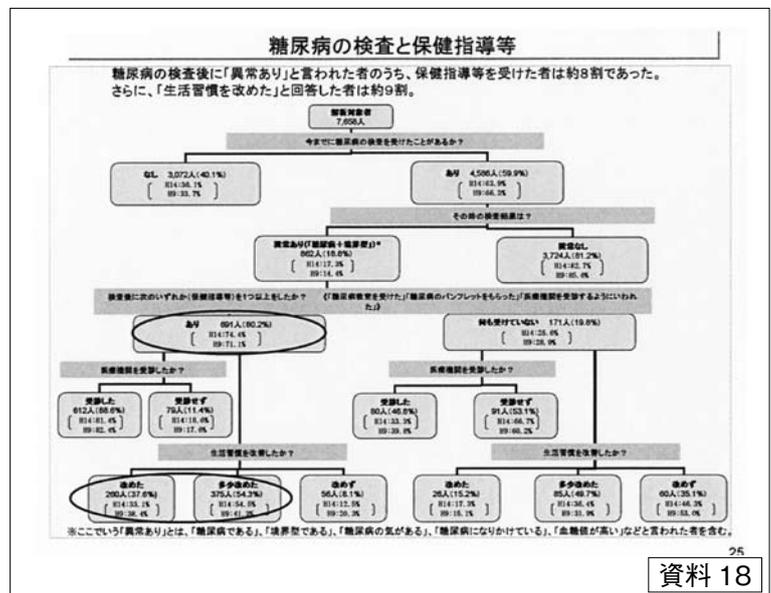
血圧や脳卒中、心臓病にまで関係するということについては、まだ浸透していません。今後は、こういうこともあわせて啓発しなければならぬことがわかってきています。(資料18, 19)

メタボの該当者と予備軍は、全国であわせて2,000万人ほどいるという推定になっています。特に男性が多いということです。また、「健康日本21」の目標値である1日の歩数は男性で7,321歩、女性で6,267歩ですが、現状ではまだまだ達していないというデータが出ています。喫煙率も、世界的に見て日本は高い傾向にあります。かつてと比べると喫煙率は減少傾向にありますが、いまだ男性の喫煙率は全体の約4割、女性が約1割ということで、特に20代から40代くらいで高いという結果が出ています。このあたり保険局で直接所管はしておりませんが、喫煙対策は非常に重要な取り組みとして、これからも頑張っていかなければなりません。煙草を止めたいと思っている人は、以前に比べて増えてきているというデータも出ていますので、そうした点のフォローを、いろいろな取り組みを通して支援していくことが求められています。

食事については、朝飯を抜く人が最近増えているという結果が出てきてお

ります。私の体重変化の話ではありませんが、なるべく三食をバランスよく食べることが、単にメタボ対策だけではなく重要だということ、いろいろな機会に啓発していく必要があると思います。野菜の量は350gを毎日採るのが望ましいと位置づけられていますが、現状の摂取量は平均290gとなっており、今一步の状態であるとマクロのデータでは出ております。

食事に絡んで雑談めいた話になりますが、野菜を350gといってもどれくらいの量なのかなかなか実感がわかないというのが現実だと思います。私も当初そうでした。ただ、よく考えますと、私は最近少し遠ざかっているのですが趣



味のひとつが山登りです。入れ込まれた方なら同じかと思いますが、荷物をなるべく軽くしたいと工夫するのでモノの重さにはたいそううさくなるといいますか、いろいろなものを手に持てばだいたいの重さがかかるようになります。初回面接の最後に、保健師さんがブヨブヨしたプラスチックの塊を持ち出してこられて、重さを当ててみろ、となったのですが、2kgでしたが、みごと正解できたのはそこでは私だけでした。その際、これの5倍～10倍を腹に巻き付けて生活しているのは空しいしもったいない、と思うとともに、これがわかるなら、食品の重さもかなり推測がつかだろろうと思ったわけです。例えば、ゴアテックスの雨合羽は山登りの必須アイテムですけれども、これが上下セットで600g前後ですから、野菜の一日量はその半分くらいといった感じです。今は秤も便利になりましたが、はかる前に手で持って野菜や食品の重さをからだで覚るよう努めています。ちなみに、野菜350gというと意外とカサが大きく、ほうれん草だと大きな束になります。そういうものを、生ももちろんですが、煮たり、炒めたり、焼いたりしていろいろ工夫してコンパクトに食べるようにしています。だんだん味付けにも凝るようになったりして、かみさんにも楽でいいなどと、勝手によろこばれたりしておりますが。

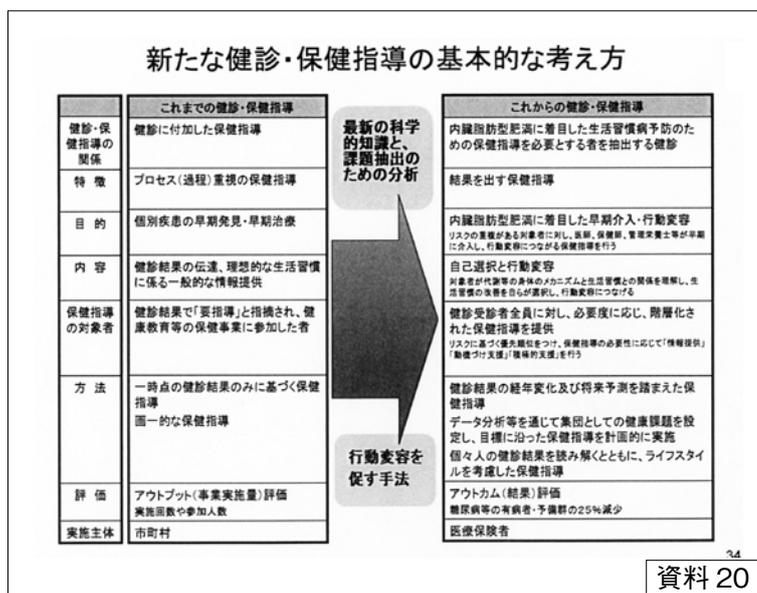
特定健診・特定保健指導の内容

新たな健診・保健指導の基本的な考え方

これまでの健診・保健指導は、どちらかというとなら健診が主役であり、保健指導については特に熱心な自治体なり保険者さんを除けば検査結果を伝えた後はご自分でご随意にがんばってくださいといった取組みでした。要するに、病気になった後の早期発見・早期治療のための健診が中心だったわけですが、新しい仕組みでは内臓脂肪型肥満に重点を置き、それ以外の健診もきちんと行うことで、保健指導を必要とする人を抽出することに重きが置かれています。保健指導もしっかりご本人に食い込んでアプローチをし、行動を変容するところまで持っていきたいんだと。実際に結果を出していただきたいという仕組みに変えていくということです。(資料20)

そこで出てくるのが、保健指導を実際に行い、健診結果の情報を提供して、それをもとにいろいろアドバイスを行う専門家の方々の技量、実力が問われてくることとなります。

新しい仕組みでは、積極的支援と動機づけ支援、さらにそれ以外の基本的な情報提供という、3段階に対象者をカテゴライズするという仕組み



みを導入したことがポイントです。年齢的には40歳から74歳が対象になっていますが、議論としては、もっと若い時期も大事だというご意見や、後期高齢者制度の関係でいくと75歳以上も対象にして欲しいというご指摘、逆に75歳を超えた方にそんな積極的な介入をするのかというお声もあります。様々なご意見やご指摘がある中で、当面すすめてみて、実施状況を見て、必要があればさらに息長く見直しをしていくのが然るべき対応だろうと思っています。

検査項目は、メタボリックシンドロームだけに集約するのであれば、直接関係のない検査項目も入っていますが、このあたりは老人保健法の基本健康診査の項目で踏まえられるものは踏まえて盛り込んでいるという流れになっています。私も去年人間ドックを受けたとき、やはり予定されていた様式と同じものが、人間ドックの結果とは別にわざわざ仕立てられていました。それで再認識したのですが、検査結果の欄が3つ設けられていて、少なくとも3年分は本人が過去のデータと比べて、どうなっているのかをすぐに見て比較できるように作られていました。これから新しいデータが蓄積されていくわけですが、こういう比較できる形式にすることで、ご本人の理解に役立つようになります。

(資料21, 22)

また、階層化の基準ですが、年齢の高い方についてどこまで強く介入していくかにつきましては、やはり65歳を過ぎるとまずは動機づけ支援だろうということが専門家による検討会で整理されました。またさきほども申し上げましたが喫煙歴もリスクにカウントされるようになっていきます。また、検査結果の通知の際にはリスクの低い方についても保険者さんの創意工夫でいろいろな健康管理に有益な情報を提供していただきたいと思いますところでは、特定保健指導を行う実施者として全体的な統括は、お医者さん、保健師さん、管理栄養士さんに限定されています。ただ、法の施行当

特定健康診査の検査項目

基本的な健診の項目	<ul style="list-style-type: none"> ○ 質問票(服薬歴、喫煙歴 等) ○ 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲) ○ 理学的検査(身体診察) ○ 血圧測定 ○ 血液検査 <ul style="list-style-type: none"> ・ 脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール) ・ 血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c) 注) 摂食時はHbA1c ・ 肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP) ○ 検尿(尿糖、尿蛋白)
詳細な健診の項目	<ul style="list-style-type: none"> ○ 心電図検査 ○ 眼底検査 ○ 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値) <p style="text-align: right; font-size: small;">注) 一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施</p>

資料 21

(表図) 特定健康診査受診結果通知表 様式例

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>フリガナ</th> <th>トウダイ カンシセウ</th> <th>生年月日</th> <th>1955年4月1日</th> <th>健診年月日</th> <th>2020年4月24日</th> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>特異 健太郎</td> <td>性別/年齢</td> <td>男 43歳</td> <td>特定健康診査受診回数</td> <td>9(1020111)</td> </tr> </table>	フリガナ	トウダイ カンシセウ	生年月日	1955年4月1日	健診年月日	2020年4月24日	氏名	特異 健太郎	性別/年齢	男 43歳	特定健康診査受診回数	9(1020111)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>検査結果</td> <td>赤血球数 (5%)</td> <td>450~570</td> <td>450</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>血色素量 (g/dl)</td> <td>13.0~17.0</td> <td>14.7</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ヘマトクリット値 (%)</td> <td>38.0~50.0</td> <td>42.5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>心電図検査</td> <td>所見</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>眼底検査</td> <td>所見</td> <td></td> <td>0.1</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0.6</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0.1</td> <td></td> </tr> </table>	検査結果	赤血球数 (5%)	450~570	450			血色素量 (g/dl)	13.0~17.0	14.7			ヘマトクリット値 (%)	38.0~50.0	42.5		心電図検査	所見				眼底検査	所見		0.1					0.6					0.1	
フリガナ	トウダイ カンシセウ	生年月日	1955年4月1日	健診年月日	2020年4月24日																																											
氏名	特異 健太郎	性別/年齢	男 43歳	特定健康診査受診回数	9(1020111)																																											
検査結果	赤血球数 (5%)	450~570	450																																													
	血色素量 (g/dl)	13.0~17.0	14.7																																													
	ヘマトクリット値 (%)	38.0~50.0	42.5																																													
心電図検査	所見																																															
眼底検査	所見		0.1																																													
			0.6																																													
			0.1																																													

項目	性別	基準値	20歳	40歳	55歳	70歳	75歳	80歳
身体計測	身長 (cm)		172.7	172.8	172.7			
	体重 (kg)		81.9	81.8	81.9			
	腹囲 (cm)	85.0未満	* 87.5	* 85.0	84			
BMI	M		28.1	27.4	27.5			
	I							
血圧	収縮血圧 (mmHg)	139以下	* 152	* 154	* 152			
	拡張血圧 (mmHg)	92以下	* 99	* 95	* 95			
中性脂肪検査	中性脂肪 (mg/dl)	50~140	109	84.0	136			
	HDLコレステロール (mg/dl)	40以上	39	39	40			
	LDLコレステロール (mg/dl)	140未満	* 149	132	139			
肝機能検査	AST (U/L)	0~37	27	22	27			
	ALT (U/L)	0~37	30	27	29			
	γ-GTP (U/L)	40以下	* 53	* 65	* 59			
血糖検査	空腹血糖 (mg/dl)	70~100	102	102	97			
	HbA1c (%)	5.7~6.4	6.3	6.3	6.3			
尿検査	糖	-	-	-	-			
	蛋白	-	-	-	-			

検査結果: 異常なし

医師の判断: 異常なし

医師の署名: 特異 健太郎

資料 22

初は特に保健指導のマンパワーが十分かという議論もありましたので、保健指導に関する一定の実務経験のある看護師さんに5年間という経過措置が設けられております。その方々が初回面接を踏まえて作成される各種支援計画を踏まえた実践的な支援につつましては、その他の専門職の方にも所定の研修を修了いただくなどして担っていただけの仕組みになっています。

(資料23, 24)

動機づけ支援につつましては、初回時面接をマンツーマンでは20分以上、グループ形式では80分以上でお願いしています。そして6カ月後に実際にどうなっているかという評価を行っていただくことになっています。大事なことは、対象者が自分の問題として、自分の状態を放置したら将来大変なことになるというリスクに気付いてもらうということ、その背景となっている自分の生活習慣を振り返ってもらい、見直す必要性をご本人にしっかり自覚してもらうことです。専門家にうかがいますと、コミュニケーションやプレゼンテーションといった対話・伝達のスキル・能力が非常に重要だということを言われております。私自身の経験からいっても、その通りなのかなと思っております。(資料25)

積極的支援も初回時面接と6カ月後の評価については同様で、その間より濃密な関与をいただくようなかたちになっています。初回時面接の後、3カ月以上にわたって継続的に支援してくださいとお願いしています。そうやっていろいろな関与をして、いろいろな実践的指導や励ましを行っていただく。これは、どのようなことを、どのように行うかという点で、若干形式ばって見えますけれどもポイント制を採りいろいろなかたちの支援を積み上げていただくことで合計180ポイント以上に

保健指導対象者の選定と階層化

1. 検査値により、保健指導判定値を超えている場合、以下の分類により、必要となる保健指導の種類が自動的に判定される。
2. 但し、必ずしも、自動判定の通りとなるのではなく、医師が全ての検査項目の結果から総合的に判断し、保健指導とすべきか、医療機関への受療とすべきかを判定する。
3. その上で、保健指導対象者となった者のリストから、医療保険者にて、リスト全員に実施するのか、優先順位をつけ(重点化)絞り込むかを判断し、最終決定した対象者に保健指導の案内(利用券の送付等)を行う。

＜保健指導判定値＞
①血糖 空腹時血糖100mg/d以上 又は b HbA1cの場合 5.2% 以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
②脂質 a 中性脂肪150mg/d以上 又は b HDLコレステロール40mg/d未満 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
③血圧 a 収縮期血圧130mmHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)

④質問票 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

腹囲	追加リスク			④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質	③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性)	2つ以上該当			あり	積極的支援	動機付け支援
≥90cm(女性)	1つ該当			なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当			あり	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当			なし		
	1つ該当			なし		

※1 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。
※2 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

資料 23

特定保健指導の実施者の要件

支援内容

- 初回の面接における支援目標・支援計画の策定等
- 3月以上の継続的な支援
- 6月以上経過後の評価

支援計画に基づく実践的指導

- ① 食生活の改善指導
- ② 運動指導

*2 研修の受講要件
看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、歯科衛生士

*4 研修の受講要件
看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産師、准看護師、理学療法士

実施者

医師、保健師、管理栄養士、保健指導に関する一定の実務経験のある看護師*
(法施行後5年間に限る)

※1 平成20年4月現在において1年以上、保健師や栄養士における生活習慣病予防に関する研修及び教育の経験のある者

- ① 食生活の改善指導
食生活改善指導担当者研修(30時間)**修了者
- 産業栄養指導担当者**、産業保健指導担当者**
- ② 運動指導
健康運動指導者(177時間)**修了者
- 健康運動指導士
- 運動指導担当者**

※2 産業栄養指導担当者、産業保健指導担当者、運動指導担当者とは、「事業場における労働者の健康保持管理のための指針」に基づきます。

資料 24

特定保健指導 動機付け支援

支援形態	<p>〈面接による支援〉次のいずれか</p> <ul style="list-style-type: none"> ●1人20分以上の個別支援 ●1グループ80分以上のグループ支援 <p>〈6か月後の評価〉次のいずれか</p> <ul style="list-style-type: none"> ●個別支援 ●グループ支援 ●電話 ●e-mail 等
支援内容	<p>〈個別支援〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ●生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響、生活習慣の振り返り等から生活習慣改善の必要性を説明する。 ●生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明する。 ●栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 ●対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。 ●体重・腹囲の計測方法について説明する。 ●生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。 ●対象者とともに行動目標・行動計画を作成する。 <p>〈6か月後の評価〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ●身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

資料 25

なることを目標に頑張っていたくようになっていきます。(資料26, 27)

ここにお集まりの皆さまやその周辺の方の中にも、積極的支援というか、保健指導の対象になられている方がおられるかと思えます。私も、積極的支援の対象となって、自分の腹囲を85cmの目標に向けてどれくらいのペースでどう改善していくかという計画を立てることになりました。その際、6カ月の間に必ず85cmとか90cmにもっていくというのは、逆にペースがはや過ぎて無理になる場合がありますので、当面の目標を決めるにあたって、保健指導の方にひと月に1cm、これは体重量いし内臓脂肪の重さで一キロに相当するんだそうですが、そのペースがいいところ、6か月でせいぜい6cmがいいところだと言われました。それで、私はちょっと欲張って6か月で約8cmという目標を設定したのですが、1cm縮めるのにトータルで現状から7,000kcalの摂取カロリーを減らす必要があるのです。つまり、7,000 kcalをひと月30で割って、1日当たりいくら減らさなくてはいけないかを計算することになる。それで日常での自分の食事量や運動量に照らして、じゃあ朝昼晩のどの食事をどう減らすか、あるいは

は1日や一週間の行動の中で30分長く歩いてみようとか、そういう具体的な行動の目標や計画を立てる取り組みになって行くわけです。このやり方自体も、決まった方法ではなくて、保健師さん、栄養士さん、お医者さんの創意工夫でやっていただいているのですが、摂取カロリーの7,000kcalが腹囲の1cmに相当することや、それが内臓脂肪の重さでいうと何kgに当たるのかに頭を巡らせることがご自身の力になると思います。(資料28)

ご本人から許しを頂いておりますのでご紹介させていただきますが、ちょうど法案の策定をお願いしていたときの副大臣が武見敬三先生で

特定保健指導 積極的支援

○初回時の面接による支援
 動機づけ支援における面接による支援と同様。
 ○3ヶ月以上の継続的な支援

支援形態	●個別支援 ●グループ支援 ●電話 ●e-mail ※継続的な支援に要する時間は、ポイント数の合計が180ポイント以上とする。
支援内容	支援A(積極的関与タイプ) ●生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援をする。 ●栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。 (中間評価) ●取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、必要時、行動目標・計画の設定を行う。 支援B(励ましタイプ) ●行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。
支援ポイント	合計180ポイント以上とする 内訳: 支援A(積極的関与タイプ): 個別支援A、グループ支援、電話A、e-mail Aで160ポイント以上 支援B(励ましタイプ): 個別支援B、電話B、e-mail Bで20ポイント以上

○6ヶ月後の評価

支援形態	●個別支援 ●グループ支援 ●電話 ●e-mail 等
支援内容	●身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。

42
資料 26

積極的支援の支援形態について

○支援形態ごとのポイント数

支援形態	基本的なポイント数	最低限の介入量	1回当たりの算定上限
個別支援A	5分	20ポイント	10分
個別支援B	5分	10ポイント	5分
グループ支援	10分	10ポイント	40分
電話支援A ●e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援	5分	15ポイント	5分
電話支援B ●行動計画の実施状況の確認と励ましや出来ていることには賞賛をする支援	5分	10ポイント	5分
電子メール支援A ●e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の進捗状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援	1往復	40ポイント	1往復
電子メール支援B ●行動計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援	1往復	5ポイント	1往復

43
資料 27

した。武見先生は、どら焼きなどもお好きなんだそうですが、それを我慢される、とても具体的な目標・計画を立てて実践された結果、6カ月間で7.3kg体重を減らし、腹まわりが5.5cm減少したということで、冒頭の私のグラフよりもずっと美しいグラフができたわけです。
(資料29)

特定健康診査等実施計画と参酌標準

特定健康診査等実施計画

特定健康診査等実施計画というのは、保険者それぞれが、健診・保健指導を実際どういう段階取りで進めていくかという計画を作ることと位置づけられています。計画自体は実務的なものでよいのですが、大切なのは目標値を定めていただくことです。要するに、5年間でどこまでこの特定健診指導を普及させていきたいかです。国として掲げている全国目標が、平成24年度には実施率および健診が70%、保健指導が45%、メタボリックシンドロームの該当者や予備軍の減少率が10%となっています。サラリーマン本人は労働安全衛生法の事業主健診が義務づけられておりますが、被用者保険

も同じ項目をカバーしており、腹囲の測定も健診項目として入っていますので、結果を受け取れば特定健診に替えられるという保険者にとって有利な部分がございます。特に、単一健保、共済は同一・一体としての組織になっているため、この点が有利だということで、目標率は基本的には80%で設定されています。一方、被扶養者が多いほど、別途実施する必要がありますので、実施率のカウント上ではハンディがあるということで、被扶養者の割合が高い保険者については、そこを緩和するような仕組みになっています。これは総合健保・市町村国保となるほどハンディがあるため、低めの参酌標準の目標値になっているということです。保健指導は

行動変容のために具体的に何をどうすればよいかを選択できるための教材例

C-7 無理なく内臓脂肪を減らすために
～運動と食事バランスよく～

数値が男性が5cm以上、女性が3cm以上の人には、次の①～④の順番に計算して、自分にあった数値の減少量を作成してみましょう。

①あなたの年齢は？
②あなたの目標とする期間は？
③あなたの目標達成までの期間は？
④目標達成まで減らさなければならないエネルギー量は？
⑤そのエネルギー量はどうに減らしますか？

身体活動で消費する量の計算 C-18

ファーストフード -どんな割合で減らす？- D-2

資料 28

武見副大臣「メタボ退治」6ヶ月間の振り返り

○体重は、6ヶ月間で7.3kg減りました(目標は目標-5kg)
○腹囲は、6ヶ月間で5.5cm減りました(目標は-5cm)

体重84kg、腹囲100.5cm
(平成18年11月13日)

体重76.7kg、腹囲95.0cm
(平成19年5月23日)

資料 29

単一健保も共済もこれまで義務づけられておりませんでしたので、特定保健指導の実施率は、これまでと同じ45%を5年後の目標値として掲げるようお願いしてあります。(資料30, 31, 32)

長寿医療制度の支援金の加算・減算ということに、今の目標値の達成状況が関係してまいります。さきほども申し上げましたが、ペナルティーだ、インセンティブだと、いろいろとご指摘もありますので、制度の考え方をお話ししたいと思います。10年、20年かけてリスクが蓄積し、生活習慣病を発症して、さらに放っておくと、どんどん悪い状況になっていくのがメタボリックシンドロームの特徴です。ですから、我々は若い時期からリスクに気づき、生活習慣を見直していくことで予防が図れる、発症、重症化を抑えられることに着目したのです。

尼崎市役所の野口緑さんという保健師さんがまとめられた資料があります。この資料は、ある時期、市職員の方々が働き盛りで病気で亡くなったり、障害をもたれたことが次々と起こったためその事態を分析して、対策を講じる中で作成されたものだと聞いております。資料を見ると、54歳で脳梗塞で倒れられた方、若いうちからリスクが少しずつ増えていって重い症状になってしまった、早いうちに身体の状態に気づいて生活習慣を改善すればよかったという例証が示されています。(資料33)

三重県の政府管掌健康保険のデータでは、健診結果でリスクが重なっている人ほど後々の医療費が高いという結果もはっきり出ており、検査項目に異常がない方と異常が重なっている方とでは、医療費が3倍以上違うというデータもあります。こういうことをあわせて考えますと、特定健診・特定保健指導によって健康な方ないしより医療需要

特定健康診査等実施計画

1. 法律で定められている範囲

○ 医療保険者は「高齢者の医療の確保に関する法律」第19条にて、「特定健康診査等実施計画」を定めるものとされている。

(特定健康診査等実施計画)

第十九条 保険者は、特定健康診査等基本指針に即して、五年ごとに、五年を一期として、特定健康診査等の実施に関する計画(以下「特定健康診査等実施計画」という。)を定めるものとする。

- 2 特定健康診査等実施計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
 - 一 特定健康診査等の具体的な実施方法に関する事項
 - 二 特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標
 - 三 前二号に掲げるもののほか、特定健康診査等の適切かつ有効な実施のために必要な事項
- 3 保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。

2. 具体的な記載事項

- 計画を策定する趣旨は、規模、加入者の年齢構成、地域的条件等の実情を考慮し、特定健康診査等を効率的かつ効果的に実施するためである。
- 法第19条第2項において、計画に記載すべき事項が大まかに示されているが、具体的には、上記趣旨に沿って、特定健康診査等基本指針の第四に示す項目を中心に、整理が必要である。
- なお、特定健康診査等を効率的かつ効果的に実施していくために最低限度でおくべき事項を、明瞭・簡潔に整理することが重要である。よって、膨大な労力や費用を掛けて体裁等が立派な計画書を作成する必要はなく、要点を押さえた簡素な計画で十分と考える。

資料 30

目標値の参酌標準(特定健康診査等実施計画)

(1) 全国目標

項目	H24参酌標準(案)	H27目標値	設定に当たっての考え方
①特定健康診査の実施率	70%	80%	H16国民生活基礎調査によれば、過去1年間に何らかの健診を受けた者は60.4% 5年間で100%を目指すべきという考え方もありうるが、どうしても健診を受けられない環境にある者、受診を希望しない者等も考えられることから、80%程度で頭打ちになると仮定
②特定保健指導の実施率	45%	60%	モデル事業等から保健指導による改善率を設定し、H27に政策目標の25%の減少率を達成するために、H24時点及びH27時点で必要な実施率
③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	10% (H20比)	25% (H20比)	H27時点でH20に比べ25%減少という政策目標から、H24時点の目標値を算出

資料 31

(2) 保険者別の参酌標準(国が示す基準)

- 各保険者は、実施計画における平成24年度の目標値を、国の基本指針が示す参酌標準に即して設定。
- 毎年度の目標値は、各保険者がそれぞれの実情を踏まえて、円滑に平成24年の目標値に至るよう、設定。

項目	全国目標	参酌標準(案)	設定理由等
①特定健康診査の実施率	70%	単一健保 共済 被扶養者比率が25%未満※ 80%	被保険者分については、保険者の種別で3区分し(被扶養者は分けず)、それぞれの目標実施率を各保険者における対象者数(推計値)に乗じて(加重平均値を基礎に)算定
		総合健保 政管(船保) 国保組合 市町村国保 被扶養者比率が25%以上※ 当該保険者の実際の被保険者数・被扶養者数で算出 70%	
②特定保健指導の実施率	45%	45%	健診の場合の事業主健診のような実施率に影響する明確な要因はない
③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	10%	10%	保健指導実施率の目標を一律とすることとあわせ、保健指導の成果である該当者及び予備群の減少率も一律とするのが合理的

※単一健保・共済中でも、被保険者・被扶養者の構成が平均的な割合と大きく異なる保険者(被扶養者比率の高い保険者)は、その比率に即した参酌標準とする。

資料 32

が小さい方を長寿医療制度に送り出していただいた保険者さんには、その努力の評価を差し上げる仕組みといたことで、後期高齢者支援金の加算・減算が法律上位置づけたということとございます。

後期高齢者医療支援金の加算・減算は、具体的には6年目の平成25年から適用される仕組みで、まだ1年が経ったところですので、具体的な算定方法や当てはめ方は、今後実施状況を見ながら決定していくことになります。
(資料34)

特定健診・保健指導の実績により長寿医療制度への支援金を加算・減算する基本的な考え方

○ 10~20年かかってリスクが蓄積し、生活習慣病を発症、さらに重症化。
→ 特定健診・保健指導により若年時から予防を図ることで、生活習慣病の発症・重症化を抑えることが可能。

A氏 54歳 脳梗塞

B氏 57歳 心筋梗塞

○ 健診結果でリスクが複数重なっている者ほど、10年後の患者一人当たりの医療費は高い。
→ 特定健診・保健指導により、高齢期における医療費の適正化を図ることも可能。

- 全項目異常なし 約14万円...①
- 主要4検査項目異常あり 約45万円...②

①と②の差 約3.2倍

(参考)主要4検査項目の健診結果と医療費の関係 (異常なし) (異常あり)

BMI(肥満)	16.3万円	19.3万円	約1.2倍
血圧	15.6万円	22.5万円	約1.4倍
脂質(コレステロール等)	16.4万円	17.6万円	約1.1倍
代謝系(血糖値等)	16.1万円	27.1万円	約1.7倍

出典:「政府管掌健康保険における医療費増に際する調査研究報告書」

特定健診・保健指導により、健康な高齢者(医療需要の小さい方)を長寿医療制度に送り出した保険者を評価。
→ 長寿医療制度への支援金の加算・減算

資料 33

特定健診・特定保健指導の実施機関

実施機関の状況

実施機関につきましては、社会保険診療報酬支払基金に全体の実施機関の情報の整理すなわち実施機関番号の発行管理をさせていただいております。保険医療機関である実施機関におかれては保険医療機関番号と同じ番号が実施機関番号になっており、結果の報告や報酬の請求・決済に利用していただいているところです。機関数としては病院、診療所、その他ということで、特定健診だけ対応する、両方対応する、保健指導だけ対応するという振り分けで総計5万5,315という数になっています。トータルでは相当な機関数であるともいえますが、課題としては、離島や僻地を中心に、特に保健指導を担っていただく機関の数がどうしても限られると言われております。そういうところは市町村の一般衛生部門にかなりの部分を担っていただく必要があるということで、総務省にお願いして、平成20年度の地方交付税の措置をお願いした経過もあります。また、健診や保健指導を受託できるということを保健医療科学院のホームページで公表いただけ

後期高齢者支援金の加算・減算のイメージ(平成25年度以降実施)

医療給付費等総額 10.8兆円

〈加算・減算の方法〉

- 目標の達成状況
 - 特定健診・保健指導の実施率
 - 内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率
- 保険者の実績を比較
 - 実績を上げている保険者 ⇒ 支援金の減算
 - 実績の上がない保険者 ⇒ 支援金の加算

◆減算と加算は最大±10%の範囲内で設定
◆減算額と加算額の総額は±ゼロ
※具体的な算出方法は、今後決定

後期高齢者支援金 (若年者の医療費) 約4割
公費(約5割) (国・都道府県・市町村) 4:1:1
高齢者の保険料(1割)

後期高齢者医療制度

資料 34

実施機関の状況

① 特定健診等機関基本情報リスト
(社会保険診療報酬支払基金から機関番号を取得済の事業者: H20.10月末時点)
<http://202.229.151.1/>

	合計	病院	診療所	その他
特定健診	31,464	2,575	28,741	148
特定健診・保健指導	23,285	3,643	19,258	384
特定保健指導	566	12	36	518
総計	55,315	6,230	48,035	1,050

社会保険診療報酬支払基金の集計による

② アウトソーシング先実態調査
(平成20年10月までに国立保健医療科学院の健診・保健指導機関データベースに登録した事業者)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/07/tp0727-1.html> ←調査結果
<http://kenshin-db.niph.go.jp/kenshin/> ←科学院データベース

	平成20年10月	平成20年3月	平成19年12月	平成19年9月
特定健康診査機関	11,019	7,995	4,196	1,597
特定保健指導機関	3,766	2,956	1,851	993

資料 35

る仕組みを設けています。これは自由書き込み方式というか挙手方式で、受託の用件ではありませんからその数は支払基金の登録数よりは少ない数になっています。このデータベースは、特定健診等の委託先探しにご苦労される離島・僻地などの保険者さんに利用していただくのに役立っています。(資料35)

委託基準の概要(特定健康診査)

健診・保健指導を保険者が自分で全部行えるわけではなく、実際には病院や診療所、その他様々な機関に委託をして、実施していただくことがむしろ多いですからそれが適切に行っていたるように、委託基準というものを設けております。委託するに当たっては、大きく人員・設備・データの取扱いや精度管理に関するものです。委託基準の遵守状況は、それぞれの機関でホームページなどで公表していただくことにしております。ご自分でホームページは持っていないという比較的小規模の実施機関もありますので、そういうところは保健医療科学院のホームページを利用していただける仕組みにしてあるのは先に申し上げたとおりです。(資料36, 37, 38)

特定健診・特定保健指導の円滑な実施に向けて

20年度は制度スタートの年でしたが全体に出てきた反省点は、関係報道や自治体からのご要望など、いろいろな形で世の中に報告されていると思いますが、制度全般については特定健診の基本的な趣旨や考え方についての理解がなかなか浸透しなかった点です。いろいろな問い合わせが保険者に行ったり、医療機関に行ったりした際に対応がスムーズではなかったとか、保険者

委託基準の概要(特定健康診査)

【正式なものとしては以下を参照】
平成20年度厚生労働省告示第11号「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/ryouseido01/dl/info03i-7.pdf>

健診のアウトソーシング →実施機関の質を確保するための委託基準(人員、施設、精度管理、健診データ等)

- ①基本的考え方
 - ・健診・保健指導の事業の企画及び評価については医療保険者自らが行う。
 - ・個人情報については、その性格と重要性を十分認識し、適切に取り扱われなければならない。
- ②人員に関する基準
 - ・特定健診を適切に実施するために必要な医師、看護師等が確保されていること。
- ③施設又は設備等に関する基準
 - ・救急時における応急処置のための設備を有していること。
 - ・健康増進法第25条に定める受動喫煙の防止措置が講じられていること(医療機関においては、患者の特性に配慮すること)。
- ④精度管理に関する基準
 - ・標準物質による内部精度管理が定期的に行われ、検査値の精度が保証されていること。
 - ・種々の外部精度管理調査を定期的に行われ、検査値の精度が保証されている結果であること。
- ⑤健診結果等の情報の取扱いに関する基準
 - ・電子的標準様式により、医療保険者に対して健診結果を安全かつ速やかにCD-R等の電磁的方式により提出すること。
- ⑥運営等に関する基準
 - ・対象者にとって受診が容易になるよう、利用者の利便性に配慮した健診(例えば、土日・祝日・夜間に行うなど)を実施するなど受診率を上げるよう取り組むこと。

※医療保険者自らが実施する場合も本基準と同等基準を満たす必要がある。
平成20年度厚生労働省告示第142号「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第17条の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定健康診査及び特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/ryouseido01/dl/info03i-8.pdf>

資料 36

委託基準の概要(特定保健指導)

【正式なものとしては以下を参照】
平成20年度厚生労働省告示第11号「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第16条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/ryouseido01/dl/info03i-7.pdf>

委託基準の基本的考え方

健診・保健指導の事業の企画及び評価については医療保険者自らが行う。
個人情報については、その性格と重要性を十分認識し、適切に取り扱われなければならない。

- ①人員に関する基準
 - ・保健指導の業務を統括する者は、常勤の医師、保健師、管理栄養士であること。
 - ・「動機づけ支援」や「積極的支援」において①初回の面接、②対象者の行動目標・支援計画の作成、③保健指導評価に関する業務を行う者は、医師、保健師、管理栄養士であること。ただし法施行後5年間に限り、一定の保健指導の実務経験のある看護師も行うことができる。
 - ・対象者ごとに支援計画(対象者の保健指導計画の作成、対象者の行動変容の状況の把握、評価、評価に基づいた計画の変更等)の実施について統括的な責任をもつ医師、保健師、管理栄養士が決められていること。
 - ・「動機づけ支援」、「積極的支援」のうち、対象者の支援計画に基づく食生活に関する実践的指導は、管理栄養士その他の食生活に関する専門的知識及び技術を有する者により提供されること。
 - ・「動機づけ支援」、「積極的支援」のうち、対象者の支援計画に基づく運動に関する実践的指導は、運動に関する専門的知識及び技術を有する者により提供されること。
 - ・保健指導実施者は、国、地方公共団体、医療保険者、日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等が実施する一定の研修を修了していることが望ましい。
 - ・保健指導対象者が治療中の場合には、実施について統括的な責任をもつ医師、保健師、管理栄養士が必要に応じて当該保健指導対象者の主治医と連携を図ること。
- ②施設又は設備等に関する基準
 - ・特定保健指導を適切に実施するために必要な施設及び設備を有していること。
 - ・個別指導を行う際、対象者のプライバシーが十分に保護される施設(部屋)が確保されていること。
 - ・運動の実践指導を行う場合には、救急時における応急処置のための設備を有していること。
 - ・健康増進法第25条に定める受動喫煙の防止措置が講じられていること(医療機関については、患者の特性に配慮すること)。

資料 37

- ③保健指導の内容に関する基準
 - ・科学的根拠に基づくとともに、対象者や地域、職域の特性を考慮したものであること。
 - ・具体的な保健指導のプログラム(支援のための材料、学習教材等を含む)は、医療保険者に提示され、医療保険者の了解が得られたものであること。
 - ・契約期間中に、保健指導を行った対象者から指導内容について相談があった場合は、事業者は相談に応じること。
 - ・保健指導対象者のうち保健指導を受けなかった者又は保健指導を中断した者への対応については、個別訪問するなど対象者本人の意思に基づいた適切かつ積極的な対応を図ること。
- ④保健指導の記録等の情報の取扱いに関する基準
 - ・保健指導に用いた詳細な質問票、アセスメント、具体的な指導の内容、フォローの状況等を記載したものが、適切に保存・管理されていること。
 - ・個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律及びこれに基づくガイドライン(「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」、「国民健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」等)等を遵守すること。
- ⑤運営等に関する基準
 - ・対象者にとって保健指導を受けやすくなるよう、利用者の利便性に配慮した保健指導(例えば、土日祝日・夜間に行うなど)を実施するなど、保健指導の実施率を上げるよう取り組むこと。
 - ・医療保険者から委託した業務の一部の再委託が行われる場合には、医療保険者が委託先と委託契約を締結するに当たり、当該委託契約において、再委託先との契約において本基準に掲げる事項を遵守することを明記すること。
 - ・次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定め、その概要を医療保険者及び受診者が確認できる方法(ホームページ上での掲載等)を通じて、幅広く周知すること。

一 事業の目的及び運営の方針	二 統括者の氏名及び職種	三 従業者の職種及び員数	
四 保健指導実施日及び実施時間	五 統括指導の内容及び価格その他費用の額		
六 通常の事業の実施地域	七 緊急時における対応		
八 その他			

※医療保険者自らが実施する場合も本基準と同等基準を満たす必要がある。
平成20年度厚生労働省告示第142号「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第17条の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定健康診査及び特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/ryouseido01/dl/info03i-8.pdf>

資料 38

が設定する1割とか2割といった自己負担金を窓口で支払っていただくという説明が事前に保険者から加入者さんにうまく伝わっていなかったとか、現場ではさまざまな戸惑いがありました。また、健診項目もこれまで老人基本健康診査で行われていた項目に上乘せして自治体などでも行われていたということもあり、検査項目自体が変わったところもありますので、その点に戸惑いを感じたというご指摘もありました。このほか、制度の運用に関して、集合契約の受診券・利用券といった様式の例を保険者さんで相当アレンジされていたりして、受け取った医療機関が混乱するというご指摘もありました。このような現場の関係者からのご指摘を踏まえ関係者で情報共有、意見交換をいただいて整理・改善したこともあって、平成21年度はこれまでのところ20年度に比べスムーズに進んでいるのではないかと伺っております。平成20年度は保険者さんと実施機関の契約が、遅いところでは9月からそれ以降まで遅れたケースがありました。21年度は全国都道府県ベースで見ても、二都県を除いて、ほぼ契約が整ってきたという状況であると聞いております。あと、特定健診・特定保健指導の結果や請求決済は電子化でお願いをしております。すでにシステムを使われているところではそれを改修して対応いただいているケースもございますが、あらたに自力で対応されたいとのニーズにもお応えするよう、健康局を中心に特定健診・特定保健指導のフリーソフトを用意し国立保健医療科学院のホームページからダウンロードいただけるようになっていきます。システム関係のトラブルについても、関係団体が大学の研究者の先生に指導いただきながら、問題を解決していく協力体制が組まれており、今後もこの体制が円滑に機能するようにしていかなくてはいけないと思っております。(資料39, 40)

国保を中心にした動きについてのご

報告を差し上げておきます。市町村国保では、特にヘルスアップ事業など長年の取り組みがありますが、そういうものを踏まえて、今後、特定健診・特定保健指導のバージョンアップへの備えといましようか、先を見た取り組みがされております。市町村国保における特定健診・特定保健指導に関する検討会が、平成19年度から平成22年度までの取り組みで進んでおります。一つは実務関係者がよい取り組みができるように、特定健診・特定保健指導の実施に関して、先進的な取り組みの事例集を作り、周知していくということです。もう一つは、現在、特定健診・特定保健指導では、すでに糖尿病なら糖尿病の薬を飲み始めている、または血圧の薬

特定健診・保健指導の円滑な実施のために関係者に対し周知を徹底すべき事項

第1 制度全般に関する事項

1. 特定健診等に係る基本的な仕組み
2. 照会に対する対応
3. 自己負担に対する説明対応
4. 健診項目
5. 任意継続被保険者、特例退職被保険者の取扱

第2 制度の運用に関する事項

1. 受診券・利用券の様式・記載方法に関する事項
2. 個別契約における受診券・利用券
3. 全国で利用できる受診券・利用券における表記の変更
4. 特定健診受診時の本人確認に関する事項
5. 健診時の質問票に関する事項
6. 特定保健指導の自己負担の取扱

第3 集合契約に関する事項

1. 複数の集合契約に参加している実施機関からの費用請求に関する事項
2. 特定健診の結果通知に関する事項

第4 特定保健指導に関する事項

途中脱落時の費用請求ルールに関する事項

○変更はないが、促進が必要な事項。
○新解が多かった事項。
○平成21年度の実施に向けて変更した事項。
(集合契約のルール)

平成20年12月19日に各都道府県、保険者及び実施機関の中央団体に届知
http://www.mhlw.go.jp/bunys/shakaihoshoin/youseido01/pdf/info02_77.pdf

資料 39

2008年度版 特定健診保健指導フリーソフト

「特定健診・特定保健指導情報の電子化に関するページ」(国立保健医療科学院HP
(<http://www.niph.go.jp/index.html>))内に開設)からダウンロードが可能



資料 40

を飲み始めておられる方は、すでに医師による医療の管理下にあるため、むしろ保健指導の対象からは外れるという制度的な整理になっているわけですが、そういう方々に対しても、やはり生活を改善することで、その病気の状態自体がよくなる可能性も当然あるわけですから、そういう部分を深めて行こうじゃないかという取り組みが行われております。これは特に、直営の診療所・病院などを持っておられる市町村国保で、熱心に取り組まれています。そういうところでは、内服薬で治療中の方々についても、30歳から70歳と対象年代を広めに取り、保健指導を2年くらい息長く行ってみて、その方々の状態の改善が医療費の改善につながるかどうかをみていこうという取り組みになっています。こういう取り組みで出てきた新しい知見も、今後関係学会の見解にも反映され生かされるときがくるのかもしれませんが。こちらはやや息の長い取組ですが、事例集については、今年5月末ごろ発行を目指して作業中、国保のヘルスアップ事業の平成19年度の実施状況などを参考にした先駆的な取り組みを行っている9つの自治体を対象に、実際に現地調査などで足を運ぶなどして集約されつつあるところだと言うことです。(資料41, 42)

特定健診・保健指導の課題について

今日お集まりの方々にはすでにご案内かと思いますが、最近、厚生労働省のホームページの中に、特定健康診査・保健指導の動きを整理して全部掲載しております。実務的なものが多いのですが、お入りいただくにはトップページ脇のトピックスという欄の中に、特定健康診査・保健指導というコーナーがあります。そこから関係の資料、Q&Aなどを随時載せて、更新しているところですので、ご活用いただければ

市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会

(平成19～22年度)

目的
医療保険者に義務化された特定健診・特定保健指導について、保険者である市町村国保が、その効果的・効率的な実施を中核に生活習慣病対策を戦略的に企画・実施するとともに、その独自の特色や課題を踏まえ、被保険者の健康の保持増進と医療費適正化、保険財政の安定を図ることができるよう検討を行うことを目的とする。

① 特定健診・保健指導の実施に関するワーキンググループ 事例集の作成

検討目的	国保の特性を踏まえた円滑な事業実施のための具体的方法を検討する (受診率・実施率向上策・モニタリングとの連携・取組防止策等)
検討方法	平成20年度は、平成19年度の国保ヘルスアップ事業の実施状況についての分析を行うとともに、特別加算実施保険者に対し現地調査を行い、効果的・効率的な方法を情報収集し、事例集の作成を行う。平成21年度以降については、特定健診・特定保健指導の実施状況等を把握し、効果的な取組方法等の分析・検討を行う。
検討事項	国保被保険者の特徴把握、対象者の選定(若年層、要保)、職場別プログラム、社会資源・地区組織の活用(施設・施設・職工企業等)がデュレーションアプローチとの連携、専門職の配置、保険者間の連携(共同実施等)、受診率実施率の分析、参加動員の工夫と取組防止策、その他

② 治療中の者に対する保健指導の効果に関するワーキンググループ

検討目的	生活習慣病にて服薬治療を開始している者に対し、保健指導プログラムを提供し、生活習慣や検査値、薬剤費を中心とした医療費等を評価指標として、保健指導の効果を明らかにする。
検討方法	介入群、対象群それぞれ150名程度(国保健康診査施設10カ所において実施) 対象者の条件 ・ 高血圧症、脂質異常症、糖尿病の国内治療中の者 ・ 30歳～70歳以下の者で国保加入者 ・ 合併症を発症していない者、インスリン治療中の者を除く 保健指導期間 2カ年(重点保健指導期間6カ月、継続保健指導期間1.5カ年)
検討事項	保健指導プログラムの開発、データマネジメント、事業評価。

資料 41

事例集の作成について (平成21年5月末頃発行予定)

事例集の内容

- 第1章 保険者としての市町村国保に期待される役割
- 第2章 特定健診・特定保健指導を円滑に実施するためのヒントとなる事項
- 第3章 現地調査を行った9ヶ所の事例について
- 参考資料 平成19年度国保ヘルスアップ事業の実施状況について

より詳細な解説を读みたい!

本書第2章
特定健診・特定保健指導の運営にあたり想定される課題について簡潔に整理されている。

- 1) 計画づくりと評価
- 2) 健診結果・レポート分析の活用
- 3) 実施体制の構築
- 4) 人材の確保・育成
- 5) 事業の展開方法
- 6) 受診率、実施率、継続率の向上
- 7) アウトリーチング(外部委託)の展開方法とその課題

「国保ヘルスアップモデル事業の実績をふまえた特定保健指導を核とした市町村国保における保健事業実施のための手引書」発行(厚生労働省保険局国民健康保険課：平成19年度)

本書第3章 事例編

具体的な取組の形を知りたい!

(*)「国保ヘルスアップモデル事業の実施を踏まえた特定保健指導を核とした市町村国保における保健事業実施のための手引書」は厚生労働省のホームページから入手できる。
⇒ <http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/06/t06029-1.html>

資料 42

厚生労働省のホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/>



☆ 特定健診・保健指導関連の資料を集約的に掲載
☆ Q&A等、随時更新中

資料 43

と考えております。(資料43)

最後になりますが、今後の課題を箇条書きにしてみました。当面の実務的課題から、息の長い制度的課題までありますが、円滑に、とにかく着実に、健診や保健指導の取り組みを進めていく必要があると思います。個人個人が生活習慣を改善していくのとまさに同じ息の長い取り組みが必要だと思います。毎年、保険者さんと実施機関が実際のサービス提供の集合契約を結んでいたわけですが、それが負担感があるといった話もあります。現場からは二年に一度の契約にならないかとか、統一単価にできないかといった声もあり、またその逆のお声もあるようです。これらについては、民・民の契約で進めていただく仕組みですので診療報酬とちがって国が一律にどうこうと言えない世界になっており、この点これまでの基本健診と同じなのですが、地域の実情も踏まえて年ごとにより円滑に進むように、関係者の意見交換なり情報の共有なりの環境整備、連携強化をすすめていく必要があると考えています。

あと、データを電子的に送受信していただくということで、初年度はいろいろとトラブルやお困りの事例も種々報告されておりました。関係者に集まっていたいてシステムの修正などに取り組み、だいぶ落ち着いてきたと思いますが、引き続きしっかり対応していく必要があります。さらに、特定健診の受診率と保健指導の利用率をしっかりと上げていく必要があります。そのためには、制度や目的のPR、事業者側のご努力にも期待するところですが、まずは受診しやすい環境づくりを推進したいと思っています。それには職場の問題もあります。職場のご理解がないと、なかなか受診しにくい、特に保健指導を受けに行きにくいという話もあります。そういう部分を、日時・場所の工夫や他の健診と同時に受けることによって改善するなど、いろんな工夫が今後も必要になってくると思います。実施者のさらなる質的向上ということ

で、関係団体にも研修等頑張ってやっていただいておりますが、私どもも引き続き支援を継続していかねばと思っております。いろんなガイドブックやパンフレットの類は、多くて充実していると私も拝見しておりますが、ネット上で自分の健康データを入力し、それをパスワードなどで開けて更新していくという取り組みも、例えば東京都が最近都民向けに提供しはじめておりますがいろいろなかたちで支援していくことが大切だと思います。ポピュレーション・アプローチの連携というのは非常に重要なことで、『健康日本21』も国民運動などで、舛添大臣の指揮のもと、健康局中心に省をあげてしっかり取り組んでいかなくてはならないと思っております。(資料44, 45)

特定健診・保健指導の課題について

1 円滑な事業実施基盤の確保

- 契約(集合契約を含む)の締結、集合契約の契約条件
- 健診、保健指導単価の設定
- データの電子的な送受信

2 特定健診の受診率の向上、特定保健指導の利用率の向上

- 制度や目的のPR
- 受診しやすい環境づくり、魅力ある事業展開(場所、日時、同時実施等の工夫等)
- 積極的な受診、利用勧奨

3 効果的な事業の展開

- 保健指導の実施者のさらなる質的向上
- ポピュレーションアプローチとの連携

資料 44

特定健診・保健指導の課題について

4 関係者の円滑な連携

- 保険者と実施機関との連携
- 保険者と事業主との連携
(安衛法健診結果の授受、安衛法の保健指導との連携等)
- 保険者協議会の効果的な運営(地域・職域連絡協議会との連携を含む)

5 蓄積されるデータの適切な管理と有効活用

- 特定保健指導の評価
- 健康課題の抽出と保健事業への反映

6 制度のあり方

- 基準や健診項目など
- 加算・減算の取扱い

資料 45

あとは円滑な連携ということによって、保険者と医療機関との間で手続きに関する部門の連携を円滑化することや、事業主および安衛法の健診結果を保険者が受け取って、それを保健指導につないでいくような連携をいかに円滑にしていくかも課題です。制度については、階層化基準や健診項目、科学的知見の蓄積による関係学会のガイドライン、基準の見直しなどが今後あった場合には、必要に応じてさらに見直しを検討していくことは当然ありうる話だと思っております。また、加算・減算の仕組みにつきましては、実際の実施状況を見ながら、具体的な適用の仕方については慎重に検討していく必要があります。最後に小走りになりますが、最近お話をうかがった興味深い研究がありましたので、お許しを得てご紹介したいと思います。あいち健康の森健康科学センターの津下一代先生が取り組まれている「地域・職域における生活習慣病予防活動・疾病管理による医療費適正化効果に関する研究」です。

津下先生は、積極的支援型の保健指導モデルというのを作られ、3カ月の短期と1年後の長期効果を追跡調査されました。調査対象となったのは、国保とトヨタ、デンソーなどの企業健保に加入する957人、1年後も追跡できたのが500人弱ということです。平均すると、3カ月で3%ほどの人が約2kg体重が減っています。4%というのが一つの節目で、4%減らすと、かなりいろんなデータがよくなる場合が多いらしいのですが、それを3カ月で3割くらいの方が達成していると。メタボリックシンドロームの減少率では、3カ月で4割くらいといったデータが出ているということです。(資料46)

愛知県市町村国保では保健指導を3種類に位置付けて3カ月間やっておられるようですが、その内容はかなり濃

保健指導試行事業の効果

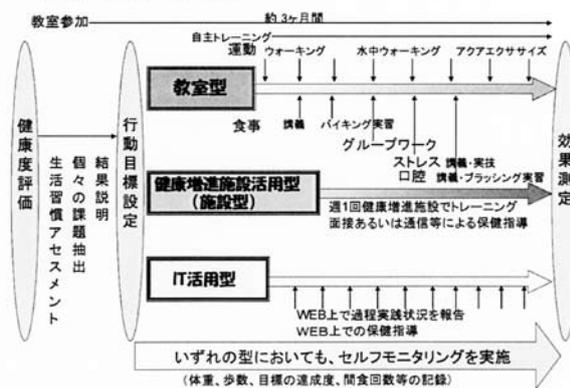
積極的支援型保健指導(モデル)参加者について、短期効果(3ヵ月後)、1年後の長期効果を検証した。
【対象者】国保(大府・北名古屋・東浦・福岡) 330人
 企業健保(トヨタ、デンソー、4県・団体職員) 627人
【結果】 3ヵ月追跡 957人
 1年後追跡終了者 491人 (現在追跡中)
 ・体重 3ヵ月:平均 2 kg (2.9%)減
 体重4%減達成率 3ヵ月 31.2%、1年 43.4%
 ・MetS減少率 3ヵ月 39.7%、1年 45.1%
 MetS+予備群減少率 3ヵ月 23.2%、1年 29.5%
 (1年後は参考値)

71
Tsushita: Aichi Health Promotion Foundation

資料 46

愛知県市町村国保(大府、北名古屋、東浦) 平成18年-19年度

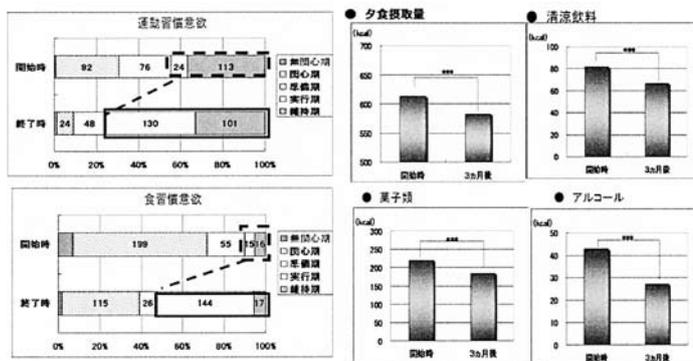
<保健指導の方法>



72
Tsushita: Aichi Health Promotion Foundation

資料 47

生活習慣・改善意欲の変化(3ヵ月後)(n=307)



73
Tsushita: Aichi Health Promotion Foundation

資料 48

厚です。国の示している積極的支援の倍くらいのポイント数、これが5割増しくらいのポイント数だと伺っておりますが、かなり濃密な保健指導を行っています。それで結果を見ると、どれもご自分の自覚が重要ですので、セルフモニタリングをしっかりとやっているということです。その結果、運動習慣の意欲がしっかりある人が最初は5割くらいだったのが、3カ月が終わると、7～8割に上がっていたり、食習慣気をつけようという意欲のある人が最初は1割程度しかいなかったのが、3カ月後に半分以上に増えていたりといった生活習慣の改善につながっています。さらに細かく見ていくと、夕食の摂取量や清涼飲料を飲む量、お菓子やアルコールの摂取量などが一様に減少するという効果が見られます。

(資料47, 48, 49)

該当者数が先ほどのデータとダブりますが、しっかり成果が出てきています。また、保健指導に参加したグループとそうでないグループでは、体重・血圧・トリグリセライド、善玉コレステロールにはっきり違いが出てきているといった報告もあります。これは3カ月後でぐっと効果が出てくるわけですが、その後も、12カ月後まで状況が維持されているというのがまた重要なポイントかなと思っています。プログラム参加者の感想をまとめたものによると、ご本人が体の状態がよくなっていることを喜んでおられる、実感を持っておられることが非常に重要だということが報告されております。まさに保健指導に当たられる方々、情報提供される方々の実力にかかっているというのが実感です。(資料50, 51)

残りの資料は、例えばデンソーさんの健保組合のデータから、健康区分と10年後の医療費がどうなっているかと

①保健指導の効果

メタボリックシンドローム該当者数の変化(3か月後)

支援型	人数(人) (男、女)	MetS ₀ 減少率(%) (該当者数の変化)	MetS ₊ 予備群 [※] 減少率(%) (該当者数の変化)
教室型	120 (30, 90)	58.8% (34人 ⇒ 14人)	27.9% (61人 ⇒ 44人)
施設型	182 (82, 100)	38.5% (52人 ⇒ 32人)	9.6% (94人 ⇒ 85人)
IT型	5 (2, 3)	0.0% (1人 ⇒ 1人)	33.3% (3人 ⇒ 2人)
合計	307 (114, 193)	46.0% (87人 ⇒ 47人)	17.1% (158人 ⇒ 131人)

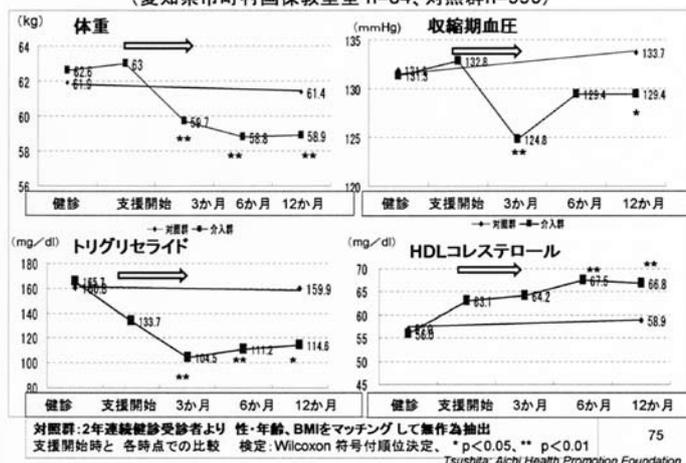
※MetS:メタボリックシンドローム ※※予備群:MetS該当基準に腹囲とその他1項目が該当する者

Tsushita: Aichi Health Promotion Foundation 74

資料 49

保健指導参加群と対照群の比較

(愛知県市町村国保教室型 n=84, 対照群n=990)



対照群:2年連続健診受診者より 性・年齢・BMIをマッチングして無作為抽出
支援開始時と 各時点での比較 検定:Wilcoxon 符号付順位決定、* p<0.05, ** p<0.01
Tsushita: Aichi Health Promotion Foundation 75

資料 50

プログラム参加者の感想

- ・ 今回の様な教室に出会わなければ、時間がないとか、忙しいで、何もなかったと思います。時間は自分で作らなければ、何も始まらないと実感しました。
- ・ 自分の体を知る。病気になるようなからだを作ることが大切だということを実感し、この先の私が元気で過ごすためにとてもよい体験ができたと思います。
- ・ 記録することで気づいたことがたくさんあります。まず最初の1週間の食事の記録で、間食を意識して取るようになりました。間食を減らしているつもりはありませんが、意識しなかった頃より多分減っているだろうと思います。
- ・ できるだけ能率的に動かないでおこうとしていたのだが、できるだけ動こうと思うようになった。友達や知人にメタボリックシンドロームについて話すようになった
- ・ 効果が現れはじめてからは嬉しくなり、毎日体重を計るのも楽しみになりました。測定・記録することも大変いいことですね。

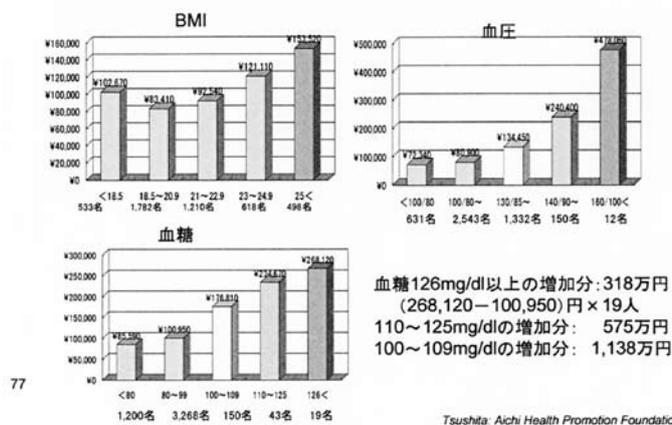
Tsushita: Aichi Health Promotion Foundation 76

資料 51

いったデータです。デンソーさんの場合、被扶養者が1万3,000人だそうですが、生活習慣病の治療を95年の時点で受けてないという方で、10年間追跡できた人が、4,680人。ということでは、青い方々が基準値内、黄色が予備軍、赤が受診勧奨判定値ということですが、例えば血糖で見ても、空腹時血糖が100以上になると、10年後の医療費が増加するといったようなことがわかったということだそうです。これは先ほどの三重県の例と同じように、昔の健診データが、あとの医療費とどういう相関があるかということですが、また保健指導で年間の医療費がどれくらい変化しているかといったデータもあるとのことで、保健指導でチャレンジプランと銘打って、保健指導をやられた。これは2000年ですのでかなり前になりますが、やられた方の医療費は、はっきり落ちているという部分もあるそうです。こういったことも参考にしながら、引き続き頑張って、関係者の皆さまや保険者の皆さん、また加入者にもご理解をいただいて、無理のない範囲で取り組んでいただきたいと思います。(資料52, 53)

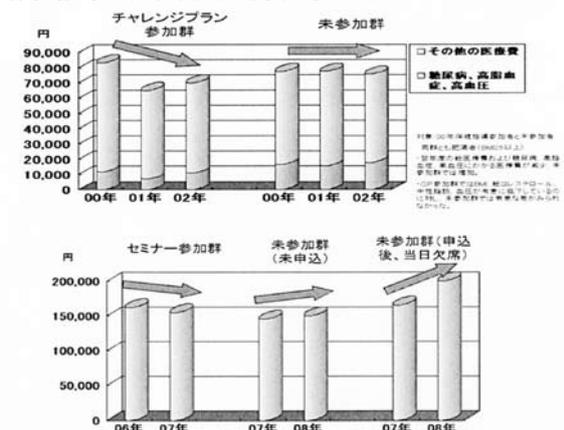
最後は私のメモになりますが、時代は予防の時代になってきています。予防をしっかりやっていくことが医療保険にせよ介護保険にせよ、制度を持続可能なものにしていく鍵になっています。今回の仕組みはそれぞれ国民一人ひとりとして自分の健康を見つめ直す機会を提供するものです。こうした取組は、もともと自治体なり保険者がそれぞれの立場でより任意的な取組ということで提供はされていたわけですが、それをもう少し強い形で、はっきりと提供する制度であるということです。ポイントは、無理矢理、医療費を小さくせよと義務づけるストレイトジャケットな仕組みではなく、健康生活の

健診区分と10年後の医療費(1995年健診データ区分⇒2005年医療費の状況)
デンソー健保組合 被扶養者 (13,000人、平均年齢35歳)
1995年には生活習慣病治療(-)で、2005年まで追跡できた4,680人



資料 52

保健指導による年間医療費の変化(デンソー健保組合)



「予防の時代」

自分の健康を見つめ直す機会

～健康生活のプロフェッショナルと～

- 気づき
- 見直し
- ふりかえり

→ より健康で長生きを。。

制度としても、「着実な歩み」が大切

資料 54

プロフェッショナルの助言を受けて話し合いながら、自分の健康状態や将来のリスクに気づき、そしてその背景となっている生活習慣などを見直していくことです。我々としては、この仕組み自体が、そうしたご自分の健康状況を振り返りながら、次の歩みにつなぐことで、自分の人生や生活の中に組み込んでくためのものであることをいつも申し上げたいと思っています。その結果、より健康で、より長生きできる。それが結果として、医療費の節約にもつながっていけば、国民の皆さんの負担の軽減にもつながるのではないかと。もちろん、全体としては高齢化していますので、一旦は医療費の負担は増えていきますし、そのための財源のあり方についてもいろいろな形でご相談し、議論をしていかななくてはいけません。その中でも、医療費の伸びを節約していけるのではないかとということで、ご理解をいただければと思っています。
(資料54)

制度としても個人の歩みだけではなくて、新しく始まった制度・仕組みなので、いろいろと課題は出てくると思いますが、着実に歩いていくことが大事だと思います。今日お集まりの皆さまは、実際にこの仕組みを担っておられる方が多いと思いますので、ぜひ私どもにいろいろご意見をいただきながら、一緒に国民の健康の増進、幸せの増進のために力をあわせていただければと思っています。

日本の国民皆保険は、世界で一番の健康長寿を支える仕組みとして、みんなでこれからも支えていっていただきたいと思っています。2,300万円、生涯医療費として使われるということですが、その出所も考えながら、丁寧に使っていただきたいと思っています。

今日この場の皆さまはすでにお気づきの方ばかりだとおもいます。ぜひまわりの方々にも語りかけていただければと思います。医療提供者、プロフェッショナルと患者・国民の間の信頼関係をうまくいっているところは大切に維持し、揺らいでいるところは再構築していくことが重要です。特定健診・保健指導の仕組みが、そういう意味でも役割を果たせるのではないかと期待しています。それぞれのプロフェッショナル

が、患者さん、家族、地域、国民と一緒に、貴重な財源・負担を効率よく使うのに、何ができるかをよく考えて、知恵を共有していければと思っています。

長時間、ご清聴ありがとうございました。

