



## 特定健診・特定保健指導のめざすもの

なか いし しげ お  
中石滋雄

はじめに

平成20年4月、特定健康診査と特定保健指導からなる特定健診制度が実施された。特定健康診査（以下、特定健診）に限って言えば、現場に混乱をもたらしながらも徐々に実績を残しつつあるが、特定保健指導に関しては全体的には模様眺めといったところであり、当初の予想に反して、国保保険者よりもむしろ健康保険組合の取り組みが遅れているように見える。本年4月に施行された各種の制度改定の中で後期高齢者医療制度が社会問題化したこともあって、特定健診・特定保健指導はあまり世間の注目を集めていないが、今

後の我が国の保健・医療を考える上で、生活習慣病に関する保健・医療制度は高齢者医療制度と同様に極めて重要なものである。筆者は昨年12月、医療関係者が

制度の意義を理解するための一助として、本欄に特定保健指導に関する論文を投稿したが、残念ながら、その後も医療関係者の理解が深まっているとは言えない。筆者が本稿を執筆した目的は、医療関係者に再度、特定健診・特定保健指導に関する議論を深めるための材料を提供することにある。

### 特定健診・特定保健指導の理念と医療費適正化

特定健診・特定保健指導の理念

を一言で言えば、憲法25条を實踐することに尽きる。すなわち、すべて国民は健康な生活を営む権利を有しており、国にはこの権利を保証する努力義務がある。特定健診制度の創設目的は、この理念を

実現すること以外にはあり得ない。ところが、国によれば、この制度の目的は医療費適正化であるという。ここで言う医療費適正化とは医療費削減を意味する。しかし、医療費適正化と医療費削減は本当に同じものであろうか。

筆者が考えるに、医療費適正化とは、国民の健康増進と生命保持のために、限りある保健・医療財源を最も有効に活用するということを意味するはずであり、それは

必ずしも医療費削減を意味するものではない。

保健・医療にどれだけの予算を配分するかということは政治の問題であるが、配分された予算をいかに有効に活用するかということ、制度を設計する担当省庁と、制度に沿ってこれを実践する医療機関に課された命題である。担当省庁による特定健診・特定保健指導の不十分な制度設計は、まさに本来の意味における医療費適正化に逆行していると言わざるをえない。

国の生活習慣病対策の基本方針が曖昧であり、不十分な制度設計がなされ、その上、その広報が不足しているため、医療関係者は、自分たちが特定健診・特定保健指導においてどのような位置を占め、何を期待されているのかを理解できないでいる。

特定健診・特定保健指導に対する多くの反対論は、国民の健康と生命を守るといって特定健診・特定保健指導の理念そのものに対するものではなく、制度的不備と、あからさまな医療費削減の意図に対



するものである。

しかしながら、我が国の糖尿病患者とその予備群が中高年の3人に1人に達し、さらに、それをはるかに凌ぐ数の高血圧症、脂質異常症の患者やその予備群が存在することから考えても、すべての国民に網羅的に健診を行うことには妥当性がある。

地方自治体が主体となって行われてきたこれまでの住民健診が、必ずしも、すべての国民の健康増進に貢献してきたとは言えないことから考えても、網羅的健診を実施するためには、原則的にすべての国民が1枚ずつ所有している健康保険証の発行元である医療保険者が主体となって実施する特定健診の考え方は合理的である。

### 生活習慣病対策における 特定健診・特定保健指導 の位置づけ

ここで、特定健診・特定保健指導が生活習慣病対策全体から見て、どのような位置を占めるのかを考察してみたい。

激増する生活習慣病の発症や重

症化を予防するためには、以下のような作業工程が必要である。

- ① 国民を網羅的に健診すること
- ② 健診結果を健診受診者によって予備群・患者の存在を把握し、
- ③ 予備群に保健指導を行う
- ④ 患者に医療機関への受診を勧奨し、
- ⑤ 治療中の患者に継続的に受診するよう支援し、
- ⑥ 患者が治療を中断した場合、そのことを把握し、
- ⑦ 治療中断患者に再受診を勧奨し、
- ⑧ 保健指導や医療を実施する機関とが有機的に連携し、
- ⑨ その全体のレベルを向上させる。

現在、すでに実施されている施策や大規模研究が上記のどれに相当するのと考えてみると、①②を特定健診が、③を特定保健指導と糖尿病予防のための戦略研究課題1(いわゆるDOIT1)<sup>2)</sup>が担っている。さらに、⑤を糖尿病予防のための戦略研究課題2(いわゆるDOIT2)<sup>2)</sup>が、⑧を現在各地区で取り組みが開始されつつある地域連携クリティカルパスの構築・運用が、⑨を糖尿病対策推進会議と糖尿病予防のための戦略研究課題3(いわゆるDOIT3)<sup>2)</sup>

が担っているものと考えられる。

④⑥⑦については、現在のところまだ取り組みがなされていないが、医療保険者がその役割を担うことが期待されている。生活習慣病対策そのものの必要性に疑問の余地はなく、また、上記①から③の工程を省略して、その実効性を期待することはできないことから考えても、特定健診制度は欠くべからざるものであると言える。

しかしながら、制度開始から半年を経て、現在の特定健診・特定保健指導が期待される役割を十分に果たしているかと問われれば、残念ながら、ほとんど役に立っていないと言わざるをえない。

### 特定健診・特定保健指導 について医療機関が考えるべきこと

それでは、なぜ特定健診・特定保健指導がこのような混迷状態に陥っているのだろうか。そして、その制度設計にはどのような問題点があるのだろうか。

特定健診・特定保健指導は、生活習慣病対策の基本的制度として、

明確な理念を持って、長期的視野に立ち、厳密な制度設計を行う必要があるが、現在の事態をもたらした根本原因として、国そのものが特定健診制度の理念を十分に理解していないことが挙げられる。

なぜ国の広報に憲法25条の条文が現れないのか。そして、なぜ国民の健康を守るために特定健診制度を開始すると高らかに謳い上げ

ることをしないのか。さらにもう一つの原因として、制度を設計するに当たり、一部の特殊な成功例を取り上げるだけで、現場からの意見を集約することにより普遍的に有効な方法論を模索するということ、極めて重要な工程をおざりにしたことも挙げられる。

解決すべき問題点としては、個人情報取り扱いの問題と、後期高齢者医療制度への支援金の加減算(いわゆるペナルティ)問題が最も重要である。また、実践的指導実施者の研修受講要件を免除する問題を早急に解決しなければならぬ。制度の運用面では、健診のスクリーニング効率、健診の実施主体、保健指導の方法論など



検討すべき問題点は数えきれない。

## 健診情報の保護ならびに 利用目的の問題

まず、はじめに、健診情報の取り扱いの問題について考えてみたい。

受診者の健診データを、健診実施機関がその機関内に保存しているということは従来の住民健診等と同様である。しかしながら、データが電子化される特定健診においては、代行人力業者、代行機関、医療保険者という多数の外部の関係者が健診情報に接することになった。

もちろん、関係者間には守秘義務協定が締結されていると思うが、システムの信頼性と関係者の情報保護に対する倫理意識が十分なものであつてはじめて国民が安心してきるものとなる。健診情報は、個人情報の中でも最も取り扱いに厳格さが要求される。関係者に対し、健診情報を取り扱うことの重要性を知らしめ、倫理意識を高めるための教育が必須である。

さらに言えば、万が一、故意に

健診情報を漏らした場合には厳罰をもって臨むような制度設計が必要である。

平成20年7月、愛知県の社会保険事務局所員が逮捕された。社会保険料の滞納企業情報を、こともあろうに金融業者に漏洩したというのである。特定健診において、同様の事件が発生した場合、深刻さは保険料滞納リストの漏洩とは比較にならないほど大きい。

従来のように健診結果を紙媒体で保存していた時には、物理的理由から危惧は小さいものであったが、電子化された特定健診データの場合、小さな不注意により何十万人分のデータが簡単に漏洩する危険性すら孕んでいる。深刻な事件・事故が発生する前に、特定健診のデータの取り扱い方法について十分な検討が必要である。

次に、健診データの利用目的について考えてみたい。

医療保険者は、知り得た被保険者の健診情報を、その個人の保健・医療に役立てる目的以外に利用することは認められないはずである。このことは法律的に明確に

規定されているのであろうか。また、医療保険者は、匿名化して集計された健診データを国に提出することを要求されているが、このデータを国が入手することの妥当性や手続きに関しても議論が必要であらう。

さらに言えば、学会や研究者が臨床研究に利用する目的でデータの提供を希望した場合や、営利企業が事業に利用する目的でデータの提供を希望した場合の対応基準についても検討する必要があるが、現在のところ、これらの重要な問題に関してはまったく議論されていない。

## 後期高齢者医療制度への 支援金の加減算の問題

特定健診・特定保健指導の実施率や健康指標の改善率により後期高齢者医療制度への支援金を加減算するルール（いわゆるペナルティー規定）が、特定健診・特定保健指導への取り組みを促進するためのインセンティブとして準備されている。

制度の普及に一定の役割がある

とする意見もあるが、現在のよう  
に、国民に対しこのルールが周知  
されないまま加減算を実施するこ  
とには、絶対的な矛盾があると筆  
者は考えている。

まず、支援金の加減算の基礎となる参酌標準の設定に関する問題について検討してみたい。例えば、国は、国保の保険者に対し、対象者の45%に特定保健指導を実施するように求めているが、この数字はどのようにして導き出されたものであろうか。支援金が加減算されるという結果の重大さにもかかわらず、参酌標準の設定には何の根拠もない。

多くの市町村国保がこの参酌標準を達成できないことが予想され、その場合、支援金の増額分は国民健康保険料を値上げするか、あるいは、住民の税金から支出するかのいずれかの選択を迫られる。後期高齢者医療制度が、実際に保険料が変更されてから社会問題化したことと同様の混乱が起らないという保証はどこにもない。

また、制度上、被保険者に特定健診の受診義務は課されていない



にもかかわらず、医療保険者全体として受診率や改善率が低ければ支援金が加算され、結果的に被保険者の保険料あるいは税金が増額されるといふルールは、どう考えられても論理構築に無理がある。本当に支援金の加減算を実施するというのであれば、国はこのルールをなるべく早く国民に周知し、その納得の上で行われなければならない。

逆に、もし、支援金の加減算を廃止するのであれば、その決定もなるべく早い時期に行われなければならない。特定健診・特定保健指導の実施に積極的な医療保険者は、支援金の減算を目標に取り組みを強化し、頑張っている。

その取り組みの経済的基盤となつてゐるのは、支援金が減算されることにより期待される余剰資金である。支援金の減算をあてにして一定の投資を行った後に、社会的圧力により支援金の加減算が廃止された場合、どのような事態が生じるであろうか。関連の企業の経済的損失や相互不信など、特定健診制度の関係者に混乱がもたら

されることは間違いない。さらに言えば、一定規模の取り組みが開始されてからでは、その廃止に対して大きな抵抗が生じ、合理的な判断をすることへの妨げになる可能性も否定できない。以上のことを考えると、国は支援金の加減算の問題について早急に態度を明確にする必要がある。

### 看護師・准看護師等の実践的指導実施者の講習受講要件を免除する必要性

次に、多くの制度上の問題点のうち、ただちに対応を要する問題点として実践的指導実施者の研修受講要件の問題を提起したい。

特定保健指導を担当することができる資格には、運営企画、初回面接／計画作成、実践的指導、終了後評価を実施することができる。特定保健指導実施者と、実践的指導のみを担当することができる実践的指導実施者の二つがある。前者には医師、保健師、管理栄養士、産業保健の経験を有する看護師の4資格が、後者には看護師、准看護師、助産師、栄養士、薬剤師、

理学療法士、歯科医師、歯科衛生士のほか財団法人健康・体力づくり事業財団の認定する健康運動指導士や産業保健実務者などの資格がある<sup>3)</sup>。

標準的な健診・保健指導プログラム<sup>4)</sup>において、特定保健指導実施者は所定の研修を修了することを求められているが、現実的には努力義務にすぎず、研修を受講しない場合でも特定保健指導に従事することが認められている。

しかしながら、看護師や准看護師などの実践的指導実施者が実践的指導を実施するためには、生活指導を指導する場合には30時間程度の、運動を指導する場合には150時間程度の研修を受講することが義務づけられている。

医療機関が特定保健指導を実施する場合、その主な担い手は看護師と准看護師となることが予想されるが、平成20年9月現在、実践的指導実施者のための研修は全国的にもほとんど実施されていない。平成20年度の後半には、全国の市町村国保の委託を受け、全国の医療機関が特定保健指導を開始する

ことが予想されることから、早急に過渡的措置を実施するべきであると考えられる。

すなわち、制度開始後の一定期間に限り、実践的指導実施者は、医師等の適切な指導のもとに、所定の研修を受講することなしに特定保健指導において実践的指導を担当することができるようにルールを改正する必要がある。

### 保健指導対象者選定のための特定健診のスクリーニング効率に関する問題

生活習慣病対策における網羅的健診としての特定健診の意義については先に述べた。しかしながら、実際に制度が開始されてみると、特定健診は網羅的健診としての機能をほとんど果たしていない。ある程度実績を残しつつある医療保険者においても、すでに特定健診を受診した者の多くは、医療機関に通院中の患者や以前より健康意識の高い層に属する住民たちであるように思われる。

メタボ<sup>5)</sup>という言葉を広く普及させ、健康管理に対する意識を広



く国民に啓発したこと功績は大いに認めるとしても、現行の特定健診は国民を網羅的に健診するという方針が明確でないため、戦略を欠いたまま関係者が右往左往させられているように見える。

国民を網羅的に健診するためには何らかの制度的工夫が必要である。また、その前提として、健診情報の保護と、利用目的について国民が納得し、安心して健診を受けることができる環境を整備することが絶対的に必要である。

### 健診の実施主体の問題

現在、現場に混乱をもたらしている原因の一つに、医療保険者が実施する特定健診と、自治体が主体となつて実施するがん検診等の健診のルールが異なり、しかも、そのルールが広報されていないということが挙げられる。

多くの健診会場では、昨年と同様に住民基本健診を受診するつもりで来所した受診希望者が、健診を主催している国保の被保険者でないことを理由に、門前払いされるといふような住民心理を逆なで

するような事態が頻発している。

国は、特定健診において国民の健康管理の責任を医療保険者に託した以上、他の健診についても、どのような方針で運営するのかについて明確な工程表を提示しなければならぬ。いつまでも曖昧な態度を取り続けることは、我が国の健診制度そのものを瓦解させる危険性を孕む。

### 特定保健指導の方法論の問題

筆者は、前著において、特定保健指導の方法論に関する諸問題について指摘した<sup>1)</sup>。これをまとめてみると、次のいくつかの論点に集約される。

- ① 特定保健指導の対象者の範囲が広すぎる、
  - ② 特定保健指導の対象者選定のための基準を含め、各種基準にずれがある、
  - ③ 特定保健指導の有効性に関するエビデンスがない、
  - ④ 特定保健指導を担当する人的資源が不足している。
- 筆者は、さらに次の2点を提起したい。

すなわち、⑤ 特定保健指導を実

施するための事務的手続きが煩雑すぎ、特に、積極的支援を実施する場合のスケジュール管理に多大な負担がかかる、⑥ ポピュレーションアプローチを積極的に利用することによって特定保健指導に要する費用負担を軽減するという視点が欠けている。

特定保健指導を実施するに当たり、その詳細を電子的に報告することが求められているが、国が提示しているフォーマットを見てみると、驚いたことに、指導に関する事務的データを延々と入力することを求めており、保健指導における指導内容という最も重要な要素を入力する個所はほとんどない。また、電話やメールでの支援に代表されるような特有のルールが随所に見られるが、それを実施するに当たり、現場に無用な負担をかけるという発想がない。電話をかけても留守であった場合や、予約の日時に保健指導利用者が来所しなかった場合など、丁寧な対応をするには実は大変な負担がかかる。特定保健指導を円滑に実施するためには、これら現場の実態に

即した制度設計が求められる。

さらに基本的な問題として、特定保健指導において、これだけ多数の対象者にこれだけ多額の費用をかける必要があるのかということとを真剣に議論する必要がある。

すなわち、ウエストを数センチ縮めるということがアウトカムなのであれば、ポピュレーションアプローチをもっと多用して費用対効果を高めることが可能なはずである。そのためには、国民が自分で保健指導を実施する自己保健指導の考え方と、そのためのルールおよびインセンティブを準備することが必要である。例えば、ウエストを縮めたら報償金がもらえるというのが最も単純なインセンティブである。

筆者は、自己保健指導のインセンティブとして、医療関係予算の配分で国民のニーズが反映されるような仕組みを提唱したい。

一例として、被保険者の多数が成果を挙げた国保の市町村に対し、救急医療に関する予算の増額が約束されるといふような社会的インセンティブが準備されれば、イン



パクトがあり、保健指導の実績が上がる事が期待される。

### 特定健診・特定保健指導 のめざすもの—まとめに かえて

特定健診・特定保健指導の理念は憲法25条を実践することである。すべて国民は健康な生活を営む権利を有しているが、その義務を課されているわけではない。健診や保健指導の実施率、あるいは健康指標の改善率をもって、後期高齢者医療制度への支援金を加減算するということは、国民に健康な生活を営むことを義務づけることであると考えられ、憲法の基本的な考え方にそぐわない。

また、憲法25条は、その第2項において、国民が健康な生活を送る権利を有していることを保証するように努力することを国に義務づけているが、特定健診制度における不十分な制度設計を見ても、国はこの義務を十分に果たしているとは言えない。

生活習慣病対策において網羅的健診と生活習慣病予備群への介入

#### 文献

- 1) 中石滋雄：日本医事新報 No 4366：76, 2007. <http://www.nakaishi.jp/gakai/1912pdf/1912.pdf>
- 2) 糖尿病予防のための戦略研究 <http://www.pimrc.or.jp/diabetes/index.html>
- 3) 厚生労働省通知：特定健診及び特定保健指導の実施について、平成20年3月10日 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/dl/info03j-3.pdf>
- 4) 標準的な健診・保健指導プログラム <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info03a.html>

が必要であることに疑いはない。医療関係者は制度の理念を明確にし、制度を真に国民の健康増進に寄与するものに改善するための方策を提言することによって国民の信頼を勝ち取ることが重要である。実効性のある生活習慣病対策の基本戦略を、日本医師会が中心となつて、現場の意見を集約することによって立案することが強く求められる。

(大阪糖尿病協会理事・天王寺区医師会理事)

## 原稿募集!

# 炉辺閑話 2009

(1月3日号)

できるだけ  
e-mailで  
お願いします!

- 締切=11月20日(木)必着
- 題材=診療、日常等に係わるエッセイ(800字以内厳守)。詩歌、書画等
- 注意事項
  - ①投稿方法：e-mail, FAX, 郵送(できるだけe-mailでお願いします)。
  - ②必要記載事項：題名, お名前(ふりがな), 役職・肩書き, 〒・住所, e-mail address, TEL, FAX。
  - ③受取連絡：受取ハガキは省略しております。ご心配な場合は e-mail, FAX で照会ください。
  - ④校正：編集部にご一任ください。

⑤配信等：掲載後、デジタル化・ネット配信させていただきます。

⑥原稿返却：お原稿は返却いたしません。

■ e-mail address = rohen2009@jmedj.co.jp

■ FAX=03-3292-1550

■ 郵送先 = 〒101-8718 東京都千代田区神田駿河台 2-9  
日本医事新報社「炉辺閑話 2009」係