

平成24年3月22日	資料3
第8回保険者による 健診・保健指導等に関する検討会	

健診項目等について

平成24年3月22日

厚生労働省保険局総務課

健康局の検討会での議論の状況

本年2月27日に健康局において第4回の健診・保健指導の在り方に関する検討会が開催され、特定健診における健診項目への血清クレアチニン検査の追加について議論が行われた。

- クレアチニンは特定保健指導の必須項目でない。従って、将来のCKD(慢性腎臓病)を考え、心血管疾患をスクリーニングし予防する観点から検査項目に入れるべき。
保健指導と受診勧奨との整理が必要。(医師が診療として行う以外の)保健指導は、安全性を考慮しなければならない。
- 健診は保健指導をするためだけではなくて、受診勧奨することが非常に大きな要素だと思うので、健診項目として入れるべき。
- (CKDは心血管イベント発症や生活習慣病の発症・悪化の原因といえるため)、CKDの診断は、クレアチニン測定が必要なため、検査項目に入れるべき。クレアチニンと尿蛋白の同時測定が必要かどうかについては議論が必要。保健指導を行う場合には、クレアチニンの少数点以下二桁への表記変更と、保健指導判定値の設定が必要。
- クレアチニン測定が、人工透析の減少に有効かどうか評価していないが、保健指導においてeGFRを示し説明することは、高血糖・高血圧に対するリスクコントロール意識を高めるため、保健指導の動機づけとして有効。
CKDの保健指導は、内臓脂肪に注目する特定保健指導とは違って来る。保健指導対象値及び受診勧奨値の設定が必要。
- クレアチニン値を指標とすることで、慢性腎臓病の方に対し、原疾患を踏まえた栄養指導が可能となる。
- 保健指導を狭い意味でとらえると特定保健指導になるが、保健と医療の間を繋ぎながら、透析導入を防いでいくなど、クレアチニンをモニタリング指標として入れていくことが必要ではないか。
- eGFRの特性を理解した上で受診者への説明をすること、病態を理解した保健指導の方法、年齢の影響の理解、保健指導対象値及び受診勧奨値の設定、等を整理した上で健診項目に入れるのであれば良い。

- CKDは、初期には、メタボリックシンドロームの標的臓器として、後期には(心血管イベントの)独立した危険因子となる。
年齢に応じた保健指導ができるという点で、検査項目に入れることは賛成。
- 診療では、クレアチンはエッセンシャルなものだが、eGFRは推計値であることを理解して使う必要がある。その事に留意してクレアチンの値を知っておくのは、保健指導上または医療的にも非常に重要。
全体の構成員の皆様の御意見もクレアチンがあった方がいいということではないかと思う。その辺を考慮し、今後これをどのように取り込んでいくかということ。

(注)上記の議事要旨は、保険局において仮に作成したもの。後日、詳細な議事録が公表される予定。

本年2月6日に健康局において第3回の健診・保健指導の在り方に関する検討会が開催され、特定健診・保健指導に関連する事項については、以下の事項が議論されたため、その議論の状況を説明。

- 特定保健指導の対象とならない者への対応について
- 高血圧者、喫煙者に対する保健指導について
- 特定保健指導の課題について

における議論の概要は次ページ以降のとおり。

※健康局の検討会ではこの他、「次期国民健康づくり運動プラン骨子(案)について」「平成22年国民健康・栄養調査結果について」、「ヘモグロビンA1cの国際基準への対応について」が議題となった。

○非肥満(腹囲非該当)であるが、血糖、脂質、血圧にリスクを有する者に対する対応については、以下のとおり、現行の特定保健指導の対象に含めるなど制度的な対応が必要といった意見がある一方、エビデンスや手法を検討した上で議論が必要、といった意見があった。

＜特定保健指導の対象範囲を広げるなど制度的な対応が必要との意見＞

○日本高血圧学会では、I度(収縮期が140～159、拡張期が90～99)の高血圧は、原則として保健指導を行うこととしている。(学会としては)何らかの方法で、特定保健指導に入るか、無条件に全員受診勧奨か、いずれかしかない。現状、軽症高血圧の人はなかなか受診せず、また生活習慣の改善による血圧改善効果も望めるため、制度にのる意義は大きい。

○日本人は糖尿病になりやすい体質で、非肥満からの発症が約半分ある。日本糖尿病学会の新診断基準では、「血糖値110～125、HbA1c 5.6～6.0は、糖尿病発症のリスクが高いので、特別に予防的な介入をすべき」と規定している。非肥満者でも、食事や運動の介入は有効である。非肥満者は血糖値が110を超えていても、制度上「情報提供」になっているため、マンパワー不足などから、実際的な介入は余り行われていない。制度上の文言が書き加えられる必要がある。

○現場では、(参酌標準に定められているため)特定保健指導が優先されている。

今回議論されたような保健指導が、保健指導としてカウントされる仕組みに。

「情報提供」の場合、現場では、県レベルで結果の様式等情報を統一しないとできない。実施段階で、細かく指針を示していただけると良い。

○血糖値100～125、HbA1c 5.2～6.0で非肥満の者は、「情報提供」ということは非常に危険なので、血糖値110以上などで、一回は保健指導がしっかり提供されるようにして欲しい。

○血圧の受診勧奨域者の多くは受診しないため、放置されている。「情報提供」というより、「特定保健指導」として制度的に位置づけることが必要。

<今後の更なる議論が必要とする意見>

○健診を受けた時、本来は医療機関で、動機付け支援のようなものを受け、その後の経過を医療機関か、この制度に位置づけるなどしないと、健診後のフォローがなされない。

「健康日本21」に基づいた市町村が行う健康増進もある。特定健診・保健指導以外の仕組みも視野に入れた保健指導の議論を行うべき。

○非肥満者の中に、軽症者、重症者が一緒になっている。肥満はなくても、重症な方は必ず医療につなげることに、まず重きを置いて保健指導をしていくことが重要。

「情報提供」について、現状では健診結果を送るのみのところもある。「各学会で効果があるとされることは行う」ということを、「健診・保健指導プログラム」の中に、今後整理された形で記載されることが、保健指導実施上は現実的ではないか。

保健指導の数が増えると、大切なことができなくなるのが現場の実情。

○(人間ドック学会のデータでは)BMIが25未満であっても、内臓脂肪100平方センチメートル以上ある方達のリスクは非常に高い。BMIが25未満の非肥満であっても、腹囲が85または90で分けるというようなこと、また、「非肥満者」にどの程度生活習慣の修正を行うのか、「情報提供」なのか「特定保健指導」なのか、議論して欲しい。

特定保健指導の一部に位置付けるとなると、対価、医療費等を十分に考慮するべき。

○非肥満者への保健指導はきちんとやるべきと感じているが、医療保険者に納得性あるエビデンス示すということも1つの課題。

血糖値110以上、I度高血圧の者は、薬物治療への移行率が高いゾーンでもあり、保険者が保健指導を行うことによる、服薬率の変化を検証することが必要。臨床経験では、この範囲の者は、疾病予防効果が高いため、保健指導する必要がある。一方、保健指導は、肥満をベースにしたものと違う可能性が高いため、保健師・管理栄養士が実施できるよう、プログラムを作る必要がある。また、肥満がない方の6ヶ月後評価方法として、血液検査等を入れることも検討して欲しい。

「円滑な実施に向けた手引き」に、情報提供の重要性、定義を明文化して欲しい。

○食事や身体活動の保健指導を行った場合のリスクを考慮してから、保健指導の枠組みの中に入れるかどうかを議論する必要がある。

○健康増進法による保健指導等、特定保健指導の動機付けと積極的以外の実施状況を見て、全体的に検討した方がよい。

<本検討会での議論>

○特定健診・保健指導の実施率は、21年度実績でそれぞれ40%、12%程度となっており、特に保健指導については、実施率0%の保険者が多く存在（特に被扶養者に対して保健指導を全く実施できていない保険者が被用者保険で4割以上）。

○現在の特定保健指導の実施状況の一つの要因として、健診受診日から初回面接が開始されるまでの期間が長いことが考えられる（9割以上の保険者で2ヶ月以上の期間となっている）。

○これは血液検査の実施について外部委託をしている場合、外部委託先から検査結果を保険者が受け取ってから階層化を行う必要があること等によるものと考えられ、健診受診日に血液検査の結果が出ていない場合、特定保健指導の対象となることが確定している者も、後日改めて健診結果を揃った段階で階層化を行い、保健指導の初回面接を受けるために会場に足を運ぶ必要がある。

○こうして観点を踏まえ、健診受診日に特定保健指導のプロセスを開始することにより、円滑な実施を進めることを目的として、昨年6月10日の第2回の本検討会において、「初回面接後に階層化を行うことを認めてはどうか」という方向性について議論を行ったところ。

<健康局の検討会での議論>

○喫煙や高血圧が日本における成人死亡率の主要なリスク因子となっていることも踏まえ、喫煙者・高血圧者に対して早期に保健指導を実施するとの観点から、健診受診日に血液検査の結果が出る前に特定保健指導の一環として喫煙と血圧に着目した保健指導を行うことについて議論が行われた。十分な保健指導を行えないことから不適切とする意見と、円滑な保健指導の実施のために議論が必要、との意見があった。

<血液検査の値が出る前に面談指導を行い、検査結果が揃った後電話等で指導を行うことは不適切とする意見>

○リスクの集積結果、経年変化等を踏まえた保健指導を行うことで、介入深度が深まり、効果が上がる。血圧や喫煙だけを切り分けて保健指導した場合、どこまで改善が見込めるのか疑問。また、喫煙だけで介入すると、健診そのものに対する抵抗感が高まり、受診や保健指導の継続に繋がりにくいのではないかと懸念する。

2回目を電話で行うには相当なスキルが必要。

○全ての結果が出た2回目の保健指導を電話で行うことは絶対反対。対面で指導するというだけでないと、保健指導の良い点が失われる。

○相応に準備して保健指導に臨む。健診結果が全てそろわない段階で、初回面接の準備ができることはまずあり得ないため、実施については熟慮が必要。

○肥満がなく、高血圧、喫煙、リスクがこれしかない方は保健指導ができるが、検査結果がなく糖尿病等、他のリスクが分からない時には、1回目を主体とした保健指導はできないし、2回目も電話では難しい。全てのデータが揃ったときしか、最終的な保健指導はできない。

<議論が必要との意見>

○健診後、できるだけ早い時期に会うことも大切。健診当日に、今あるデータ、問診票、過去の結果で説明し、「全部結果が出たら、しっかり説明し、行動目標を修正する」という話をし、次回のフォロー者が同一人など、人間関係の上で組み立てられるのであれば、1つの方法である。

高血圧者・喫煙者である者には、すべて面談をするということになると、どの程度マンパワーが割けるのかという実施面での不安はある。

○データが全部揃って保健指導をすることが望ましいが、小規模事業所労働者の場合、保健指導のため、再度時間を取るのには難しい状況にある。また、健診当日に一番意識が高まっていることもあり、健診当日に判明しているリスクに着目し、保健指導を行うことは基本的に賛成。

○初回面接のあるデータだけでも面接はできるが、(その場合)プログラムの流れとか、問診票の見直しというのも、現場には必要。初回面接後の次回の保健指導が電話か、面接かは今後の課題。

<その他>

初回面接は極めて重要。集合契約においても、健診項目の結果が全てそろえば、当日初回面接を可能とした契約にして欲しい。

禁煙推進学術ネットワークから、特定健康・保健指導による禁煙の重要性を厚生労働大臣及び各局長等に発しており、禁煙の必要性を保健指導の中に組み込んで欲しい。その場合、実施者のスキルは課題になる。

下記の網掛け部分は、血液検査の結果はないが、健診受診日に特定保健指導対象となることが確定。

	血液検査の結果が健診受診日にない場合の検査結果のパターン	特定保健指導の対象か否か	支援区分
①	<ul style="list-style-type: none"> ・腹囲、血圧が基準値以上 ・喫煙歴あり ・血糖、脂質不明 	対象	<p style="text-align: center;">40歳～64歳：積極的支援 65～74歳：動機付け支援</p>
②	<ul style="list-style-type: none"> ・腹囲、血圧が基準値以上 ・喫煙歴なし ・血糖、脂質不明 	対象	<p style="text-align: center;">40～64歳：血糖、脂質のどちらか一方でも 基準値以上なら積極的支援、 それ以外は動機付け 65～74歳：動機付け支援</p>
③	<ul style="list-style-type: none"> ・腹囲が基準値以上 ・血圧は基準値未満 ・喫煙歴あり ・血糖、脂質不明 	未確定	<p style="text-align: center;">40歳～64歳：血糖、脂質のどちらか一方でも 基準値以上なら積極的支援、 それ以外は保健指導対象外 65～74歳：動機付け支援</p>
④	<ul style="list-style-type: none"> ・腹囲が基準値以上 ・血圧は基準値未満 ・喫煙歴なし ・血糖、脂質不明 	未確定	<p style="text-align: center;">血糖、脂質の両方が基準値以上の場合、 40歳～64歳：積極的支援 65～74歳：動機付け支援 それ以外は保健指導対象外</p>

特定保健指導の初回面接と評価者の取扱い

平成23年6月10日
第2回保険者による健診・
保健指導等に関する検討
会資料1-2

<現状>

- 特定保健指導においては、動機付け支援及び積極的支援の両方において、保健指導対象者は、医師、保健師又は管理栄養士による面接による指導の下に行動計画を策定するとともに、当該面接による指導を行った者とともに行動計画策定後6ヶ月以上経過後において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこととされている。
- 特定保健指導の実施者は初回面接時において、対象者が選択した具体的に実践可能な行動目標・行動計画を特定健診の結果や、対象者の生活習慣・行動変容の状況等を踏まえて、対象者が継続できるよう、必要な介入・支援等の内容を取りまとめた支援計画を策定する。
この支援計画は、その評価を行った実施報告書とともに特定保健指導の実施後に医療保険者に対して報告されることとなる。
- 特定保健指導の実施状況についての適切な評価を行う観点から、初回面接と行動計画策定後6ヶ月以上経過後における行動計画の実績に関する評価を同一の者が行うこととされていると考えられる。

<論点>

- 健診の実施場所において健診結果の通知と同時に初回面接を行うことが実施率の向上に有効との意見があるため、健診機関において初回面接までを実施し、その後、保健指導の実施機関に引き継ぐ方法が考えられるが、初回面接者と評価者を同一にしなければならない、という規定のために、このような取扱いが困難となっている。
- 一方で、行動計画やそれを支援する支援計画の内容の評価を適切に行うためには、これらの内容を熟知した者が評価に携わることも重要であると考えられる。
- また、特定保健指導は、健診結果を階層化し対象者を選定した後に行うこととなっていることから、そもそも健診実施日に階層化を行っていない場合、規定上、初回面接ができないこととなっている。

<方向性の例>

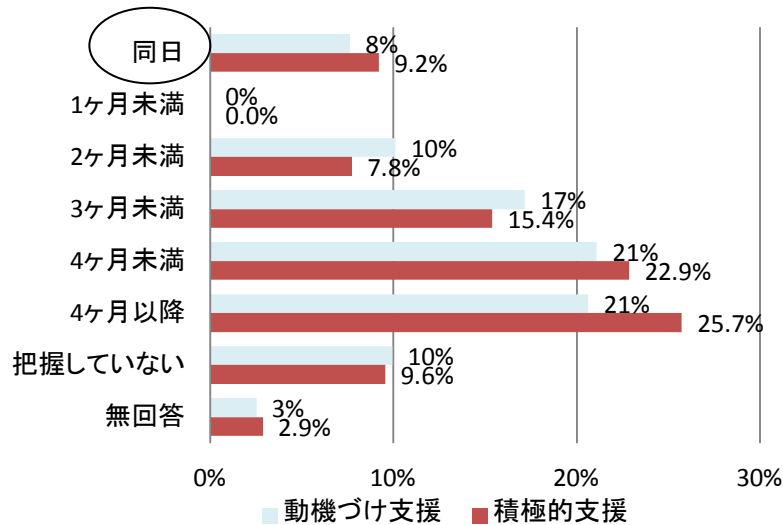
- 初回面接を行い行動計画の策定等に係った者と十分な情報共有が行われることを前提に、行動計画策定後6ヶ月後以上経過後の評価について、初回面接を実施した者以外が行うことも認めてはどうか。
- また、円滑な実施のために初回面接後に階層化を行うことも可能としてはどうか。

(参考) 特定健診受診から保健指導(初回面接)までの平均的な期間

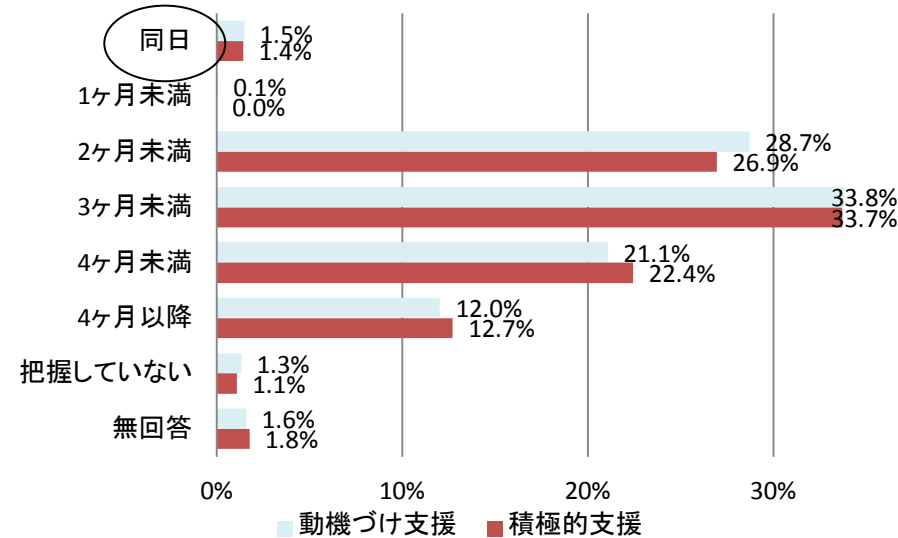
平成23年6月10日
第2回保険者による健診・保健指導等に関する検討会資料1-2

特定健診受診から保健指導(初回面接)までの平均的な時間について、被用者保険では「4ヶ月以降」が多く、市町村国保では「3ヶ月未満」が多かった。健診実施日と同日に行っている割合は低い。

被用者保険(1702保険者)

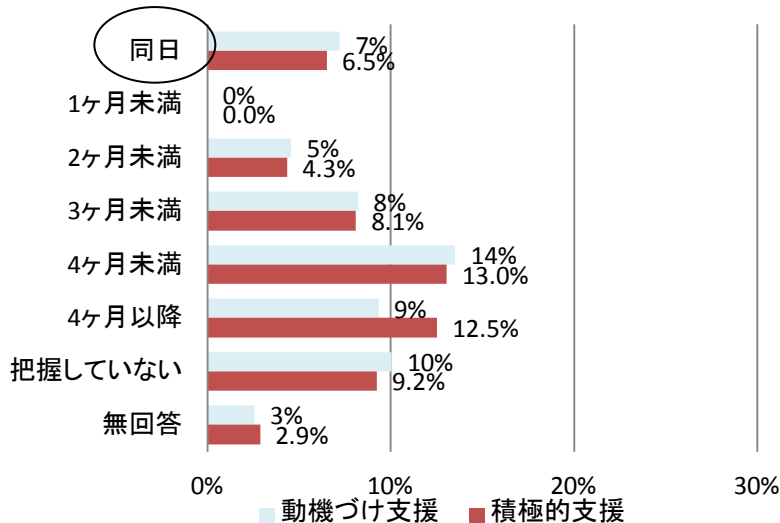


市町村国保(1757保険者)



被
保
険
者

被
扶
養
者



※被用者保険については、複数回答

(出典) 特定健診・保健指導の保険者調査

特定保健指導の課題について

○保険者による検討会でも議論を行った特定保健指導について、ポイント制の在り方や初回面接者と6ヶ月後評価者が同一人でなくても良いようにすることについて議論が行われた。

○ポイント制については、保健指導の効果の検証や質の担保といった観点から、現時点では必要との意見が多かった。一方で、ポイント制を柔軟に運用することやアウトカム指標を用いるなどの意見があった。

○初回面接者と6ヶ月後評価者を同一人でなくて良いとする件については、原則は同一人とする必要がある、との意見や標準化された情報共有がなされれば可能とする意見等があった。

<特定保健指導の課題について>

(1) 特定保健指導のポイント制について

○研究から、行動変容には一定量の継続支援の仕組みが有効であることが確認できた。一方、行動変容につながる継続的なサポートが特定保健指導以外の機会で与えられる場合、ポイントに必ずしも依らないということがあった。制度上は、ポイントによって、保健指導の有無を算定することもあり、現時点では必要。

レセプト情報等データベースで、保健指導効果のポイントと保健指導の効果の検証をする必要がある。

○保健指導の質を担保するということから考えると、ある程度ポイントは必要。(その観点から)支援Bの必須を外すということは賛成。

○男性の高齢者には、支援Bの励ましは、支援Aを支える意味で重要。

○ポピュレーションアプローチ等、特定保健指導以外の関わりについても、何らかの評価ができるような仕組みを1つ入れていただきたい。

○医療保険者の立場からは、委託契約に必要。

180ポイントは、実際の保健指導の効果からみて、理に合った指標。支援Bのために保健指導をするという状況が発生しているとすれば、本末転倒。ポイントを稼ぐことに現場の意識が集中していることが問題。検査データの改善状況等を保険者に報告を求めるなど、アウトカム指標等の仕組みも検討して欲しい。

○180ポイントにとらわれ、その中でも支援Bにとらわれて困っている指導者も多いので、ポイント制に柔軟性を持つということは、検討していただきたい。

○180ポイントを受けなければならないので、保健指導の実施率が14%とか12%に低迷しているという事実はないか。

○180ポイントというのはプロセス指標で、真に大事なものはアウトカム指標。個々の対象者の希望やアウトカムなども勘案して、もう少し全体としては効率的、柔軟な形で、そろそろアウトカム指標も取り入れた形で効率的にした方がいい。

(2) 初回面接者と6ヶ月後評価者が同一者でなくしてもよい、とする件について

○評価には、①対象者の目標到達具合、②保健指導のプロセス評価 の2つがある。

①については、同じ機関であれば客観的な評価が可能だが、②については、保健指導を担当した者が見直すということが重要。評価の主旨は外さない方がよい。

○初回と評価者は、「原則」または「同一であるべき」いうことをまず明確化にしていきたい。人事異動等の例外を持って、原則を変える必要はない。

保健指導の実施者が、自分の計画した保健指導に関する評価、フィードバックを得ること等が、保健指導の質の担保には必要。

○初回と評価者が、同一者の方が望ましいけれども、同一者でなくてもいいというのは、現実的なところ。

○保健指導の記録の標準化が必要。評価の見える化で、組織としてのフィードバック、組織評価が可能となる。資質向上、仕組み改善につながる。

○共通書式に基づいた情報共有化を図るというのは、成果を客観的な視点で見るのに非常に有効。そのような前提条件が揃った上で、初回と評価者が異なっても、チームの対応で十分バックアップできるのではないかと。

○客観的な評価があれば、同一者でなくてもよいというのが保険局での検討会の議論の結論と理解している。経年受診者に対する特定保健指導の仕組みというものも構築していただければと思う。