

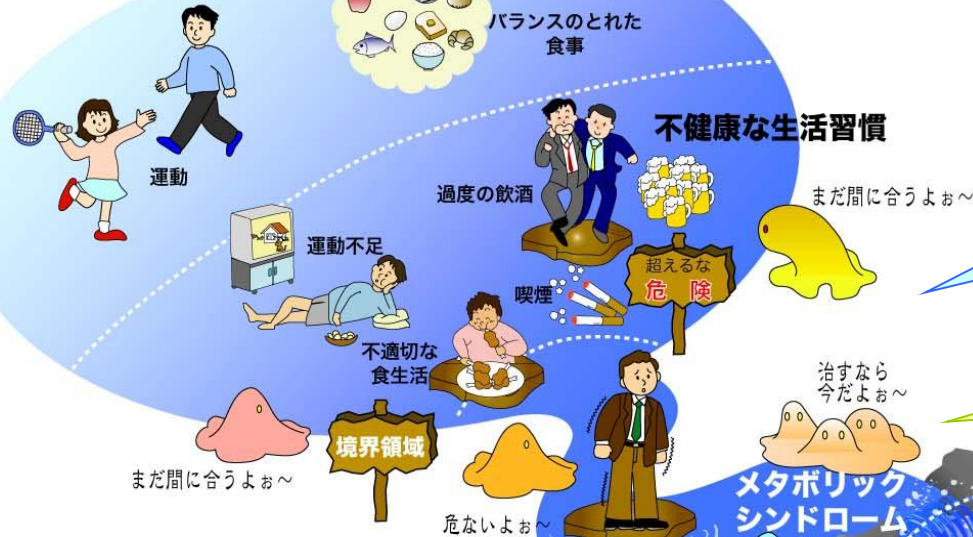
平成24年7月12日(木)
保健師中央会議

特定健康診査・特定保健指導 について

健康局がん対策・健康増進課
保健指導室長 尾田 進

生活習慣病のイメージ

健康な生活習慣



レベル 1

- 不適切な食生活（イネギー・食塩・脂肪の過剰等）
- 身体活動・運動不足
- 喫煙
- 過度の飲酒
- 過度のストレス

レベル 3

- 肥満症（特に内臓脂肪型肥満）
- 糖尿病
- 高血圧症
- 脂質異常症

レベル 2

- 肥満
- 高血糖
- 高血圧
- 脂質異常

レベル 4

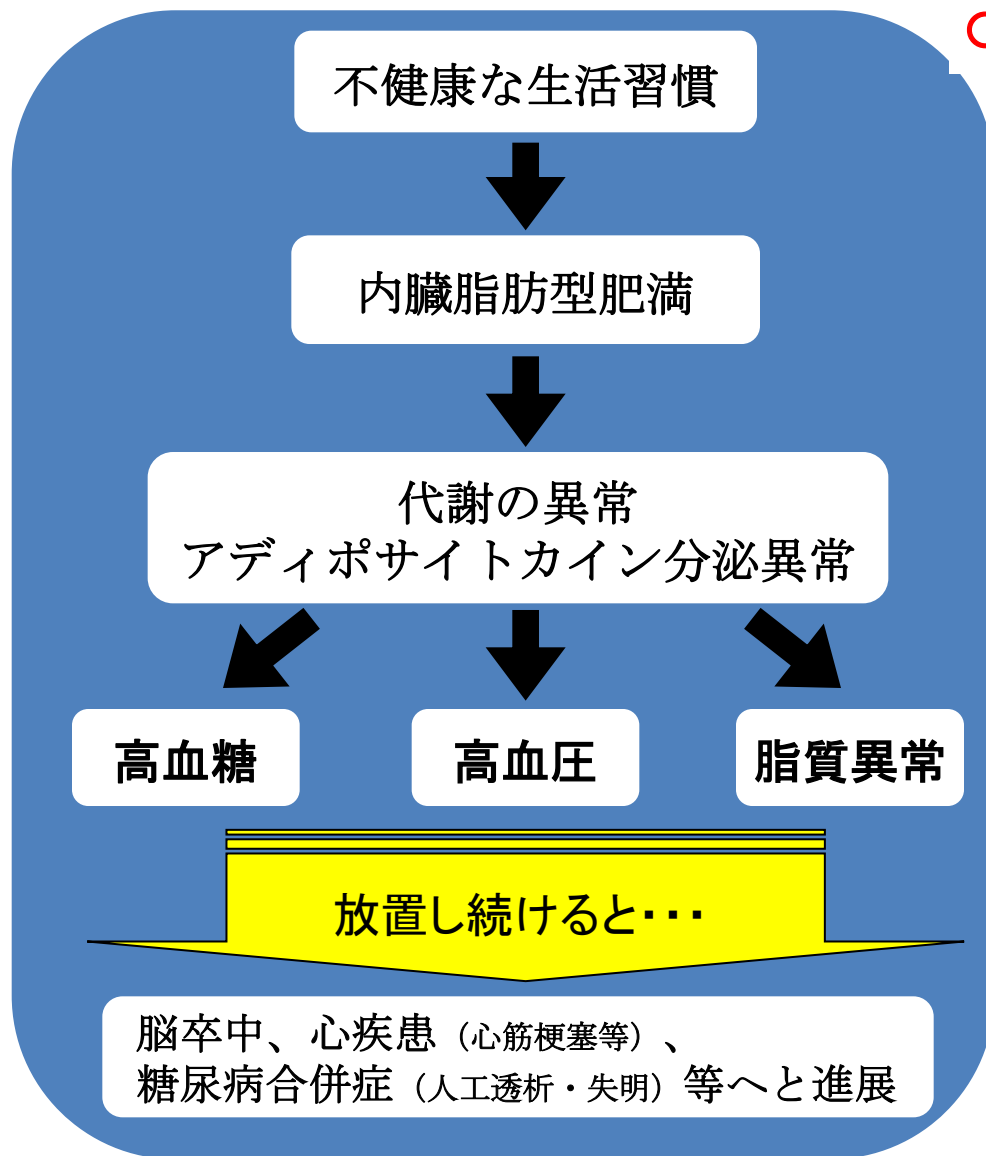
- 虚血性心疾患（心筋梗塞・狭心症等）
- 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）
- 糖尿病の合併症（失明・人工透析等）

レベル 5

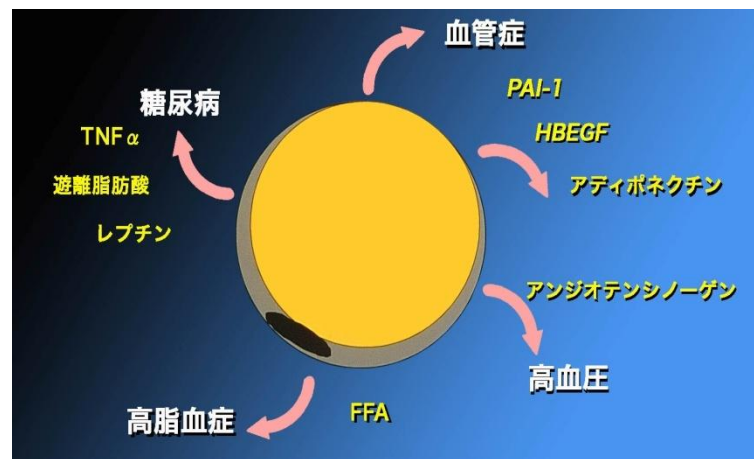
- 半身の麻痺
- 日常生活における支障
- 認知症

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の疾患概念の確立

～ 脳卒中や心疾患の発症を予防するカギとなる考え方が提唱されている ～

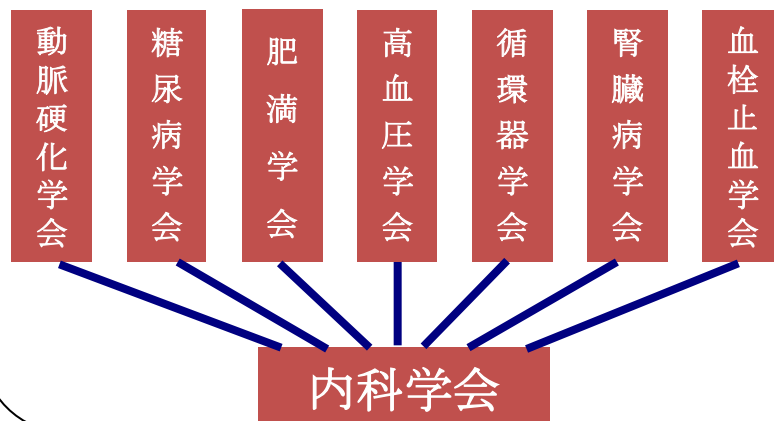


○脂肪細胞から多彩な生理活性物質が分泌される



○8学会が合同で定義と診断基準を策定した
(平成17年4月 日本内科学会総会で公表)

メタボリックシンドローム診断基準検討委員会



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 $\geq 85\text{cm}$

女性 $\geq 90\text{cm}$

(内臓脂肪面積 男女とも $\geq 100\text{cm}^2$ 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

$\geq 150\text{mg/dl}$

かつ/または

低HDLコレステロール血症

$< 40\text{mg/dl}$ 男女とも

収縮期血圧

$\geq 130\text{mmHg}$

かつ/または

拡張期血圧

$\geq 85\text{mmHg}$

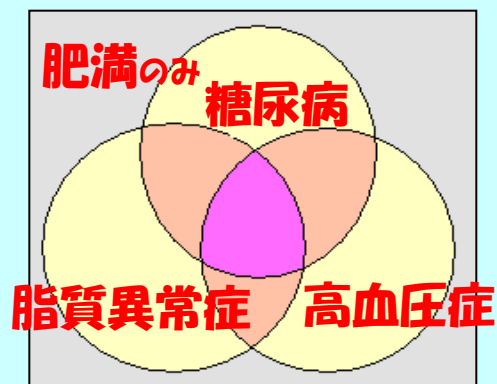
空腹時高血糖

$\geq 110\text{mg/dl}$

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）を 標的とした対策が有効と考えられる3つの根拠

第1の根拠

肥満者の多くが複数の
危険因子を併せ持っている



肥満のみ
約20%

いずれか1疾患有病
約47%

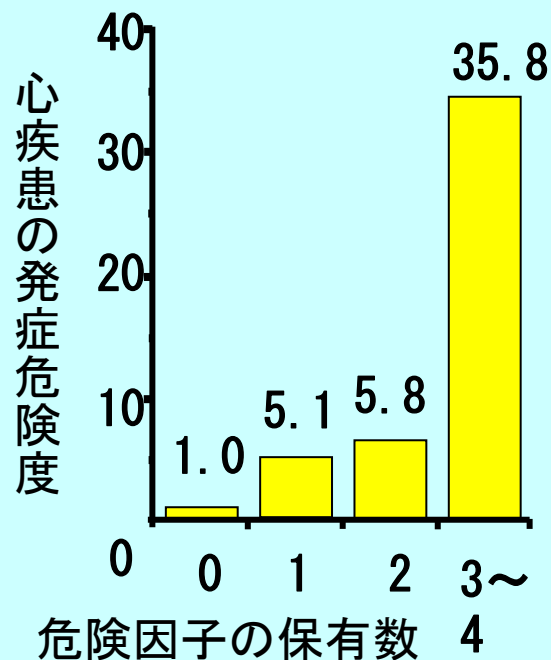
いずれか2疾患有病
約28%

3疾患すべて有病
約5%

平成14年度糖尿病実態調査を再集計

第2の根拠

危険因子が重なるほど
脳卒中、心疾患を発症
する危険が増大する



労働省作業関連疾患総合対策研究班調査
Nakamura et al. jpn Cric J, 65: 11, 2001

第3の根拠

生活習慣を変え、内臓脂肪
を減らすことで危険因子の
すべてが改善



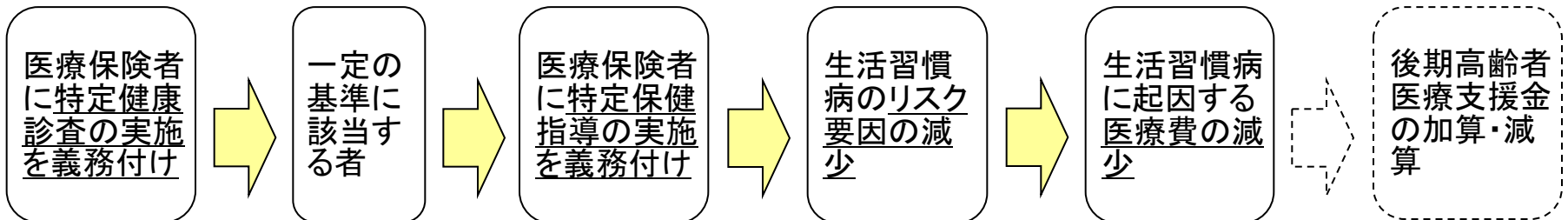
特定健康診査・特定保健指導の概要

基本的な考え方

- 内臓脂肪型肥満に着目した健診及び保健指導を医療保険者に行わせることにより、生活習慣病の予防及び医療費の適正化を目指す。

主な内容

- 医療保険者は、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対して特定健診を実施。
- 健診の結果、一定の基準に当てはまる者に対して特定保健指導を実施。
【一定の基準】：腹囲が基準以上（男性85cm、女性90cm）でかつ、血糖・血圧・脂質の検査値が基準に当てはまる者
（リスクの程度によって指導内容が変化（喫煙者は指導レベル上昇））
- 平成25年度より、医療保険者ごとの達成状況に応じ、後期高齢者支援金の加算・減算を行う。



特定健康診査・特定保健指導のおおまかな流れ

40～74歳
の者

特定健康診査

特定保健指導

(1) 腹囲
男性85cm以上
女性90cm以上

(2) 腹囲非該当で
BMI 25以上

【リスク】

高血糖 空腹時血糖100mg/dl以上
又は HbA1c 5.2% 以上
高脂質 中性脂肪150mg/dl以上
又は HDLコレステロール40mg/dl未満
高血圧 収縮期血圧130mmHg以上
又は 拡張期血圧85mmHg以上

【喫煙歴】
あり

(1)の場合
リスクが2つ以上
リスクが1つ＋喫煙歴あり

(2)の場合
リスクが3つ
リスクが2つ＋喫煙歴あり

特定保健指導(積極的支援)の対象

【具体例】

初回
面接

又は
80分のグループ支援
又は
20分の個別支援

2週間後

1ヶ月後

2ヶ月後

3ヶ月後

6ヶ月後

支援A(電話) 10分

支援A(電話) 10分

支援B(電話) 5分

(3ヶ月後の中間評価)
個別面接 25分

支援B(電話) 5分
(6ヶ月後の評価)

30P

30P

10P

100P

10P

支援A
160P

+

支援B
20P

=

合計
180P

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導

	これまでの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数
実施主体	市町村

最新の科学的知識と、課題抽出のための分析

行動変容を促す手法

	これからの健診・保健指導
	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
	結果を出す保健指導
	内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
	自己選択と行動変容 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
	健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
	アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
	医療保険者

各種保健事業の取扱いについて（総括図）

これまでの取扱い

老人保健法による健診等

基本健診
(40歳以上)

市町村(公費負担:国1/3県1/3)

歯周疾患検診
骨粗鬆症検診
健康教育、健康相談等

市町村(公費負担:国1/3県1/3)

がん検診

※平成10年度に一般財源化した後は、法律に基づかない事業として市町村が実施

医療保険各法による健診等

健診等の努力義務

医療保険者(市町村国保・被用者保険)

労働安全衛生法による健診等

健診の実施義務
その他の保健事業の努力義務
事業者(雇用主)

平成20年度からの取扱い

健康増進法による保健事業

歯周疾患検診
骨粗鬆症検診
健康教育、健康相談等
市町村(公費負担:予算の範囲内)

がん検診
(胃がん、肺がん、大腸がん、子宮がん、乳がん)
市町村

高齢者医療法による健診・保健指導

糖尿病等の生活習慣病に着目した
特定健康診査・特定保健指導・健診通知
(40歳以上)

※ 他の保健事業も医療保険各法により努力義務
医療保険者

(公費負担:市町村国保 国1/3 県1/3 その他被用者保険 予算の範囲内)

労働安全衛生法による健診等

健診の実施義務
その他の保健事業の努力義務
事業者(雇用主)

保健指導の実施に
当たって連携

◎健診の実施責任者の明確化
(特に手薄だった被扶養者の健診の強化)
◎保健指導の重視

「健康増進計画」／「健診の実施等に関する指針」による総合調整

平成22年度特定健診・特定保健指導の実施状況(速報値)

○平成22年度の特定健診・特定保健指導の実施状況について、保険者から社会保険診療報酬支払基金への申告値をとりまとめたもの。

○集計対象

報告保険者:3,432保険者(報告対象:3,433保険者)

●健康診査の実施率(速報値)

対象者数	受診者数	特定健康診査実施率
52,191,043	22,586,005	43.3%

●特定保健指導の対象者の割合及び特定保健指導実施率(速報値)

	人数	割合・実施率
特定保健指導の対象者	4,062,881	18.0%
特定保健指導の終了者	555,921	13.7%

平成22年度特定健診・特定保健指導の実施状況（速報値）

・ 特定健康診査の保険者種別の実施率

	全体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成22年度 （速報値）	43.3%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.6%	70.9%
平成21年度 （確報値）	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成20年度 （確報値）	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

▪ 特定保健指導の保険者種別の実施率

	全体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成22年度 （速報値）	13.7%	20.9%	7.7%	7.3%	6.6%	14.8%	10.4%
平成21年度 （確報値）	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成20年度 （確報値）	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

健診・保健指導の在り方に関する検討会①

【開催目的】

- 健康日本21に次ぐ国民健康づくり運動のプランの策定状況を踏まえ健康診査等の内容等の見直しについて検討。
- 特定健診・保健指導について、制度の運営状況や、新たな知見を踏まえ、その実施内容や実施手法等について検討。

【構成員】

荒木田 美香子	国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻看護学分野地域看護学領域教授
井伊 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事
大井田 隆	日本大学医学部教授
大江 和彦	東京大学大学院 医学系研究科医療情報経済学分野教授
門脇 孝	東京大学大学院 医学系研究科糖尿病・代謝内科教授
迫 和子	社団法人日本栄養士会専務理事
佐藤 保	社団法人日本歯科医師会常務理事
島本 和明	札幌医科大学長
竹村 克二	医療法人寿慶会竹村クリニック院長
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター長
鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター病院長
(座長) 永井 良三	東京大学大学院 医学系研究科教授
野口 緑	尼崎市環境市民局市民サービス室健康支援推進担当課長
林 謙治	国立保健医療科学院長
保坂 シゲリ	社団法人日本医師会常任理事
松岡 幸代	国立病院機構京都医療センター・臨床研究センター予防医学研究室研究員
三浦 宏子	国立保健医療科学院 地域医療システム研究分野統括研究官
宮崎 美砂子	千葉大学大学院 看護学研究科地域看護学教育研究分野教授
宮澤 幸久	帝京大学 医療技術学部教授
宮地 元彦	独立行政法人国立健康・栄養研究所 健康増進研究部長
山門 實	三井記念病院総合健診センター所長
吉池 信男	青森県立保健大学 健康科学部栄養学科教授

(平成24年3月28日現在)

健診・保健指導の在り方に関する検討会②

【これまでの開催実績】

第1回(12月7日) ○健診・保健指導の在り方に関する検討の進め方について
○健診・保健指導の課題についての検討

第2回(12月27日) ○特定健診・保健指導における腹囲基準の在り方について
○特定保健指導の対象とならない者への対応について
○HbA1cの国際基準への対応について

第3回(2月6日) ○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、喫煙者に対する特定保健指導について
○特定保健指導の課題について

第4回(2月27日) ○特定健康診査における健診項目について
○特定保健指導の対象とならない方への対応について
○特定保健指導における高血圧、喫煙者に対する対応について

第5回(3月28日) ○今後の特定健診・保健指導の在り方について

健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめについて ①

議論の経緯

現在の特定健診・保健指導の枠組みについて、内臓脂肪型肥満に着目した現在の特定健診・保健指導制度の在り方について検討を行った。

腹囲基準の在り方について、現在、腹囲を階層化の第一基準として用いているが、国際糖尿病連合の新たなメタボリックシンドロームの判定基準で腹囲が判定要素の一つとされていること等を踏まえ検討を行った。

腹囲基準に該当しないため現在特定保健指導の対象となっていない者への対応について、血圧、血糖、脂質、喫煙等のリスクがある者への対応の在り方について検討を行った。

特定保健指導の在り方について、

- ・ 「積極的支援」の3ヶ月以上の継続的な支援において、ポイント制が導入され、合計180ポイント以上の支援を行うことが必須とされていることについて検討を行った。
- ・ 初回面接者と6か月後に評価を行う者とを同一としていることについて、検討を行った。
- ・ 血圧・喫煙のリスクに着目した初回面接の在り方について、全ての検査結果が出てから行動計画・行動目標を策定する必要があるか、特定保健指導の2年目以降の初回面接についてどう考えるか、について議論を行った。

特定健診における健診項目について、制度創設時に必須健診項目としての導入が見送られた血清クレアチニン検査の必要性について検討を行った。

健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめについて ②

当面の対応

- ◆ 腹囲基準を含めた特定健診・保健指導制度の在り方について、客観的なデータ等に基づく議論が行えるようデータ蓄積、研究・調査を行う。
- ◆ 肥満ではないものの血圧、血糖、脂質、喫煙の健康リスクを有する者への対応は重要な課題であり、保健指導や医療機関への受診が確実になされるよう、取組の参考となる指針を盛り込む等の対応を行う。（別添1）
- ◆ 検診結果の通知とあわせて行う「情報提供」を充実させるとともに、受診勧奨を徹底する。
- ◆ 健診項目に血清クレアチニン検査を追加することが望ましいことから、医療保険者等との協議調整に努める。
- ◆ 特定保健指導の仕組みについて、ポイント制や初回の面接指導などについて一部見直し、血圧や喫煙に着目した保健指導の充実を図る。
 - ・ 積極的支援における支援A（積極的関与）、支援B（励まし）については、支援Bの必須（20ポイント以上）を外し、「支援Aを160ポイント以上、合計180ポイント以上」を新たな要件とする。
 - ・ 特定保健指導の初回面接者と評価者は同一であることを原則としつつ保健指導実施者間で、情報共有を十分に行える環境がある場合には、初回面接を行った者以外の者が評価を行ってもよいこととする。
 - ・ 血圧や喫煙に着目した保健指導の重要性を強調するとともに、2年目の特定保健指導に当たっては、一定の要件のもとで、健診当日に行った保健指導を、健診結果が出たあとに電話等で補完することも可能とする。（別添2）

〔表〕肥満、血糖、血圧、脂質の測定値および喫煙に応じた対応(案)

リスク リスクの 大きさ	危険因子(肥満・血糖・血圧・脂質・喫煙)を評価する		
	肥満あり(※1)		肥満なし(※1、2)
	+リスク2つ以上(※2)	+リスク1つまで	——
Aゾーン		肥満改善、生活習慣病予防に関する情報提供	一般的な健康づくり情報の情報提供
Bゾーン	特定保健指導 ＜積極的支援＞	特定保健指導 ＜動機付け支援＞	当該疾患についての 情報提供
Cゾーン	特定保健指導 ＜積極的支援＞ (6ヶ月評価時に該当項目について再確認が望ましい)	特定保健指導 ＜動機付け支援＞ (6ヶ月評価時に該当項目について再確認が望ましい)	当該疾患に関わる生活習慣改善指導(面接)、医療機関受診
Dゾーン	すぐに受診 または、医師と連携して特定保健指導＜積極的支援＞を実施後医療機関管理	確実な受診勧奨 または、医師の判断で積極的支援相当の保健指導をすることも可	確実な受診勧奨、 受診の確認、医療機関管理

Aゾーン: 今のところ異常なし

Bゾーン: 血糖正常高値・境界型、血圧正常高値。保健指導を実施する。
また、リスクが単独ではなく重積する場合など、より積極的な保健指導が必要とされる場合は、必要に応じてCゾーンと同様の対応を行う。

なお、以下の＜学会基準等に基づく検査値分類＞ B'ゾーンはCゾーンと同様の対応を行う。

Cゾーン: 学会診断基準では「疾患」と判定されるが、比較的軽症であり、薬物療法よりも生活習慣改善を優先するもの。保健指導を積極的に行うべきである。

【方法①】 面接を伴う保健指導を3～6ヶ月実施したあと、該当項目について検査を行う。この評価で十分な改善が認められない場合、又は保健指導が実施できない場合には、医療機関による管理(受診勧奨)とする。

【方法②】 医療機関においては、生活習慣管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養指導料を活用して、保険診療として生活習慣改善指導をする。

Dゾーン: 医療管理下におくことが必須なもの。

食事・運動療法も大切ではあるが、薬物治療を要すると考えられる状態。

原則として保険診療対象者であり、生活習慣管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養指導料を活用する医師との連携のもと、保健指導機関において積極的支援を併用することが可能である。(ただし薬物治療中の場合には「特定保健指導」に該当しない。)

※1 腹囲が男性85cm、女性90cm未満の場合でも、BMIが25以上であれば肥満と判定される。この場合は、リスク3つ以上が表中の「腹囲+リスク2以上」、リスク1又は2が「腹囲+リスク1つまで」と同等の扱いになる。

※2 喫煙は独立した循環器疾患のリスク因子であるので、上記の表にかかわらず、禁煙指導については、別途保健指導を行うことが必要である。特定保健指導では、血圧、血糖、脂質のリスクの1つ以上ある場合にのみ、喫煙歴がカウントされる。

＜学会基準等に基づく検査値分類＞

1. 血圧

収縮期 拡張期	～129	130～ 139	140～ 159	160～
～84	A	B	C	D
85～89	B	B	C	D
90～99	C	C	C	D
100～	D	D	D	D

2. 血糖、HbA1c

	A	B	B'	C	D
FPG	～99	100～ 109	110～ 125		126～
HbA1c (%)	～5.1	5.2～5.5	5.6～6.0		6.1～

3. 脂質

	A	B	C	D
トリグリセライド	<150		150～299	≥300
LDL	120		140	(≥180)

※ あわせて、市町村、医療保険者、事業者等が特定保健指導非対象者への対応に取り組む場合に、根拠となる条文を参考として示す。

特定健診実施後の高血圧、喫煙者に対する対応について

【考え方】

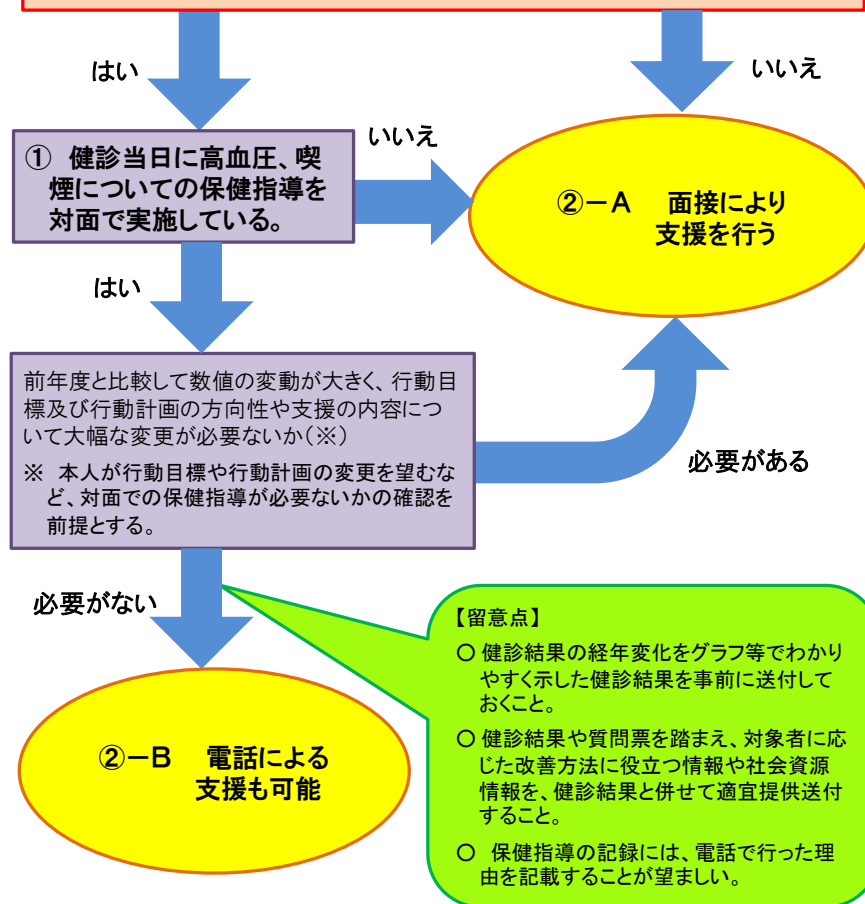
- 血圧、喫煙のリスクの有無は、通常、特定健康診査での計測及び質問表への記入により、その場で判明する一方、血液検査などその他の健診結果が本人に通知されるまでには期間を要している実態（※）にある。
- ※ 被用者保険では3ヶ月以上4ヶ月未満が最も多く、市町村国保では2ヶ月以上3ヶ月未満が最も多い。（特定健診・保健指導の保険者調査より）
- 血圧及び喫煙のリスクに着目した保健指導は、生活習慣病を予防する観点から重要であり、対象者の行動変容をもたらすためには、早期に機会を捉えて実施することが望ましい。
- 他方で、初回面接では、対象者が、健診結果によるリスクの保有状況から、代謝等の自身の身体に起こっているメカニズムと生活習慣との関係を理解した上で行動目標・行動計画を策定する必要があるため、原則としてすべての健診結果が判明してから実施する必要がある。
- また、前年度にも特定保健指導を受けた者については、すでに身体のメカニズムと生活習慣との関係や生活習慣改善の必要性等について理解していることから、信頼関係が築けていれば、2年目の初回面接は対面を必須としなくてもよいのではないかという意見もある。

【対処方針】

- 特定保健指導の対象となりうる者に対し、健診当日に血圧や喫煙に着目した保健指導を対面で行った場合であっても、すべての健診結果が判明してから改めて、対面により、健診結果や生活習慣の振り返りを行った上で、行動目標・行動計画を策定することが必要である。
- ただし、健診当日に血圧や喫煙に着目した保健指導を対面で実施した対象者で、前年度に同一の機関から保健指導を受けており、メタボリックシンドロームや生活習慣改善について理解できており、健診の結果、各検査数値が悪化しておらず、行動目標及び行動計画の方向性に大幅な変更を必要としないと判断する場合については、健診結果がすべて判明してから保健指導は、対面によらずともよいこととする。ただし、本人が行動目標、行動計画の変更を望むなど、対面による指導が必要な場合にあってはこの限りではない。
- また、人間ドック健診等、全ての健診結果が健診当日に判明している場合には、健診当日に初回面接としての対面での健診結果の説明、生活習慣の振り返りとともに行動目標・行動計画の策定をしてもよいこととする。
- なお、禁煙指導については、健診の受診が禁煙の動機付けを促す機会となるよう、対象者の禁煙意向を踏まえ、喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行い、禁煙したい喫煙者には、禁煙外来や地域・職域で実施される禁煙指導、薬局・薬店等を紹介するよう努めるべきであることを標準プログラムに記載する。
- さらに、血圧及び喫煙に着目した保健指導は、特定保健指導の対象者となりうるか否かに関わりなく実施すべきものであることについても、標準プログラムに記載する。

特定保健指導の2年目以降の初回面接についての考え方（イメージ）

前年度に特定保健指導を受けて、メタボや生活改善に対して理解できている（体重が減量できている、または増加していない）



第二期特定健康診査等実施計画期間に向けての特定健診・保健指導の実施について(とりまとめ)(案)＜抜粋・要約＞

(平成24年6月27日 第10回保険者による健診・保健指導等に関する検討会資料)

1. 特定健診・保健指導の枠組みについて

①腹囲基準について

- 内臓脂肪型肥満に着目した現行の階層化基準を維持する

②特定保健指導非対象者への対応

- 保健指導の標準的な方法や医療機関への受診勧奨などの望ましい措置について記載される見込みである「標準プログラム」の内容について関係者への周知に努める

③健診項目について

- 血清クレアチニン検査の有用性について周知を図るとともに、特定健診の項目に加えるか否かについては、平成30年度に向けて、詳細健診の項目とすることも含め、改めて検討する

3. 特定健診・保健指導の実施率向上に向けて

②未受診者への対応

i) 受診勧奨の徹底

- 特定健診未受診者への受診勧奨についてはまだ十分に行われていないことから、各保険者において、未受診者に対する受診勧奨を少なくとも1回は行うよう努める

⑤情報提供の充実等について

- 特定健診の受診者全体に対して行う情報提供については、保険者等における好事例を調査し、その知見を他の保険者において共有できるようにするとともに、その考え方について、手引きの見直しを行い、周知に努める

(つづき)

4. 特定保健指導の実施方法について

①ポイント制について

- 積極的支援について、現行の180ポイントのポイント制は維持することとした上で、現在、支援A(計画の進捗状況の確認等)と支援B(はげましや賞賛)に分かれているプログラムについて、支援Aのみで180ポイントを達成してもよいこととする

②健診受診日に初回面接を開始するための方策について

i) 初回面接者と6ヶ月後評価者の同一性について

- 健診受診日に初回面接を開始することを推進するために初回面接者と6ヶ月後評価者が同一人でない場合を認めることも有効と考えられる。
- この実施にあたっては、チーム・組織としての統一的な評価方法が確保されていることが必要なため、基本的には同一機関内において、十分な情報共有が行われているなどの一定の要件の下に、初回面接と6ヶ月後の評価は同一者でなくてもよいこととする。

ii) 2年目の特定保健指導の特例

- 原則として特定保健指導を保険者が直営で行っている場合について、健診受診日に血液検査の結果がない2年目の特定保健指導対象者(前年度の特定保健指導利用者であって、当該年度に継続して特定保健指導対象者となった者)への特定保健指導の実施について、一定の柔軟化を行うこととする。

(参考)厚生労働省版提言型政策仕分け

- 複数の部局にまたがる分野等について、現行の諸施策の効果を組織横断的に検証・評価するとともに、今後の政策の在り方を提言してもらうことを目的とする。
- 6月15・22日の2回にわたり「様々な主体が行っている国民の健康づくりに資する取組みの一体的・効率的推進」について議論

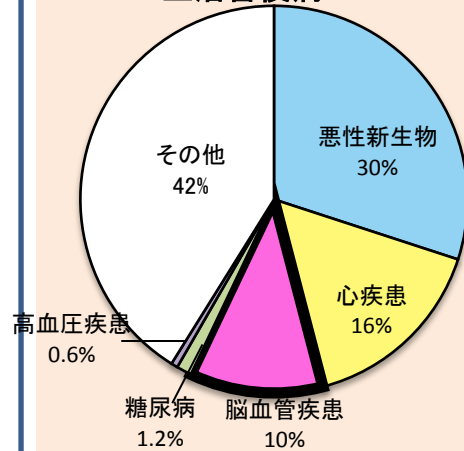
【チーム構成員】

秋山 正子	(株)ケアーズ白十字訪問看護ステーション代表取締役
阿部 正浩	獨協大学経済学部教授
和泉 昭子	生活経済ジャーナリスト／キャリアカウンセラー
中山 弘	元学校法人ホンダ学園常務理事
宮山 徳司	埼玉医科大学医学部特任教授
脇坂 明	学習院大学経済学部教授

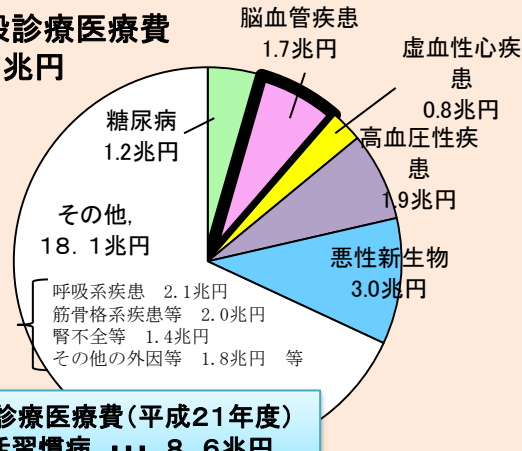
http://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/

様々な主体が行う国民の健康づくりの取り組み

死因別死亡割合(平成22年)
生活習慣病...58%



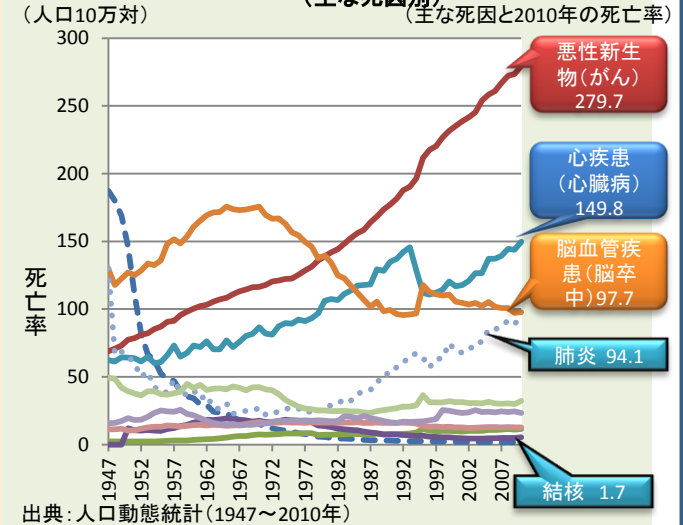
一般診療医療費
26.7兆円



一般診療医療費(平成21年度)
生活習慣病...8.6兆円

(注)国民医療費(平成21年度)により作成

我が国における死亡率の推移
(主な死因別)



生活習慣病は死亡割合の約6割、一般診療医療費の約3割を占める

我が国の疾病構造は感染症から
生活習慣病へと変化

高確法(※)に基づく健診等

※ 高齢者の医療の確保に関する法律

医療保険者

(実施義務あり)

糖尿病等の生活習慣病に着目した

特定健診・保健指導

○実施率:43.3%

○健診項目:腹囲・血圧・血糖・脂質・既往歴(喫煙・服薬)

労働安全衛生法による健診等

事業主(雇用主)

(実施義務あり)

労働者の健康の

保持増進のための健康診断

○実施率:88.3%(事業所割合)

○健診項目:特定健診の項目+業務歴、胸部エックス線検査、視力、聴力等

健康増進法における保健事業

市町村

(努力義務あり)

がん検診

○実施率:胃(30%)、肺(23%)、大腸(24.8%)、子宮(32%)、乳(31.4%)

○健診項目:問診、部位(胃、肺、乳)毎のエックス線検査、細胞診、便潜血

40歳~74歳の被保険者等

5,200万人(受診義務なし)

労働者

4,000万人(受診義務あり)

40歳以上の住民(※※)(受診義務なし)

胃、肺、大腸がん検診7000万人、乳がん:3700万人、子宮がん5100万人

事業主健診のデータを特定健診として活用

※※ 子宮がん検診は20歳以上の女性

市町村において特定健診とがん検診の同時実施に向けた連携

論点1. 国民の健康づくりに資する様々な健診等の実施率を向上させるためには、どのような取組が必要か。

- ① 健診等の意義や必要性について、国民への周知が十分に図られていないのではないか。
- ② 実施率の向上・効率的実施という観点から、
 - (1) 実施主体間の連携を強化し、各健診等の同時実施の機会を増やすこと
 - (2) 医療保険者や事業主においても、特定健診や事業主健診に加え、がん検診の受診率向上のため、積極的に取り組むことが必要ではないか。
- ③ 受診率の向上のため、対象者にインセンティブ(又はペナルティ)を設けることについてどう考えるか。

論点2. 国民の健康づくりの推進のため、健診等の結果をどのように活用するか。

- ①自治体・医療保険者・事業者は、国民の健康の増進に必要な取組を実施する努力義務が法律で定められているが、健診等の結果を十分に活用できていないのではないかな。
- ②国・自治体・医療保険者・事業所は、他の機関が実施した健診等の結果も活用することが必要ではないかな。
特に自治体においては、医療保険の加入者や労働者も含めた住民の健康増進のための総合的な取組を行うために、各機関が実施した健診等の結果が必要ではないかな。
- 個人情報情報を第三者へ提供するためには、各法令に根拠がある場合等を除き、あらかじめ本人の同意を得ることや、通知を行うことが必要。
 - (1) 国が医療保険者から特定健診の匿名データの提供を受けられること、
 - (2) 医療保険者が事業所から事業主健診の記録の提供を受けられることは、法律に規定があるが、それ以外については健診データの授受のための同意を得る方法について、ルールを定めることが必要ではないかな。
- 健診データの授受を行うためには、データの様式等についてもルールを定めることが必要なのではないかな。

【提言（取りまとめ）】＜抜粋＞

【健診等の受診率の向上】

国民の多くは、自らの健康づくりについて高い関心を持っている一方で、健診等の受診率は目標を大きく下回っている。これは、医療機関へのフリーアクセスが担保されているなど我が国の医療制度が充実していることもあり、健診等の意義や必要性が正しく理解されていないということが大きな要因と考えられる。

このため、国民の健康づくりへの関心が健診等の受診に結びつくよう、国民にとって身近で分かりやすい方法で、健診等の意義や必要性の周知を図るべきである。

また、健診等の受診率を向上させるための新たな取組として、

- ・健診等の対象年齢になる前から、受診の働きかけを始める
- ・健診等の結果が良好な者に対しても、健康な状態を維持するためのモチベーションを高めるような取組を行う
- ・主治医からも健診等の受診を働きかけるよう促す
- ・対象者の健診等受診のインセンティブを高める
- ・健診等が受けやすいよう労働時間等に配慮する
- ・がん検診と他の健診との同時受診を促進する

といった観点の取組も検討すべきであり、健診受診率の向上につながる好事例を収集・普及すべきである。

さらに、健診結果を踏まえて、生活習慣の改善や医療機関の受診につながるような取組を強化すべきである。

【提言（取りまとめ）】＜抜粋＞

【健診実施機関間の連携】

職域では事業主健診が大きな役割を果たしているが、職域が生活の中心であった被用者も、定年後は地域に戻ってくることから、職域と地域（市町村）の間の連携を図ることが重要である。

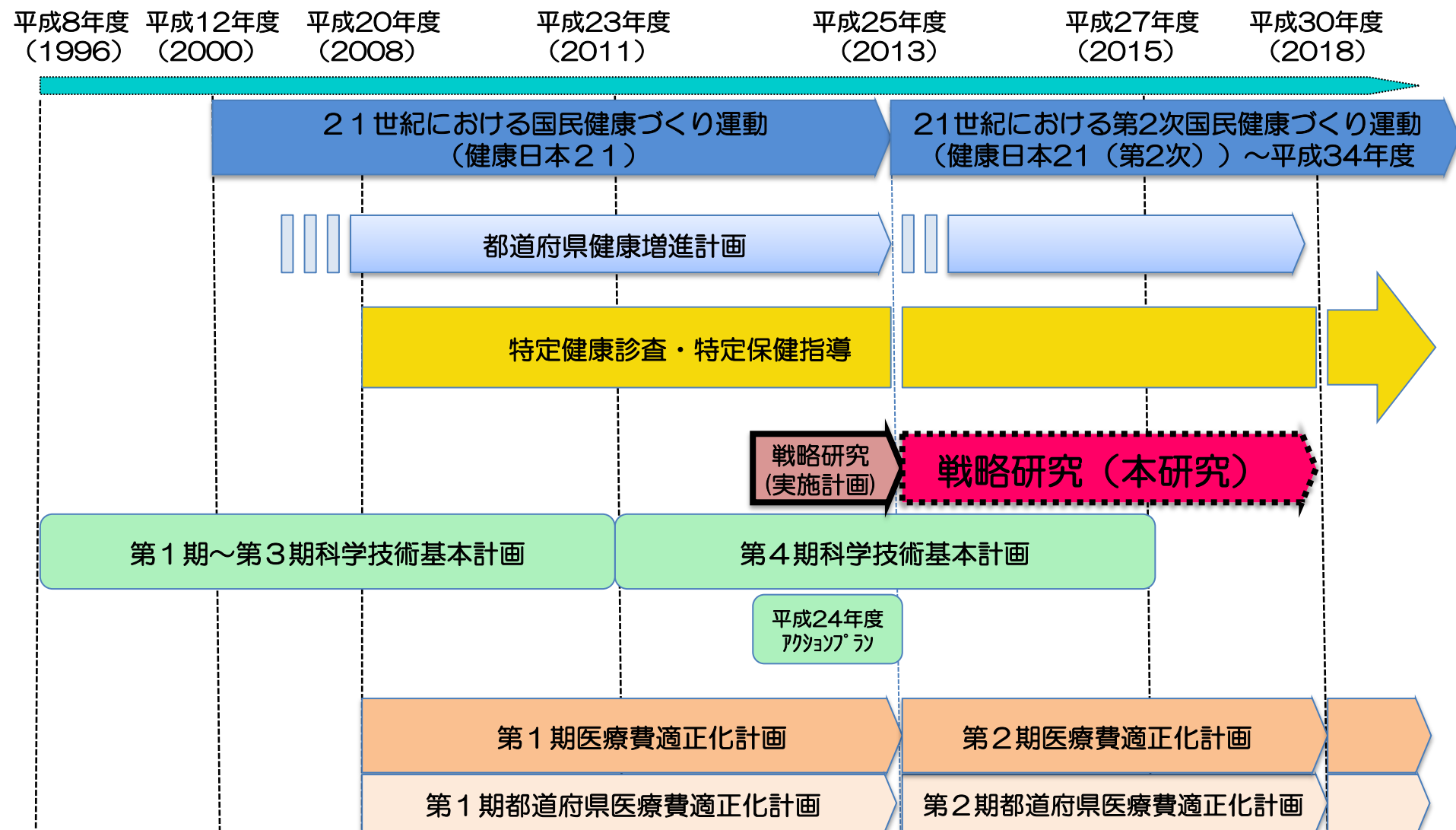
また、勤務先の変更や居住地域の変更が増えている中で、一つの機関で健診等結果を経年的に把握することはますます困難になっている。このため、諸外国の例も参考に、個人情報悪用の防止に留意しつつ、個人番号の利用による健康情報の一元的管理や機関間の連携の推進についても検討を進めるべきである。

【個人の取組の推進】

健康づくりは、健診等の結果を踏まえ各個人が自発的に行う予防的な取組が重要であり、各個人の取組を国が支援し、全体の底上げを図ることも検討すべきである。

また、地域には健康づくりに資する様々な施設が存在しており、国民の健康づくりを推進するためには、これらの施設を有効に活用するという視点が重要である。そのため、関係する行政分野や行政機関の連携も強化するのが効果的である。

健康づくり・医療費適正化施策における新規戦略研究の位置づけ



市町村における生活習慣病予備群の発症予防対象者の抽出と保健指導等の予防介入システムの効果に関する研究（イメージ）

A地域

従来の標準的なプログラムに基づく
健診・保健指導（対照群）

現状分析

地域診断／地区診断等

特定健診

標準的な健診・保健指導プログラムに基づく健診の実施

階層化（標準的プログラムに基づくフローチャート）

標準的プログラムに基づくフローチャートによる層別化

対象群 A

対象群 B

対象群 C

「積極的支援」
「動機づけ支援」
「情報提供」

特定保健指導

標準的プログラムに基づく保健指導の実施

生活習慣病発症リスク減少

B地域

新たな予防介入システムによる健診・保健指導（介入群）

医療費・健康実態分析

地域の生活背景も含めた健康実態と特徴の明確化

解決すべき課題の絞込み

地域特有の文化や食習慣と関連付けた解決可能な健康課題の抽出

特定健診

保健指導対象者の層別化のための健診の実施

階層化（標準的プログラムに基づくフローチャート）

層別化

生活習慣病発症に関するリスク状況に着目した生活習慣病予備群の発症予防対象者の抽出

対象群 A

対象群 B

対象群 C

発症予防対象者群

生活習慣病予備群の発症予防対象者に対しても、保健指導プログラムを実施

特定保健指導

【リスクに応じた保健指導】
・保健指導実施手順の標準化
・リスクに応じた保健指導方法・内容の標準化
・指導用ツールの開発 等

生活習慣病発症リスク減少

評価項目（例）：対象地域における健診受診率および継続率の向上、生活習慣病関連データ等の改善（糖尿病予備群の減少、脂質異常症の減少、高血圧の改善等）、保健指導判定値を超える項目数の減少等