

保険者による健診・保健指導等に関する検討会について

○目的

「高齢者の医療の確保に関する法律」において、医療保険者は、特定健康診査及び特定保健指導を40歳以上の加入者に対し、計画を定め実施することとされており、平成20年度から実施されてきたところである。

今般、これまでの取組の実績や政府の方針等も踏まえ、医療保険者において、被扶養者を含めた加入者を対象として、より良い特定健診・保健指導のあり方など、保健事業の取組の強化を図るためには、医療保険者、事業者、市町村等の役割分担を明確にし、これらの関係者の連携を一層促進していくことが重要である。

こうしたことから、医療保険者における特定健康診査及び特定保健指導の提供方法等の今後のあり方について、今までの実績等を踏まえて検討を行うため、関係者の参集を得て、厚生労働省保険局長が開催する。

○ 検討事項

- (1) 特定健診・保健指導の実施方法等について
- (2) 特定健診の健診項目及び特定保健指導の内容等について
- (3) 保険者における特定健診・特定保健指導への取組みの評価方法等について
- (4) その他特定健診・保健指導に関連する事項について

○ 構成員(敬称略、50音順)

伊藤 彰久	日本労働組合総連合会生活福祉局 次長	田中 一哉	国民健康保険中央会 常務理事
岡崎 誠也	全国市長会 国民健康保険対策特別委員長	津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
貝谷 伸	全国健康保険協会 理事	中島 次男	地方公務員共済組合協議会 事務局長
北潟 繁一	日本私立学校振興・共済事業団 理事	中村 嘉昭	全国国民健康保険組合協会 常務理事
草間 朋子	日本看護協会副会長	保坂 シゲリ	日本医師会 常務理事
小松 龍史	日本栄養士会 常務理事	山門 實	日本人間ドック学会 理事
齋藤 正寧	全国町村会行政部会長	横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会 会長
白川 修二	健康保険組合連合会 専務理事	吉岡 清八郎	共済組合連盟 常務理事
高橋 信雄	JFEスチール(株)安全衛生部長	吉田 勝美	日本総合健診医学会 副理事長

◎ 座長

◎ 多田羅 浩三 (財)日本公衆衛生協会 理事長

(参考) 保険者による健診・保健指導等に関する検討会開催実績

平成23年4月25日 第1回開催

- ・検討会の位置づけ
- ・特定健診・保健指導の実施状況
- ・高齢者への対応、治療中の者への保健指導について
- ・特定健診・保健指導に対する意見について

平成23年6月4日 第2回開催

- ・特定健診・保健指導に関する検討事項等について(再委託要件、保健指導の初回面接者と評価者の取扱い、事業主健診との連携、HbA1c表記見直し、保健指導開始後に服薬歴が判明した者の取扱いについて)

平成23年6月20日 第3回開催

- ・特定健診・保健指導の腹囲の基準について
- ・HbA1c表記の見直しについて
- ・特定健診・保健指導のインセンティブのあり方について

平成23年8月29日 第4回開催

- ・後期高齢者支援金の加算・減算制度について
- ・特定保健指導等について
- ・集合契約の健診項目の多様化・被扶養者への対策・保険者協議会について

平成23年10月13日 第5回開催

- ・HbA1c表記の見直しへの対応について
- ・特定健診・保健指導の腹囲の基準について
- ・治療中の者への保健指導の実施について

「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」における主な論点と議論の内容

○腹囲の基準について

現在、男性:85cm、女性:90cmとなっている特定保健指導対象者の階層化基準について、関係学会から参考人を招き議論。主な論点としては、

- ① 現行の腹囲基準の妥当性(特に女性の腹囲基準について)
- ② 腹囲基準に該当しない(非肥満の)リスク保有者に対する対策

○特定保健指導のポイント制について

ポイント制(積極的支援の180ポイント)が柔軟できめ細かな支援を妨げているのではないかとの観点から議論。

- ① より現場の保健師等の創意工夫を発揮できる方法がないか
- ② 特に、直営と委託で異なるポイントを設定することはどうか、等について意見があった。

○特定健診受診日に特定保健指導の初回面接を実施可能とする方策について

特定保健指導の実施率向上に向けて、初回面接者と6か月後評価者が同一人でなければならないとする要件等の見直しを行う方向について、了承を得た。

○HbA1cの表記見直しへの対応について

日本糖尿病学会において、HbA1cの表記を現行のJDS値から国際標準値(NGSP相当値)へ変更することが決定され、関係者間で協議した結果、平成24年度においては、特定健診・保健指導の保険者への結果通知及び国への報告については、現行のJDS値のみを用いることとなった。

25年度以降の対応は、日常臨床における関係者間での調整状況を踏まえ、今後、関係者間で協議する方針。

現行の腹囲基準値の考え方

現行の特定保健指導の対象者を抽出する基準値として、男性:85cm、女性:90cmの腹囲基準値が設定されている。この値は、8学会ガイドラインにおいて、過栄養による健康リスクが増加する腹腔内脂肪面積が男女とも100cm²以上であり、その内臓脂肪蓄積に対応する腹囲に基づき設定されたものである。

○「メタボリックシンドロームの定義と診断基準」(メタボリックシンドローム診断基準検討委員会 2005年4月) (抜粋)

内臓脂肪蓄積はメタボリックシンドロームの各コンポーネントと深いかわりがあり、腹腔内脂肪量が増加すると男女とも同様に過栄養による健康被害数が増加する(図1)ことが国内外の臨床研究によって実証されている。わが国での臨床研究診断基準に示されているごとく臍高レベル腹部CTスキャンによって判定した腹腔内脂肪面積100cm²以上が男女共通した内臓脂肪蓄積のカットオフ値である。

それに対応するウエスト周囲径が、男性559名、女性196名において検討され、男性85cm、女性90cmと設定された(図2)。

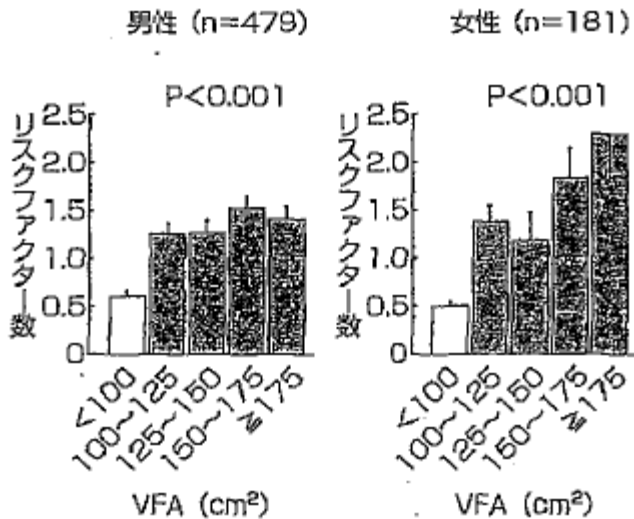


図1:内臓脂肪面積とリスクファクター保有数の関係

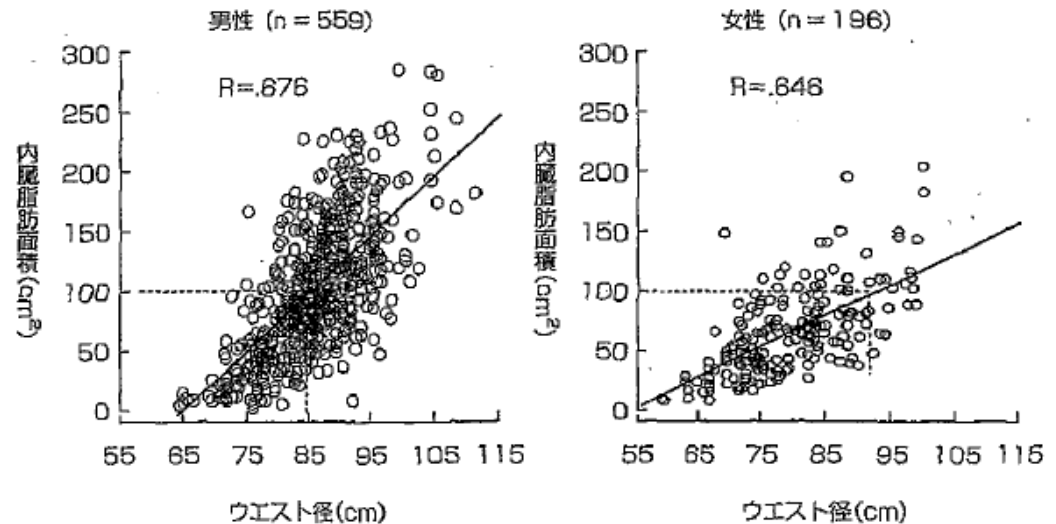


図2:内臓脂肪面積とウエスト径の関係

腹囲基準についての論点

23年10月13日第5回保険者による
健診・保健指導等に関する検討会資料

<基準値自体について>

○ 第3回の検討会においては、中尾参考人から、現行90cmである女性の腹囲基準値について、京都における研究の結果、内臓脂肪面積のカットオフ値として77cmが妥当との趣旨の説明があった。

現行の腹囲基準については、9月23日・24日に開催された第32回肥満学会において議論が行われており、今後、将来に向けて腹囲基準値について、検証を行っていくこととなっている模様。

(参考) なお、下記のように平成21年度の実績で見た場合でも、男性：80～85cm、女性：85～90cmの腹囲の基準値については、男女とも血压、血糖、脂質の各リスク数の平均数が1近辺となっている。

<非肥満のリスク保有者について>

○ 非肥満のリスク保有者に対する対応のあり方をどう考えるか。その対応には一定の幅があるとの意見もあったが、具体的にどのような対応が考えられるのか。

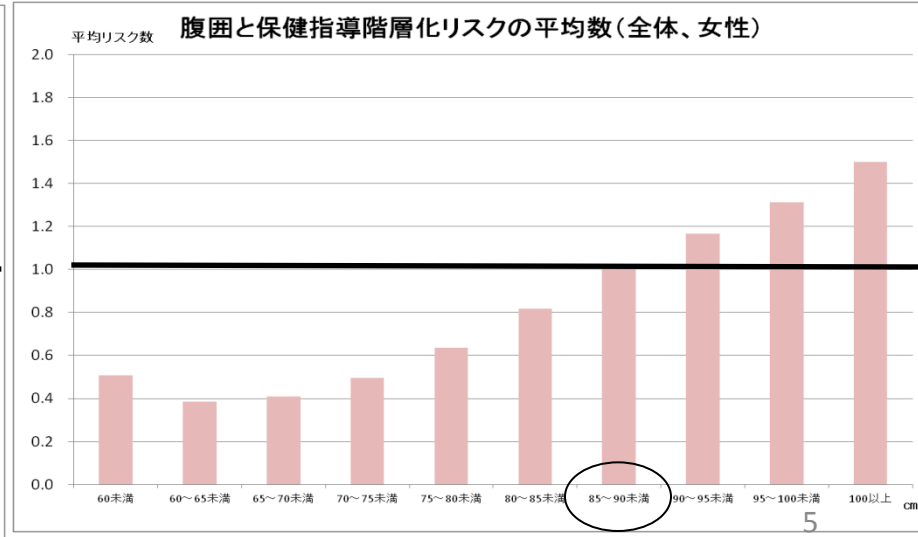
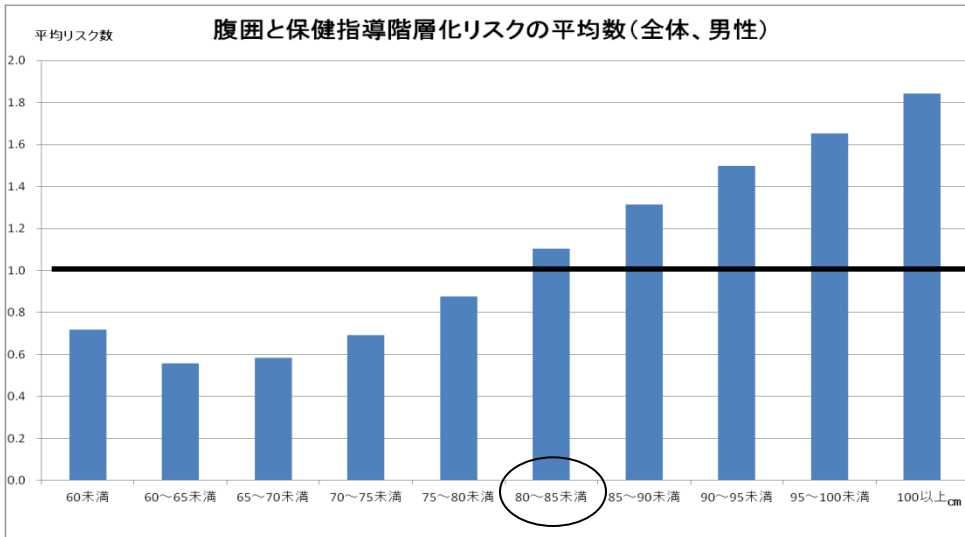
○ たとえば、現行の仕組みでは、非肥満のリスク保有者を含めた健診受診者全員に対して情報提供を行うことになっており、非肥満のリスク保有者には、この情報提供をきめ細かく行うなどについてどう考えるか。

男性(対象人数:約1,175万人)

女性(対象人数:約952万人)

腹囲と保健指導階層化リスクの平均数(全体、男性)

腹囲と保健指導階層化リスクの平均数(全体、女性)



腹囲基準に関する「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」における主な意見

【保険者による健診・保健指導等に関する検討会での主な意見】

1. 腹囲を特定保健指導の階層化基準にしていること自体について

- 腹囲を最初のスクリーニング基準としていることで、100人やって40人は特定保健指導対象にならないという基準となっている。公衆衛生学的にはおかしい話だと思うので、十分議論することが必要。
- 腹囲基準はいらぬのではないかという話もあり、健康局の問題として、専門家が科学的に検討する場を作って腹囲基準をどうすべきか議論し、その結果をもって保険者による健診の対応を議論すべき。
- 腹囲は国民自らが測定できる。血糖、血圧、コレステロールは測ってもらわないとわからない。腹囲を指標にすることによって、国民自らが高血圧、高血糖、脂質異常に対し、それぞれの病態に対する上流において挑戦していくことが可能となり、国民自らが取り組む健康づくりを進めることができる。
- この5年ほどで、内臓脂肪を保健指導の入り口としてとらえることが妥当であることの医学的根拠を示す論文が多く出てきている。
- 保険者に対して義務付けられた特定健診としては、第一スクリーニングとしての腹囲基準を堅持していくべき。
- 腹囲により肥満者を判定し、他のリスクと併せて階層化して保健指導を行う現行の枠組みは妥当。ただし、非肥満でリスク因子を有する者は、同様に循環器疾患のハイリスク者であるため、制度的な対応が必要。
- 女性の腹囲基準については、絶対リスク1に相当する腹囲が90cm、内臓脂肪のない人のリスクの3倍となる相対リスクでみた腹囲が80～85cmとなる。どちらを進めていくかは政策的な判断になると思う。
- 腹囲基準と非肥満者への対応についての議論が、腹囲基準は何だったのかという混乱を受診者に招くだけということにならないようにしてほしい。

2. 非肥満のリスク保有者への対応について

- 非肥満者のリスク重積者に対する保健指導が必要であるというのは当然。しかし、その保健指導と特定保健指導は分けて考えなければならない。非肥満者への保健指導を特定保健指導として位置づけるか否かが問題。
- 特定健診・保健指導で国民の健康づくりが達成される、あるいは完結するものではない。肥満のない高血圧、高血糖、脂質異常などが重大な課題であることは明らかで、がん検診の推進なども重要。これらの全体が進んでこそ、国民の健康づくりが進むものと思われるが、その進め方はそれぞれの内容に即したやり方があるのだと思う。
- 非肥満者への保健指導は必要。①循環器疾患の過剰発症の半数以上は、非肥満のリスク保有によるものである（メタボより多い）。②要医療とならない非肥満・リスク保有者でも、循環器疾患の発症リスクが高い（特に女性）。現行の医療機関への受診勧奨では十分とはいえない。
- 非肥満者に対しても正しく保健事業を行うことが重要。

3. 非肥満のリスク保有者に対する保健指導の具体的内容について

- やせの方の保健指導の場合、本当にまじめな方でやせ過ぎになってしまう危険はないか。指導しすぎて、あれもだめ、これもだめ、といった指導になってしまう危険に気をつける必要がある。やるならば、きちっとしたプログラムを作らないといけないと思う。
- 非肥満のリスク保有者への保健指導としては、①血圧高値の者には、減塩、カリウム（野菜、果物）、カルシウム（乳・乳製品）、動物性たんぱく質（魚、脂肪の少ない肉）、節酒、身体活動等、②高血糖の者には、摂取エネルギー制限、高GI食品の制限、身体活動、喫煙予防・禁煙等、③脂質異常の者には、魚の摂取、肉の脂肪制限、卵黄の制限、身体活動、喫煙予防・禁煙等が大事かと思われる。
- 非肥満者への保健指導についてはかなり幅がある。日本人の特徴的な減塩という対策がこの場合は重要。メタボリックシンドロームがある方も、塩分のセンシティブティが上がるというデータが出ている。

特定保健指導のポイント制について

23年8月29日第4回保険者による健診・保健指導等に関する検討会資料

<現行の仕組み>

- 特定健康診査の結果に応じて、保険者は保健指導の対象となる者を抽出し、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣に係る自主的な取組の実施を行うことを目的として、特定保健指導を実施することとなっている。この特定保健指導は、健診結果に応じて、「動機付け支援」と「積極的支援」の2種類の方法に分けられる。
- 「動機付け支援」では、面接による支援（行動計画の作成）と実績評価（面接から約6ヶ月後の評価）を行うこととなっており、「積極的支援」は、面接による支援（行動計画の作成）の後、3ヶ月以上の継続的な支援を行った上で、実績評価（初回時面接から約6ヶ月後の評価）を行うこととなっている。
- この「積極的支援」の3ヶ月以上の継続的な支援については、ポイント制に基づき、各支援方法（個別面談、グループ面談、電話、メール等）によってポイントが割り振られており、合計180ポイント以上の支援を実施することが定められている。
また、支援内容についても行動計画の進捗状況に関する評価等を内容とする支援Aを160ポイント以上、励ましや賞賛等を内容とする支援Bを20ポイント以上を実施することとされ、支援Bを支援Aの方法に代えることはできないこととされている。

<論点>

- 「積極的支援」におけるポイント制により、支援方法等が規定されている等のために、対象者の状況に応じた柔軟できめ細かな支援を行うことが妨げられているのではないかと、いった意見があり、これについて以下のような見直しの意見もある。
 - ー最低限のポイントのボーダーラインを設けるなど、何らかの方法により、ある程度現行よりも現場の保健指導に携わる者の裁量範囲を広げる運用が考えられないか。
 - ー支援Bのように励ましや賞賛のみを目的に支援を行うことが、実施上、負担となっているので、支援Bと支援Aの組み合わせは任意とできないか。
 - ープログラムによる保健指導に代えて、アウトプット評価（健診結果の変化等）を導入することは考えられないか。
 - ー特に継続的に保健指導対象者となった者に対して、2年目以降に実施する保健指導については、実践状況の記録を必須としない、といった別のプログラムがあっても良いのではないか。
- 一方で実施率を勘案する際に、何らかの客観的な基準が必要であるといった意見や、新たなプログラムの設定により、かえって保健指導の自由度が失われるのではないかと、いった意見などもあり、又、ポイント制の基準に一定の幅を持たせることについては、システム改修コストが膨大となる、との指摘もある。

○今のままでは、現場の保健指導に携わる者の創意工夫の余地がなさ過ぎるとの指摘があり、より裁量の範囲を広げることが考えられないか。ただし、保険者の保健指導の実施率を算定することや実績に基づいて国庫補助がなされていることなどを前提とすれば、何らかの客観的な基準によって保健指導の実施を担保する必要がある。

<評価方法について>

検査値が改善したことによって保健指導の実績として評価することも考えられないか。ただし、この場合には以下の論点が考えられる。

- 検査値の改善については、加齢により悪化するのが自然であることから現状維持も含めるべきではないか。
- 現行のプログラムを前提としている各保険者の実施体制で施行可能か。
- 現行の6ヶ月後の実績評価において、腹囲、体重、血圧を測定することとなっているが、指標として扱う検査値の設定など、エビデンスに基づいた合理的な基準が策定できるか。
- 検査値の改善に基づく評価を行う際にも、初回面接、行動計画の策定及び実績評価については必須とする必要があるのではないか。
- 加算減算制度においては、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という検査値の改善を指標として用いることとなっており、実施率の評価において検査値の改善を指標として用いるのであれば、関係を整理する必要があるのではないか。
- 特に委託の場合において、検査値の改善が期待される者(数値の改善が見込まれる者)ばかりに保健指導の資源が集中投入され、数値の改善が見込まれない、又は難しい者に対して十分な指導が行われなくならないか。
- 検査値の評価であっても、どのような支援を行ったかの記録は、保健指導の効果を分析する際に必要ではないか。

<円滑な実施に向けた見直し>

少なくとも特定保健指導の実施の客観性をある程度担保することが可能な範囲において、現場の保健指導実施者の裁量の範囲を広げることがありうるのではないか。

- 180ポイント以上の継続的支援を行っている場合において、支援A(進捗状況の評価等)と支援B(励まし・賞賛等)を両方実施しなければならない、とする必要があるか。
- 直営でのポイントを委託の場合より低くする等、直営と委託で異なるポイントを設定することは考えられないか。
- 180ポイント以上の支援を行う場合、6ヶ月の期間は、ある程度柔軟に考える余地はあるか。
- 2年目以降、継続して保健指導の対象となった者に対してのプログラムを設定することは考えられないか。

保健指導のポイント制に関する「保険者による健診・保健指導に関する検討会」における主な意見

【第4回保険者による健診・保健指導に関する検討会(平成23年8月29日開催)における議論】

- 職域等で既にいろいろな健康づくり活動等の環境整備がなされており、ポイント制については自由度をかなり高めるべき。
- ポイント制は、保険者が保健指導を外部委託する際の費用請求のための基準として設けられたと聞いており、それが自前で対応できる市町村にも適用されてしまっている。ポイント制が不要だとは言わないが、記録等の負担が重く、また、現場での専門職としての力量発揮を妨げている。
- ポイント制は、投入量を明らかにするために導入された仕組みである。直営は場を通じたポピュレーションアプローチや会社ぐるみのサポートが可能であり、委託と同じ投入量が必要かどうか、またポイントの切り下げの是非は、エビデンスに基づいて判断すべき。
- フォローアップ体制がきちんとはとられないと、初回面接後中断される方が多い。中断者を減らす方策について検討が必要。ポイント制のおかげもあって6か月継続できた人もある。
- フォローアップの回数が多いほど達成数が高いことが明らかになっており、対面を重視した仕組みとすべき。

特定健診受診日に特定保健指導の初回面接を 実施可能とする方策について

<制度の現状>

- 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。

<特定保健指導の実施状況>

- 平成21年度の特定保健指導の実施率は約12.3%であり、平成20年度の7.7%よりは向上しているものの、引き続き実施率向上に向けた取組が必要と考えられる。
- 平成23年4月に厚生労働省において公表した「全国医療費適正化計画の進捗状況に関する評価(中間評価)」では、「健診から初回面接までの期間の短縮」が特定保健指導の実施率の向上に有効と考えられる取組として挙げられている。
- 健診から初回面接までの期間の現状としては、健診実施日から初回面接の実施まで、2か月から4か月程度を要している場合が多い。

<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。



<保険者による検討会における議論の結果>

- ①十分な保健指導の情報共有が図られることを前提に、初回面接と6ヶ月後の評価の実施者を同一人物としなくてよいこととするとともに、
- ②面接の後に階層化処理をした場合でも、当該面接を特定保健指導の初回面接とすることができる、との見直しを行う方向について了承を得た。

HbA1c表記見直しへの対応について

23年10月13日第5回保険者による健診・保健導等に関する検討会において了承

HbA1c表記の国際標準化に向けて、関係者間での調整状況を踏まえ、本検討会としては、以下の方針を基本として、詳細な事項については、実務担当者によるワーキンググループにおいて検討することとしたい。
また、その検討の結果、本検討会に諮る必要が生じた場合には、その都度、議題として取り上げることとしたい。

○基本方針

(1) 平成24年度(24年4月から25年3月まで)の対応

- ① 特定健診・保健指導については、受診者に対する結果通知及び保険者への結果報告のいずれも、従来通りJDS値のみで行う。検査機関(登録衛生検査所)が特定健診・保健指導の報告様式に結果を記載して医療機関に送付する場合もJDS値のみで行う。

労働安全衛生法に基づく事業主健診の実施によって、特定健診の実施に代える場合には、事業主健診の事業主への結果報告及び事業主から保険者への結果報告は、従来通りJDS値のみで行う。この場合、検査機関(登録衛生検査所)が事業主健診の結果を医療機関に送付する場合もJDS値のみで行う。

- ② 日常臨床においては、JDS値と国際標準値(NGSP相当値)とを併記する。検査機関(登録衛生検査所)が結果を併記して提出することが前提となる。

(2) 平成25年4月1日以降の対応

特定健診・保健指導についての受診者に対する結果通知及び保険者への結果報告におけるHbA1cの表記に関しては、日常臨床における対応状況も踏まえ、国際標準値(NGSP相当値)で行うことについて、今後関係者間で協議する。