

第1回 健診・保健指導の在り方に関する検討会 議事概要（未定稿）

【議題1 健診・保健指導の在り方に関する検討の進め方について】

佐藤構成員）（資料3の説明に対し）8月に成立した歯科口腔保健法の位置づけはどのようなのか。

事務局）歯科口腔保健法に基づいて定める基本方針等は健康増進法に定める基本方針や計画と調和を図ることとされているので、この中に含め健康増進法の中で調整を図ると承知しているが、基本方針等の策定作業は現在進められているため、その動向をにらみつつご議論いただきたい。

保坂構成員）高齢者医療確保法は、今後、大幅に変わるか、あるいは廃止されることはないという前提で議論するのか。

事務局）現行の法制度を前提として議論していただきたい。

野口構成員）この検討会と国民健康づくり運動プラン策定専門委員会、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会との関係について確認したい。

事務局）今月21日に開催される地域保健健康増進栄養部会で、検討会の設置について報告するとともに、今後の検討状況についても随時報告を行う予定である。次期プラン策定専門委員会は、部会の下に位置づけられていることから、連携を図りながら議論していくことになる。本検討会で、国民健康づくり運動プランの中に盛り込むべき内容について意見が出たら、専門委員会や部会に伝えていく。

【議題2 健診・保健指導の課題について】

保坂構成員）（資料8の説明に対し）「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」に関する報告は、一部の報告である。議論された内容の全てを出すべきであり、公正を欠くものである。

事務局）「標準的な健診・保健指導プログラム」に関連が深いところを保険局の判断で抽出して示した。議論の全体像は別にあるところをご指摘のとおり。

保坂構成員）特定健診の基本的な問題として、メタボリックシンドロームだけを標的とした健診を行っているかと理解しているが、その意味は何か。

事務局）特定健診・保健指導は、高齢者医療法に基づき実施されているが、現在、当該制度の見直しの検討が迫られていることから、この検討会でも国民の健診や健康についてどう考えるかという議論の一部として検討いただくものである。

本来であれば、健康増進法から検討していただくべきだが、当面の行政需要を考慮していただきたい。ご議論の結果については、健康増進法に基づく大臣告示等に反映してまいりたい。

津下構成員) 健診は全ての人に有用であるという考え方(資料6のP3、資料7のP33)だが、平成17年の生活習慣病健診・保健指導の在り方に関する検討会の中で保健指導、生活習慣介入で効果が出る範囲はどこか?という議論をした中で、メタボリックシンドロームに重点的に取り組むことになった。このような検討の結果、特定健診・保健指導が組み立てられたということである。

保坂構成員) 腹囲を第一基準にして健診を実施しているのは、日本特有のものなのか。

門脇構成員) 米国では、メタボリックシンドローム診断の5項目の一つとして腹囲を取り扱っている。日本、ヨーロッパでは腹囲を上位基準に置いていたが、ヨーロッパは一昨年からは米国同様に腹囲を必須項目とはせず、いくつかの診断項目のひとつに改めた。日本は腹囲を必須項目としている点で欧米とは異なる。日本肥満学会あるいはこのメタボリックシンドロームの基準をつくった8学会の大勢は、腹囲基準の導入は、日本の内臓脂肪研究の成果に基づくものであり、むしろ世界に先駆けての取り組みと評価している。

永井座長) 肥満度が上がれば、リスクの因子が増えるが上がるのは事実だが、同じリスクであれば、むしろ非肥満の方が心血管イベントが多いというデータもあるため、非肥満のハイリスク者についての議論が必要である。

保坂構成員) 健診としてメタボリックシンドロームしか着目していないのは偏っているのではないか。やせの問題も非常に重要であり、特に若年女性のやせが問題であることを認識すべきである。

山門構成員) この検討会は、現行制度に基づいた検討を大原則とすべきではないか。国民皆保険制度を維持するためには医療費の削減が必要であり、そのもっとも効果的なアプローチとして肥満を減少させることが最善という基本的発想であるから、特定健診・保健指導は積極的に推進すべきである。

非肥満者への介入は必要だが、特定保健指導で国費を投入してやるべきか、他の制度で実施すべきかについては別途に議論すべきである。

永井座長) 肥満を前提とするか、腹囲を欧米のようにいくつかの基準のうちの一つとすべきかは議論の対象だろう。

門脇構成員) イベントを起こすのは糖尿病、高血圧、脂質異常であり、腹囲が直接イベントを起こすものではない。しかしながら、糖尿病等がなぜ、一人の患者に重積するのか。また、その場合内臓脂肪に起因した肥満に伴うものか、遺伝・体質によるものかにより介入の仕方は異なる。特定健診・特定保健指導は内臓脂肪による肥満の解消を目指すものであり、この考えは堅持すべきである。それ以

外の対策は別途考えるべき。

竹村構成員) 老健法に基づく基本健康診査は、受診率が相模原市で42%であったが、特定健診は平成22年度のデータでは20%台で、40歳代になると10%を切っている状況である。受診率が落ちている実感がある。健診は受けてもらわないと意味がないので、魅力的なものにしていただきたい。にするためにメタボリックシンドロームばかり注目しては、偏りが出てくる。

永井座長) 非肥満者がなぜイベントを起こすのかまだ十分に解析できていないが、降圧薬の内服率が悪いというデータがある。肥満でないことにより安心しているのかもしれない。

島本構成員) 保健指導の一つの手段として、腹部肥満から介入するのは悪くないが、メタボリックシンドローム解消だけを目的とするのは行き過ぎ。健診項目も含め広く検討していただきたい。また、保健指導についても、肥満をベースとした介入に加えて、軽症の高血圧や、非肥満のリスク者に対する介入についても検討をしていくべき。

井伊構成員) 市町村保健師の業務量は、「標準プログラム」通りにやると膨大になる。どのように効果的・効率的に投入すべきか議論してもらいたい。資料8P12①②について、保険者検討会では「方向性について了承を得た」とあるが、これをもって決定ということになるのか、それともこの検討会で改めて検討されるのか。

事務局) 保険局の検討会は、保険者を中心にした構成員による検討会であり、そこでの議論を尊重しながら、標準プログラムを担当している健康局の本検討会で改めてご議論いただきたい。

大井田構成員) 公衆衛生学会としては、メタボリックシンドロームに着目した健診制度の導入について反対した。高血圧でやせている人の死亡率は高いことから、死亡率に関してこの制度の意味はあるのか。基本健康診査も捨てたものではないのではないか。こういった考えから、平成19年に当時の局長あてに学会から意見書を提出した。特定健診・特定保健指導は、やせている人の高血圧や医療費削減に本当に意味があるのか考える必要がある。

荒木田構成員) この制度の導入により保健指導が注目され、保健指導の効果は確実にあったと考える。メタボリックシンドロームに集約されたことの弊害はあったかもしれないが、肥満対策は大事である。ただ、もう少し広く生活習慣病をとらえて、たとえば、ロコモティブシンドロームや女性の尿漏れ対策等の課題に対応できないか。また、健康関係の指標は30代からデータに変化があるため、30歳代からの健診・保健指導についても考えるべきである。

また、大規模な事業所は実施体制が整っているが、中小企業では特定保健指導はあまり実施されていない。海外の文献では、肥満やメタボリックシンドロ

ームとうつとの関係が示唆されており、生活習慣病を切り口にしてメンタルヘルスに切り込むことも重要ではないか。保健指導をする側が広く視野を持つべきである。

鳥羽構成員) 本来は年齢によって健診項目も異なるべき。75歳以上の方がこれだけ増えている以上、75歳以上の方に健診をすべきかの議論も必要である。また、生活習慣病が臓器障害だけではなく、認知症についても悪化の因子となっており、歯周病、眼科疾患、うつ等のQOLを阻害するものについて広く議論した上で、費用対効果をみながら現行の特定健診・保健指導の項目でよいのか議論してほしい。

野口構成員) 現制度導入のねらいは、壮年期死亡を減らすことと、若い世代の中で予防可能な障害を減らすことだった。限られたキャパシティの中でのマンパワー投入の効率性の観点から、生活習慣が改善しやすく、目標を立てやすいメタボリックシンドロームに着目したと認識。対象者も目標を立てやすいと実感している。

老人保健法時代の基本健康診査は、疾病の早期発見・早期治療で一定の成果はあったが、現制度では、受診率向上の対策をとることにより、潜在的な重症者を拾えていることが自治体にとって成果だった。

それぞれの医療保険者で老人保健法の当時の所期の目的達成ができていないところは、引き続き取り組む必要がある。老人保健法の基本健診を評価されるご意見は健診項目についてであろうと思うがそれについては一定理解できる。

資料7の2ページにある、「結果の出せる保健指導」はどこなのかと考えた時に、肥満を切り口にするのが非常に効果的であるし、保健指導のアウトカム評価は効率性を求める良いやり方だ。

津下構成員) まずは予防しやすい男性の壮年期の死亡を減らすというアプローチで導入されたものであるため、これを高齢者や女性にそのままあてはめてよいのかについては細かく見ていく必要がある。その際、健康日本21の最終評価で出てきた性や年代別の健康課題の分析結果等を踏まえ、何が課題で何を減らしたいのかを明確にして議論すべき。

永井座長) どこを重点とするかを検討するのであれば、データが必要である。

林構成員) 女性の腹囲測定方法は骨盤の大きさを測っているのか腹囲を測っているのかあいまいである。それを検証した研究はあるのかどうか。

健診受診率を上げることは重要であり、そのためには何をしたらよいか。がん検診と一緒にしたらどうかという意見もある。

「保健指導で体重が減少した」というデータが出ているが、研究者はポジティブデータに着目する傾向にあることや、健康意識が高い人が受診しているのではないかという点に留意が必要。

健診・保健指導だけで生活習慣を変えられるのか。国連総会では生活習慣病が重要課題としてあげられている。なぜWHOでないのかというと、健康分野

だけの問題ではなく交通産業等いろんなセクターが関わることで効果が出るから。そこでポピュレーションアプローチの問題もあるからである。保健師が綿密に保健指導に取り組むのが効果的なのか、ポピュレーションアプローチに力を注ぐのが効果的か、両者のバランスについて考える必要がある。

永井座長) それを考える上でのデータは入手は可能か。

林構成員) ヨーロッパでは、ヘルス・インパクト・アセスメントと称して、ヘルスセクターが旗を振りながら産業ごとにその活動が生活習慣病にどれだけ影響を与えているのかについて CSR として取り組ませており、文献も多数ある。日本にはそういう視点がないからデータはない。

永井座長) 本検討会は、メタボリックシンドロームを学術的に検証するのではなく、限られたリソースの中でどう問題を解決すべきかという議論を行う場であるという点について共通認識をもっていただきたい。

迫構成員) 国民の間にメタボリックシンドロームが流布し、認知度が高まったことは特定健診・保健指導の成果。初回面接に入る前に行動変容を行っている人が増えており、健康意識が高まっていることの効果が出ている。今後は未治療者への支援をどうするかが特に重症化予防という意味から重要な検討の視点ではないか。服薬者、やせへの支援も課題である。特に若い女性のやせの問題は、基本的な生活習慣がしっかりしていない可能性が非常に高く、次世代への影響もあることから、母子保健対策以前に健診の一項目、保健指導の項目として位置づけしていく必要があるのではないか。

山門構成員) 今まで挙げられた課題は保険局の検討会での検討が進んでいるところであるので、その検討結果をこの検討会に持ち挙げて再度検討してはどうか。むしろ、特定健診の項目がこれで良いのかがこの検討会の重要な検討事項ではないか。

三浦構成員) 健診項目をどうするかという問題はライフステージに関わることで大きな問題。30代の方は切り捨てられているような感覚を持っていると聞く。また、子どもの頃の低栄養は、中年になってメタボリックシンドロームになりやすいという研究知見等の積み上げがあるので、顕在化する年代の前からアプローチが必要である。データに基づいてどこまで言えるかは悩ましいが、特定健診はすべての国民が健康になるための制度として改良できればと考えている。

永井座長) 研究データを持っておられる方からのお話も重要であるが、必要に応じて関係者からヒアリング等を行うべきではないか。

事務局) 今後の進め方については、事務局で検討を行い、座長と相談させていただきたい。

竹村構成員) 魅力ある健診にしてほしい。かつてがん検診の受診率は基本健診の受診率を目標にしていたが、今は特定健診の受診率ががん検診を下回っている。他の検

診受診率向上のためにも、受診率向上に向けた検討をしてほしい。

井伊構成員) 保険局の検討会で検討したから保健指導の検討は終わったということではないと思っている。標準的な健診・保健指導プログラムにおいては、ポピュレーションアプローチをどうするかも重要とされている。現場の個々の支援プロセスを見ると、健康増進法の中の健康教育や健康相談で取り組まなければならない状況もあるので、保健指導について、幅広く議論してほしい。

鳥羽構成員) 健診項目を増やせば多くの生活習慣病をカバーできるが、ハイリスク者に対する対応が困難になってくる。メタボリックシンドロームに触発されて、歯周病、ロコモの概念やポピュレーションアプローチのコンテンツが明確になってきている。新たに取り入れるとしても、問診票の項目を増やし、ポピュレーションアプローチかハイリスクアプローチかの選択を考えることになるが、ハイリスク者への対応が十分に対応できないのであれば、いたずらに健診項目を増やすことは無駄である。

保坂構成員) 保健指導をシステムティックに行うようになったこと、メタボリックシンドロームの概念の浸透、保険者が取り組むこととなったことは、現制度の良かった面である。これを残しつつ、この制度を補うために、全部保険者にやらせるのではなく、これから国としてどのようにしていくかが必要ではないか。がんも生活習慣病の一環として取り組むための体制づくり等について、お考えをお話いただきたい。

事務局) 非感染症疾患は国際的にも重要になってきている。平成24年度から、がん・健康対策課(仮称)として組織再編を行い、施策に反映させたいと考えている。

野口構成員) 健診中断者の中で重症例が非常に多く出ているのが課題である。健診受診率だけを評価するのではなく、健診リピーター率や中断率も評価されるなど、このような対象に、少しでも関心が持てるような仕組みを入れたい。各保険者が今後、何をもって事業評価したらいいのかを示してあげる必要がある。例えば、保健指導による改善率はどこをみるのか等を示してあげる必要もある。事業を展開するのにマンパワーも必要なので、ある程度介入プライオリティつけて、道筋を立ててあげる必要がある。

大井田構成員) 特定健診・保健指導はメタボリックシンドロームの浸透には効果があり、一次予防としての効果はあったが、その役割は終わったのではないか。ゼロベースで考えるべきだが、ドラスティックなことはできないと思うので、少しずつ変えていくためにどうするかを検討すべきだ。

以上