

第 2 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 特定健診・保健指導における腹囲基準の在り方について】

永井座長）（野田参考人の説明に対し）指標として、BMI より腹囲がすぐれているという根拠はあるのか。

野田参考人）統計上有意かどうかは分からないが、腹囲が最も曲線下面積が多いという例は多数あると思われる。また、身長を考慮した指標と比較しても、腹囲そのものの方がよく分別できる。

永井座長）参考 1（JHPC 研究における長野県佐久の一部での検討）に有意差はあるか。

野田参考人）この資料では有意差はないが、一般的にいろんなデータを集めてメタ解析すると有意差は出るとと思われる。

島本構成員）女性は男性よりも高血圧、高脂血症、糖尿病の発症は少ない。リスクの数に着目するのが絶対危険度を重視する考え方で、相対的な危険度を見るのが ROC 曲線の考えであり、どちらの考え方をとるのか整理すべきと考える。

野田参考人）御指摘のとおり、ROC 曲線は相対危険度、リスク一つ分というのは絶対危険度の考え方。

門脇構成員）今の点は最も大切なところ。データの的には論争の余地はなく、絶対リスクで見ると、男性 85 cm、女性 90 cm となり、ROC 曲線で相対リスクを求めると、例えば内臓脂肪のない人のリスクの約 3 倍になるところをみると、男性 85 cm、女性 80 cm になる。腹囲基準は、絶対リスクによれば女性は 90 cm だが、医療資源に余裕があれば、80 cm で介入することも考えられる。

永井座長）腹囲を第一基準にするかどうかについてどう考えるか。

門脇構成員）日本内科学会、日本肥満学会等の 8 学会は、腹囲を必須項目にすることについて意見は一致しており、暫定国際基準が出ても改訂を提案しているわけではない。暫定国際基準が決められた会議では、日本を含むアジア諸国の大部分が反対する中、米国、欧州の団体を中心に基準が決定された経緯があり、この基準に日本やアジアが縛られる必要はない。

また、暫定基準でも、5 項目の中で、スクリーニングの手段として腹囲は重要な位置づけとされている。

米国、欧州では、特定保健指導のような仕組みがなく生活習慣の介入への取り組みは遅れている。日本には特定健診があり、メタボ対策先進国であるので、国際暫定基準に縛られる必要はない。

永井座長）日本内科学会のスタンスは、すぐに基準を変えるのは問題だから、データを見て今後さらに検討しようというものであり、現在の基準に固執しないという

スタンスだ。

津下構成員) 動脈硬化のリスクと生活習慣への介入のどちらを重視するかどうか。この制度は、生活習慣への介入で改善が見込まれる対象に保健指導を行うという考え。非肥満で血糖が高い方に対して、肥満者と同じような保健指導を行うと、行き過ぎた介入になる危険性があり、生活習慣の問題でデータに異常が出た方をきちんと選別して介入することが重要だ。

米国のDPPの研究、IGT(糖尿病予備群に生活習慣の改善指導をする研究)では、ほとんどが肥満者である集団を対象としている。日本のJDPPの場合は、IGTを基準に対象を設定したが、非肥満者も対象に入ってくる状況で、保健指導による生活習慣改善の効果は肥満者ほどは出てこないという結果である。

保健指導は効果の見込まれる対象を選別して行い、治療が必要な人には治療という選択肢を提示するという考え方の整理が必要。メタボの原因に着目した現在の枠組みは、保健指導等の現場では使いやすい考え方だ。

保坂構成員) メタボリックシンドロームという学問的に狭い範囲ではなく、国民の健康を向上させるために保健指導を行うという広い視点に立った場合、共同暫定声明の、腹囲を必須項目でなく、診断基準の一つとして扱う考え方が適切ではないか。薬物治療中の者も含まれており、一般の臨床医の考えに近い。

門脇構成員) 原因によって介入方法を変えるべきであるが、暫定国際基準だと、病態概念ではなくてリスクの集積で判断するため、個々のリスクに対する薬物治療に偏重してしまう。リスクの組み合わせのみで診断した場合、一般診療で内臓脂肪減少に向けた生活習慣への介入が重視されずにすぐに薬が使われるようになるという危惧がある。

永井座長) 本当に内臓脂肪がメタボリックシンドロームの原因といえるのか、または随伴現象なのかは、人間の場合まだはっきりしていないのではないか。

門脇構成員) 内臓脂肪を減らすことにより、リスクファクターが改善するという介入研究はたくさんある。

永井座長) 肥満の減少と内臓脂肪の減少との因果関係はどこまで言えるのか。

門脇構成員) 3~5kgまでの体重減少では、メインは内臓脂肪の減少であるということがわかっており、因果関係について学術的にも広く合意されている。

保坂構成員) 高血圧が非常に問題であることは皆が思うことだが、内臓脂肪が増えれば高血圧になるといえるのか。

島本構成員) 私たちが行なった疫学研究から、全体で見れば、内臓肥満が増えれば高血圧、糖尿病が増えていくことは間違いない事実だ。

津下構成員) 特定健診のデータ分析から、男性では、どの年代も内臓脂肪が増えると血圧

や脂質の有所見率が高まるのは間違いなく、女性でも50代までは内臓脂肪と有所見者の相関がきれいに出ている。ただし、60代後半からは女性はやせていても加齢の影響からか有所見者が増えている。

永井座長) 年齢によって重大なイベントの起こる背景が違うということ。

竹村構成員) やせていても減塩指導等の保健指導は重要である。今は肥満に偏った話になっているが、私の病院のある市では、保健指導の実施率は50%を達成したため、来年度は肥満以外の方へ保健指導にも取り組む考えであり、非肥満への取組は意味がないと言われると困る。

【議題2 特定保健指導の対象とならない者への対応について】

永井座長) (磯参考人の説明を受けて) 野田参考人はリスク因子の数や糖尿病の発症に着目、磯参考人は循環器疾患に着目しての発表であり、肥満、非肥満を論じる視点が違うことを踏まえて議論していただきたい。

鳥羽構成員) 65～74歳の層の解析が明示されていないが、どのような結果になっているのか。

磯参考人) 資料P18-21の40-64歳、40-74歳を引き算してもらえば分かるかが、同じような傾向になると思われる。

吉池構成員) 非肥満者へは資源の許す限り対応すべきということには異論がないのではないかと。特に、喫煙対策は国全体で取り組むべきであり、健診とリンクして国民に訴えかけていくことが大事である。

日本では欧米より肥満者が少ないことが重要であり、そうした背景の下で内臓脂肪という質的なことを考慮したリスクマネジメントが特定健診・保健指導で国民の中に定着してきたことを重視すべき。

喫煙者や非肥満者でリスクのある方への対応については、現場では時間の制約の中、苦勞して実施しているので、しっかり取り組めるよう国として制度的にバックアップすることが必要ではないか。

島本構成員) 高血圧や喫煙が非肥満者でも心血管疾患の大きなリスクであることは間違いない。制度導入時の検討会でも、非肥満者であってもリスクのある対象者には、動機づけ支援や積極的支援を実施する考えが案で示されていたが、恐らく財政上の理由で断念された経緯があり、対応が必要との認識は当初からあった。

ただし、肥満への介入が大事である点は異論がないところであり、制度開始からようやく3年目の結果が出て来ているところでもあるから、今のメタボの基準をベースにしてこのまま続けていくべきことはしっかりと確認すべき。その上で、喫煙、高血圧等にコストを考慮してどこまで介入できるか、健診項目もどこまで増やしていけるのかについて、ゼロからでなく、現在の制度の考え方をベースにして、受診率の向上や他のリスクの考慮という観点で検討すべき。

永井座長) 非肥満者の一番のリスクは血圧と考えてよいか。

磯参考人) 疫学研究を総括すると、日本人では高血圧と喫煙である。

門脇構成員) 紹介のあった門脇班の研究は日本の代表的コーホートを含むオールジャパンの研究で、初診時に腹囲を計測し、男女3万人を対象として5～20年間の心血管疾患をフォローした重要なもの。そのデータの中でメタボでなくても高血圧、喫煙があればリスクがあることが明確になっている。これまでのメタボ健診の意義を否定するものではなく、メタボ健診に加えて非肥満者への対応の必要性を明確に示したものといえる。

非肥満者の対応は、メタボよりも薬物治療の意義が高く、より低い値から受診勧奨し、保健指導と医療と連携していくべき。現在は、受診勧奨者が受診してどうなったかのデータはほとんどなく、かなり受診率が低いというデータもあるため、対応が必要。

また、非肥満者は薬物治療の必要性が高いため、受診勧奨値を今より低く設定すべきではないか。

保坂構成員) メタボ健診が国民に定着してきたという意見にはやや疑問がある。受診率が上がっていないということは、定着していないとも言えるのではないか。健診を国民にもっと浸透させるための改善を考えるべきである。制度をゼロに戻すのではなく、限られた資源を有効に使って良い効果を出す、国民にとって魅力のあるものとするという視点で考えるべき。

腹囲を測ることはかまわないが、腹囲を第一基準にすることは国民にとって魅力あることなのか疑問であり、いくつかの要素のうちの一つで良いのではないか。

竹村構成員) 国の打ち出し方は、医療や行政の現場への影響が大きい。メタボ中心の対策になって、7割の対象者が見捨てられたイメージであり、非肥満も制度の表側に持ってきてもらいたい。

永井座長) 今までの蓄積は無駄にせず、ゼロにするのではなくて、データをきちんと取れるようにしておくことが重要である。

健診にコストをかければそれなりの効果は出せるが、コストの現実性も考慮すべきである。

津下構成員) すぐに検査や投薬ができない、保健指導という枠組みの中でどう対応すべきか整理する必要がある。非肥満の保健指導の重要性は明らかだが、病態を捉えた個別の対応が必要であり、保険診療の中では対応可能であっても、「標準的な保健指導プログラム」の中に組み込む難しさについて、制度導入時も議論になった。

受診勧奨値でありながら未受診である者は、医療保険者であればレセプトで把握が可能なので、単年度でなく3年間の健診・受療状況を確認し、しっかりと受診勧奨する仕組みを丁寧に書き込んでよいのではないか。

宮崎構成員) 現場の保健師の声を踏まえると、被保険者集団も多様であり、例えば市町村で高齢化率が高いところは、壮年期男性の重症化予防、死亡率の改善を目指すというメタボ健診の目的はなじまない。非肥満の高血圧者のウエイトが大きいですが、その保健指導に取り組んでも制度上評価されない。頑張っていることが外から見えにくい、非肥満者対策や受診勧奨への対応も、制度としてすくい上げるべき。

野口構成員) 喫煙対策は、健康増進法に基づく健康日本21で取り組みが位置づけられ、自治体の一般衛生部門で推進体制が取られている。喫煙対策や非肥満者の問題を医療保険者の義務としてやるのか、一般衛生部門でやるのか整理が必要。肥満者のリスク集積者と非肥満者のリスク集積者とどちらが多いかは地域により異なっており、どこまでを特定健診・保健指導の対象として捉えるかという視点が重要。

松岡構成員) 現場で指導している管理栄養士の立場から発言すると、肥満、非肥満に関わらずリスク保有者への受診の重要性を啓発するポピュレーションアプローチの考えに賛同する。地域の非肥満者、肥満者のリスク保有者に対し、ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチの双方で取り組んでいるが、メタボの概念から離れて、体重だけにこだわらず、血圧、血糖、脂質の改善を目標に生活習慣の改善に取り組んでいる市町村が多いことを実感している。ただし、保健指導ばかりに注目され、ポピュレーションアプローチに対する評価がなされていない。このような取り組みが評価されるようにしてもらいたい。

荒木田構成員) 特定保健指導の対象者は、今の基準では女性の該当者が少なく、女性が保健指導を受ける機会を限られたものにしていないのは問題ではないか。非肥満のハイリスク者の問題を考えると、階層化の何らかの見直しも必要ではないか。

50%に満たない低い受診率ではカバーできる人は限られており、今の制度を踏襲しつつ魅力ある健診にして受診者を増やすべき。

【議題4終了後の意見】

大井田構成員) 保険者の負担、コストとベネフィットのバランスを考慮すべき。また、所得の格差が広がる中で、健康への意識の低い、所得の低い方々へのアプローチを市町村で重点的に行う必要があるのではないか。

林構成員) 喫煙の扱い方をどうするか。喫煙者でも他のリスクがなければ特定保健指導の対象者にはならない。喫煙、高血圧のリスクがメタボより大きいのであれば、特定保健指導をメタボに特化していいのか。死亡率低下、あるいは医療費削減を特定健診・保健指導のアウトカムとするのであれば、喫煙の扱い方を見直してもよいのではないか。