

公衆衛生・がん対策委員会答申  
(抜 粋)

平成24年2月

日 本 医 師 会  
公衆衛生・がん対策委員会

## 1. 特定健診

これまでの老人保健法を基に市町村によって行われてきた基本健康診査（基本健診）が廃止され、平成 20 年度から導入された「特定健診」及び「特定保健指導」は、それまで構築されてきた保健事業の現場を根底から変更させ、開始から既に 4 年目となる今日も、その実施率は全国の関係者の努力にも関わらず全体的に低迷している。

今期委員会に課せられた諮問の「受診率向上」を語るうえでも、本健診のそもそもの出発点からの見直しが必要との観点から検討を行った。以下、その基本的な問題点を列記する。

### （１）問題点

#### 1) 法制度的問題点—「医療費適正化の推進」のための健診

本健診の提起された時期は、小泉元首相のもとに平成 18 年度の「医療制度改革」で一連の諸法令改定が行われたときであり、この特定健診等と高齢者医療の制度を柱とする「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下「高確法」とする）である。

その「高確法」の条文では、

第一章 総則（第一条—第七条）

第二章 医療費適正化の推進

第一節 医療費適正化計画等（第八条—第十七条）

第二節 特定健康診査等基本指針等（第十八条—第三十一条）

第三章 前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整

（第三十二条—第四十六条）

第四章 後期高齢者医療制度（以下略）

と、この健診は「医療費適正化の推進」のために位置づけられ、さらに「老人保健法」下の「基本健康診査」はなくなり、地方自治体の保健事業とは切り離され、各医療保険者に義務づけられた。しかも、その実施率の成否により、「後期高齢者支援金（以下、支援金）」の加算・減算が行われる、いわゆる「ペナルティ制度」が導入された。

## 2) 健診方法の問題点—対象・基準の設定の偏り、一次・二次予防の混同と混乱

「高確法」施行令で、特定健診の対象は「高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病であって、内臓脂肪の蓄積に起因するもの」とされ、健診項目も限定されたうえ、その内臓脂肪蓄積の簡易評価法としての腹囲を日本独自の指標で第一基準とするものとした。

しかも、そのように対象を特定した「一次予防」対策としながら、従来の「二次予防」としての健診と同じような形式で、基準値を臨床での正常範囲とは乖離した設定を行っている。

当初は、これらを国民皆保険制度維持に国民の主体的な関わりと保険者の責任の一貫性を促すものとの一部評価もあったが、その後の実際の展開では、これら制度設計に起因する問題点が噴出する結果となっている。

特にその第一基準とされた腹囲については、その後の国際的動向を見ても、また国内の「吹田研究」<sup>1)</sup>等からしても「循環器病の独立した危険因子」であることが否定されてきており、少なくとも腹囲を第一基準とするような健診は諸外国には見当たらない。

日本公衆衛生学会はすでに平成 22 年 10 月に、「特定健診・特定保健指導の今後の改定に対する意見」を厚生労働大臣宛に提起し、「腹囲が基準以下で高血圧、糖尿病、脂質異常などの循環器疾患の危険因子が重複する者がメタボリックシンドローム該当者よりも多数認められます。」として、その見直しを求めている。

## 3) 厚生労働省の検討会で指摘された問題点—保険者による現行制度枠内での検討の限界

厚生労働省（以下、厚労省）にあっても、従来の「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」を、平成 23 年 4 月より「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」に切り替え、実施 5 年目以降平成 25 年度からの「見直し」に向けた「より幅広い検討」を重ねている。

しかし同検討会は、その設定・構成からして保険者による健診制度を前提とした枠組みでの議論となっており、その内容も第 1 回の「地域・

職域における生活習慣病予防活動・疾病管理による医療費適正化効果に関する研究について」等に見られるように、受診促進の制度的な手当て（被扶養者の受診促進、市町村への委託、がん検診との連携）、円滑な実施についての実務的課題（事業主健診のデータ取得他システム連携）、実施を促進する方策（支援金の加算・減算、補助金単価について）等が主体である。

特に第3回に提示された特定健診の保険者別実施率の分布図は、職域健診と重なる大手健保組合の被保険者と一部の小規模市町村国保のみが高く、被扶養者や一般国保組合は低迷しており、協会けんぽ等に至ってはばらつきが大きすぎて評価もできない実態を示している<sup>2)</sup>。

また、腹囲等の疫学的エビデンスについても、その見直しを必要とする学術的指摘・資料提起も行われたが、引き続く議論に反映されておらず、日医側委員から指摘・抗議を行った。

#### 4) エビデンス・精度管理あつての受診率

多くの研究者が指摘するように、健（検）診の評価には「エビデンス」・「精度管理」・「受診率」を一体のものとして捉える必要がある。

今回の特定健診は明確なエビデンスもなく拙速に開始され、第一基準とした腹囲基準も当時の関係学会提案をそのまま制度化し、自己申告まで可としており、精度管理以前の問題である。

また、HbA1cについても、一部地域での調査報告によると、各臨床検査部門の検査結果のばらつきが許容範囲を超えるものとなっていることが示されており、国際基準との整合性等の議論以前に各健診項目の標準化、精度管理そのものも問われている。

## （2）問題解決のための方策

### 1) 法制度的見直し

「40歳～74歳の方全員を対象とする大規模な一次予防としての先駆的な取組」（厚労省）として、「壮大な実験」とも評された「特定健診」を強引に「二次予防」の現場に押しつけ、二次予防としての基本健診を廃止するだけでなく、がん検診等との総合実施にまで阻害要因となったことによって、むしろ医療費の上昇要因ともなったと考えられる。

前節に述べた各種問題の前提となる「高確法」の一方の柱である「後期高齢者医療制度」自体も政権交代後の政府が見直しの方針を示しているなか、この特定健診等の制度も含めた「高確法」全体を見直すべきである。

## 2) 行政責任の明確化

本来は二次予防以降の保険医療を支えるべき保険者に一次予防を義務づけさせ、それもペナルティ付きの特定健診等制度は前節に述べたとおり、保険者の規模・財政力・組織力等によりその実施状況に極端なばらつきを見せている。

最も憂慮すべきはこれまで地域で受診ができた住民基本健診が分断され、保険者ごとに自己負担金や受診先指定機関も変更されることにより、とりわけ、「被扶養者」の受診率の低迷を招いていることである。

さらに、高い実施率と称される健保組合の健診も、本来の職域健診の読み替え・データの転用に過ぎず、その余力で行った保健指導が成果とされているが、産業保健による健康教育・指導と現場では重複しているのが実態である。

「健康で文化的な生活」を保障すべき憲法下の国・行政の責任を保険者任せにするのではなく、地域の誰もが平等に安心して受けられる健診を保障することが、とりわけ東日本大震災・原発事故を経た今日の方向である。

## 3) エビデンスと精度管理による健診項目設定と指導手法の充実

従来は臨床検査基準値、性差や年齢差等を考慮しない判定値の設定は当初より非難され、現場に混乱をもたらしてきた。とりわけ、国際的な統一基準の設定が困難である腹囲をメタボリックシンドローム判定の第一基準に据えたあり方は、健診概念そのものを否定するだけでなく、むしろ、その該当者に健診受診の意義を失わせ、忌避する根拠も与えたものと思われる。

「特定」として絞られてしまった健診としての機能を補うため、特に市町村国保と医師会との契約の過半数で尿酸やクレアチニン等の「上乘せ健診」が実施されており、それを無料で受けられるような地区ほど受

診率が高いことが日医総研の調査でも明らかにされている。その他貧血・心電図が限定されていることを含め、健診項目の見直しを求める医師会は当初で7～8割超であったことも当然である。(文末参考資料)

各健診項目としてのエビデンスを今一度確認しつつ、それが全国的に均質な精度と標準化を保てる方法を提示し、地域はもとより全国的に比較検討もできる設定としていかなければならない。

また、今回導入された主眼たる「保健指導」や行動変容へのアプローチは、その主体的取り組みを援助する限りにおいては一定の評価も得られる可能性があるものの、最も大きな健康阻害要因である禁煙指導等がしっかり位置づけられず、その「保健指導」受入自体が「健診」受診率以上に低調な原因を踏まえ、手法そのものの再検討も必要である。

#### 4) 魅力ある健診

現在進行中の厚労省の「保険者による健診・保健指導に関する検討会」では、関係団体等から手直し案提案に加え、「インセンティブのあり方について」や「後期高齢者支援金の加算・減算制度について」と議論が進んでいる。

しかし、健診とは本来何のためにあるかを再検討することなく、保険者に押しつけた制度の維持と見かけ上の受診率向上のために、保険者の利害調整に終わるとすれば論外というべきで、構造的にも組織的にも違った性格の保険者を均一の議論の俎上に載せること自体に無理がある。

そのうえで、「社会保障と税の一体改革」が叫ばれるなか、国民皆保険制度を維持するためには、保険者と国・行政と国民がそれぞれ何をしなければならないかという議論をすべきである。その中で、国民にとっても魅力ある健診が提示されれば、自ずと受診率も向上し、メタボリックシンドロームに限らない健康づくりへの取り組みがもっと前向きに捉えられるのではないか。具体的項目等はその方向性のなかでこそ設定されるべきである。