

特定健康診査・特定保健指導の問題点と今後の対応

山門 實

三井記念病院総合健診センター

(平成 21 年 3 月 16 日受付)

要旨：平成 20 年 4 月より、高齢者の医療の確保に関する法律の施行に伴い、特定健康診査・特定保健指導が医療保険者に義務付けられて実施されているが、その問題点と対応について検討した。まず、内臓脂肪量の代替指標としての腹囲であるが、その測定間変動は大きく、特定保健指導 6 カ月後の評価での腹囲は自己申告ではその信頼性が問題となることから、その評価は健診機関での測定が望ましい。保健指導の実施責任者は医師、保健師、管理栄養士と定められているが実地での保健指導担当者の不足があり、この対策としての生活習慣の改善指導に関する専門的な知識及び技術を有すると認められる者の育成、研修が必要である。この認定対象者は看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、助産婦、準看護師、歯科衛生士である。また、特定健康診査では健診判定値として保健指導判定値と受診勧奨判定値が定められているが、ことに受診勧奨判定値を超えた者については、要医療として直ちに薬物療法が開始されると医療費の新規発生という問題が発生する。この対応としては、受診勧奨判定値を超えた者に対しては、まずは保健指導としての生活習慣改善指導を優先すべきである。さらに特定健康診査・特定保健指導のデータの医療保険者および代行機関への報告、また、その請求・支払事務作業は電子媒体によることから、これらの電子情報処理システムの構築が不可欠となる。特定健康診査・特定保健指導にはこれらの問題点があるが、その成果をあげるべくそれぞれの関係者は最善の努力をすべきである。

(日職災医誌, 57: 240—245, 2009)

—キーワード—

特定健康診査, 特定保健指導, 腹囲, 健診判定値, 電子情報システム

はじめに

2008 年 4 月より、高齢者の医療の確保に関する法律の施行に伴い、国の定めた「標準的な健診・保健指導プログラム」(確定版)(以下、「プログラム」)に基づいた¹⁾、新たな健診が特定健康診査・特定保健指導として医療保険者に義務付けられて実施されている。この特定健康診査・特定保健指導は「医療制度改革大綱」(2005 年 12 月 1 日、政府与党医療改革協議会)を踏まえた、生活習慣病予防の徹底を図るものであり、その政策目標は、2015 年度には 2008 年度と比較して、糖尿病等有病者および予備軍を 25% 減少させるとしており、中長期的な医療費の伸びの適正化を図るものである。すなわち、特定健康診査・特定保健指導は内臓脂肪症候群、メタボリックシンドロームの概念を導入したものであり、メタボリックシンドローム健診ともいえる新健診システムである²⁾。しかしながら、その実施に際してはまだまだ多くの問題点があり、その対策が急がれていることから、本稿では、その

問題点と今後の対応について、日本人間ドック学会の対応を中心に概説する³⁾。

健診項目

特定健康診査は特定保健指導の対象者を見つけ出すためのものであり、肥満の診断としては腹囲、あるいは内臓脂肪面積 (VFA) が測定される。腹囲は VFA の代替指標であり、VFA が 100cm²に相当する腹囲が男性で 85 cm、女性で 90cm とされているが⁴⁾、その値については議論のあるところである。著者らの検討では、図 1, 2 に示すように VFA が 100cm²以上か否かを判定する腹囲は男女ともに 80cm であった⁴⁾。腹囲の測定の重要性についてはすでに明確であるが⁵⁾、腹囲の判定値については今後検討が必要である。

健診項目ではクレアチニンが基本健康診査項目から削除され、慢性腎臓病 (CKD) の指標としては尿蛋白を測定することとなった。CKD は心疾患の予知因子であることから⁶⁾、健診を生活習慣病の発症予防と位置付ける際に

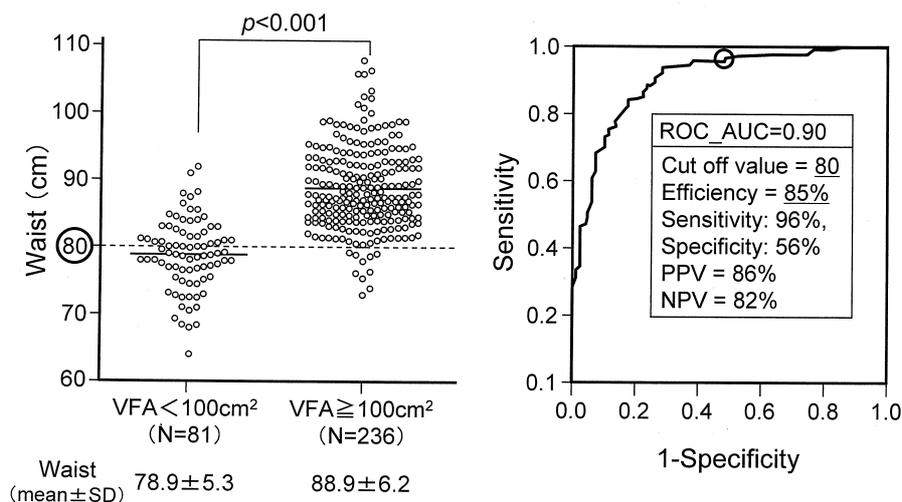


図1 内臓脂肪面積 (VFA) 100cm² 以上か否かを判定するウエスト周囲径 (Waist) : 男性

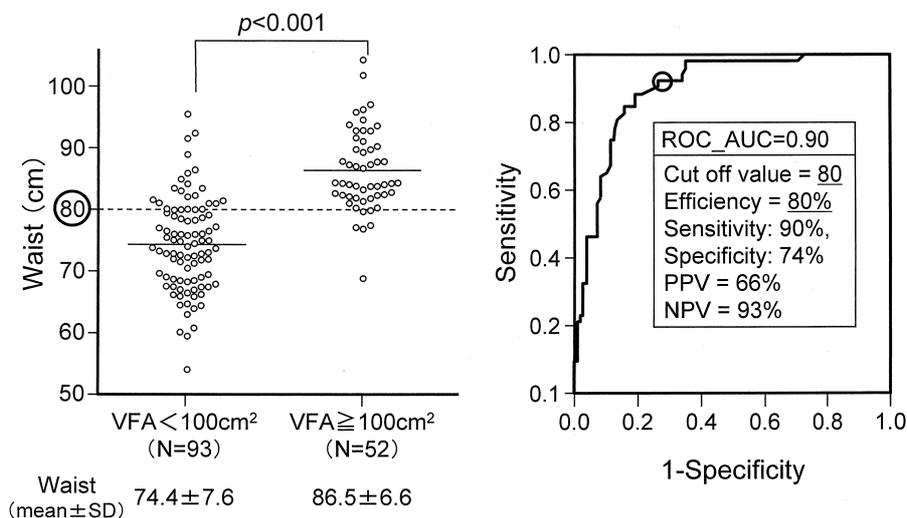


図2 内臓脂肪面積 (VFA) 100cm² 以上か否かを判定するウエスト周囲径 (Waist) : 女性

は、CKDの早期診断は重要項目となる⁷⁾。事実、健診で血清クレアチニン値からの推算糸球体濾過量 (e-GFR) からCKDと診断される受診者は男性で11%、女性で6%であるが(図3)、蛋白尿陽性者は、それぞれ1%、0.3%にとどまり、尿蛋白の測定からはCKDの早期診断は困難であり、CKDの早期診断の観点からはe-GFRの算定のためのクレアチニンを基本健康診査項目に追加すべきと考える。この健診項目の見直しについては「プログラム」にも明記してあることから¹⁾、クレアチニンを含めた実施すべき健診項目についての知見を集積し、必要に応じて見直しを行う必要がある。

保健指導実施者の確保

表1に、特定保健指導を実施できる者とその範囲を示した。保健指導事業の統括者は医師、保健師、管理栄養

士であるが、積極的支援における3カ月以上の継続的な支援については、食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者も支援を行うことができることとなっている⁸⁾。この食生活に関する専門的知識及び技術を有する者とは、2008年厚生労働省告示10号(2008年1月17日)に定められた研修の受講者であることと定められている。表2に厚生労働省の定める研修プログラムを示した。各医療団体はこのプログラムに準じた研修会を実施し、これらの資格保有者の養成に努める必要がある。なお、保健指導事業の実施者である医師、保健師、管理栄養士については国、地方公共団体、医療保険者、日本医師会、日本看護協会、日本栄養士会等が実施する一定の研修を終了していることが望ましいとされている¹⁾。

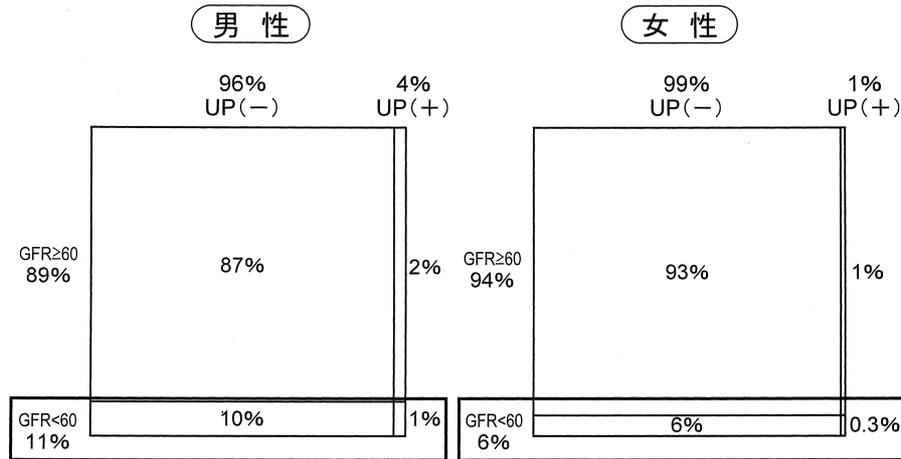


図3 慢性腎臓病 (糸球体濾過量 GFR < 60) の有無と尿蛋白所見

表1 特定保健指導を実施できる者とその範囲

| | 保健指導事業の統括者 | 動機付け支援 | 積極的支援 |
|-------------------------------------|------------|----------------|--------------|
| | | 初回面接, 計画作成, 評価 | 3カ月以上の継続的な支援 |
| 医師 | ◎常勤 | ◎ | ◎ |
| 保健師 | ◎常勤 | ◎ | ◎ |
| 管理栄養士 | ◎常勤 | ◎ | ◎ |
| 看護師 (一定の保健指導の実務経験のある者) ※平成24年度まで | | ◎ | ◎ |
| 専門的知識及び技術を有する者 | | | ◎ |

健診データ等の電子化

特定健康診査・特定保健指導において、医療保険者には、被保険者の健診を実施するさまざまな健診機関や、被扶養者の健診を実施する他の医療保険者、さらには労働安全衛生法に基づく健診を実施する事業者などから、健診データが送付されてくることとなり、複数の経路で複雑に情報のやりとりが行われる。このことから、データの互換性を確保し、継続的に多くのデータを蓄積していくためには、健診データ等の電子化が不可欠であるが、この電子化については「プログラム」において、国が電子的な標準様式を設定することが望ましいとしている。また、この電子的標準様式は、将来的に健診項目の変更、追加、削除、順番の変更等があっても対応が容易となるよう定めることが必要であること、また、人間ドック等他の健診のデータも、この電子的標準様式に収集できるようにするとされている¹⁾。しかしながら実際にはその対応がまだまだ不十分である。図4に日本病院会、人間ドック学会の所属する1,628施設へのアンケート調査の結果を示したが、この不可欠事項である健診データのXML形式によるデータ処理が重要課題であることが明

確となっている⁹⁾。この対応としては、厚生労働省保健局を中心に、特定健診等の実施を通じて制度や事務ルールについての改めての周知徹底が重要であるという、保険者や実施機関の中央団体等の関係者による認識のもとに、厚生労働省保健局総務課、医療費適正化対策推進室により「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施のために関係者に対し周知徹底すべき事項」(2008年12月19日付)が取りまとめられた。

受診勧奨判定値

特定健康診査・特定保健指導では、健診検査項目の設定とともに、健診判定値として、ハイリスクグループの抽出に必要な保健指導判定値とともに、“要医療”としての受診勧奨判定値が設定された。この受診勧奨判定値を超えた者に対する対応については、「プログラム」においても、各学会のガイドラインをふまえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて受診勧奨を行うことが望ましいとしている¹⁾。

日本人間ドック学会では、従来、人間ドック健診受診者が全国どの施設においても均一な、質の高い人間ドック健診が受診できるとともに、全国同一の成績判定と、その判定に基づく保健指導(事後指導)が受けられることを目的に、「人間ドック健診成績判定及び事後指導に関するガイドライン(以下、「ガイドライン」)」を公表してきたが¹⁰⁾、今回の特定健康診査・特定保健指導に対応した「ガイドライン」の改訂をおこなった¹¹⁾。表3に今回の改訂の一部を示した。プログラムの受診勧奨判定値を超えた受診者の事後指導における判定区分を、「ガイドライン」では従来のC:「要経過観察, 生活改善」から、C1:「積極的支援(1)」と、C2:「積極的支援(2)」の2区分に設定し、さらに「プログラム」での受診勧奨値を、「ガイドライン」では、受診勧奨、すなわち薬物治療開始値として、「プログラム」の受診勧奨判定値とは区別して設

表2 食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有する者と認定されるために必要な研修内容

| 分野 | 範囲 | 時間数 |
|--------------------|---|------|
| 1. 健康づくり施設概論 | (1) 社会環境の変化と健康課題 (2) 健康づくり施策 (3) 生活習慣病とその予防 | 3.0 |
| 2. 生活指導及びメンタルヘルスケア | (1) 生活指導と健康に影響する生活環境要因 (2) 個人の健康課題への対処行動（保健行動） (3) ストレスとその関連疾患及びストレスの気づきへの援助 (4) 個別・集団の接近技法 (5) ライフステージ、健康レベル別健康課題と生活指導 | 10.5 |
| 3. 栄養指導 | (1) 栄養・食生活の基礎知識及び今日的課題と対策 (2) 食行動変容と栄養教育 (3) ライフステージ、ライフスタイル別栄養教育 | 6.0 |
| 4. 健康教育 | (1) 健康教育の理念と方法 (2) 健康生活への指導プログラムの基礎知識と方法 (3) メタボリックシンドロームに対する健康教育 (4) 口腔保健 | 6.0 |
| 5. 運動の基礎科学 | 運動と健康のかかわり | 1.5 |
| 6. 研究討議 | 意見交換（メタボリックシンドローム関連） | 3.0 |
| | 計 | 30.0 |

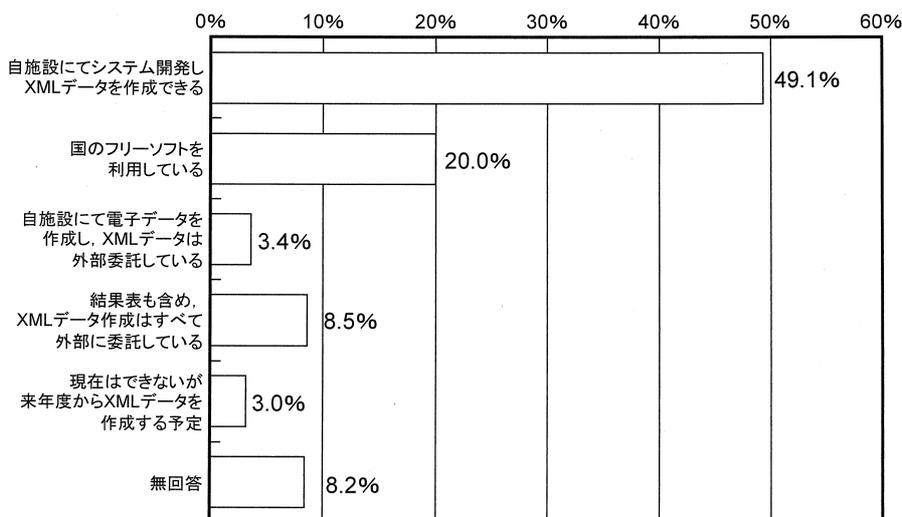


図4 人間ドック健診施設でのシステム開発に関する事項のアンケート調査結果

表3 日本人間ドック学会の保健指導判定値・判定区分と特定保健指導における受診勧奨判定値

| | A 情報提供 | B 動機付け支援 | C1 積極的支援 (1) | C2 積極的支援 (2) | D1 受診勧奨 | 受診勧奨 判定値 |
|-------|-----------|-------------|-----------------|-----------------|------------|-------------|
| 1. 血圧 | | | | | | |
| 収縮期 | ～ 129 | 130 ～ 139 | 140 ～ 149 | 150 ～ 159 | 160 ～ | 140 |
| 拡張期 | ～ 84 | 85 ～ 89 | 90 ～ 94 | 95 ～ 99 | 100 ～ | 90 |
| 2. 脂質 | | | | | | |
| TG | ～ 140 | 150 ～ 199 | 200 ～ 299 | 300 ～ 399 | 400 ～ | 300 |
| HDL-C | ～ 40 | 35 ～ 39 | 30 ～ 34 | | ～ 29 | 34 |
| LDL-C | ～ 119 | 120 ～ 139 | 140 ～ 159 | 160 ～ 179 | 180 ～ | 140 |
| 3. 糖質 | | | | | | |
| 血糖 | ～ 99 | 100 ～ 109 | 110 ～ 125 | 126 ～ 139 | 140 ～ | 126 |
| HbA1c | ～ 5.1 | 5.2 ～ 5.4 | 5.5 ～ 6.0 | 6.1 ～ 6.4 | 6.5 ～ | 6.1 |

■：特定保健指導における保健指導判定値

定した。なお、多くのエビデンスから、積極的支援 (1) の保健指導期間は6カ月、積極的支援 (2) の保健指導期間は3カ月とし、保健指導のむやみな継続による脳梗塞、心筋梗塞の発症をきたさないように、必要に応じた薬物療法のあり方をも示した。

おわりに

特定健康診査・特定保健指導の取り組みと実践において、その問題点と今後の対応について、ことに日本人間ドック学会の対応を中心に概説した。

問題点としての健診項目の見直しについては、腹囲の健診判定値の再検討、クレアチニンの健診項目への追加などであり、保健指導実施者の確保については、関係団体による研修会の実施による実施者の確保であり、健診データ等の電子化については、国が責任を持った対応をすべきであること、そして受診勧奨判定値については、私ども健診施設での知見の集積による、受診勧奨判定値を超えた者に対する、より具体的な保健指導のあり方についての再検討が必要である。

特定健康診査・特定保健指導はわが国の健診システムを基本的に再構築したものであり、この結果としての糖尿病等有病者・予備軍が減少することを切に願うものである。日本人間ドック学会も予防医学を担う学術団体として、今後とも積極的な対応を続けることとなる。

文献

- 1) 厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム (確定版)。2007年4月 (<http://www.mhlw.go.jp/bunnya/kenkou/seisaku/index.html>)
- 2) 山門 實：特定健診。治療 90：1783—1788, 2008.
- 3) 山門 實：特定健診・特定保健指導の最新情報。人間ドック 23：7—10, 2008.
- 4) 石坂裕子, 田中孝幸, 遠田栄一, 他：メタボリックシンドローム診断基準におけるウエスト周囲径の検討。人間ドック 23：425, 2008.
- 5) Pischon T, Boeing H, Hoffmann K, et al: General and abdominal adiposity and risk of death in Europe. *N Engl J Med* 359: 2105—2120, 2008.
- 6) Go AS, Chertow GM, Fm D, et al: Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med* 351: 1296—1305, 2004.
- 7) Irie F, Iso H, Sairenchi T, et al: The relationship of proteinuria, serum creatinine, glomerular filtration rate with cardiovascular disease mortality in Japanese general population. *Kidney Int* 69: 1264—1271, 2006.
- 8) 厚生労働省健康局：特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き。2007年8月 (<http://mhlw.go.jp/bunnya/shakaihosho/iryouseido01/info03d.html>)
- 9) 山門 實：特定健診・特定保健指導の最新情報。アンケート調査報告。人間ドック 24：759—765, 2008.
- 10) 後藤由夫, 奈良昌治編：健診判定基準ガイドライン。東京, 文光堂, 2004.
- 11) 人間ドック健診成績判定及び事後指導に関するガイドライン作成委員会：人間ドック健診成績判定及び事後指導に関するガイドライン作成委員会報告。人間ドック 22：865—877, 2008.

別刷請求先 〒101-8643 東京都千代田区神田和泉町1
三井記念病院総合健診センター
山門 實

Reprint request:

Minoru Yamakado
Center for Multiphasic Health Testing and Services, Mitsui Memorial Hospital, 1, Kanda Izumicho, Chiyoda-ku, Tokyo, 101-8643, Japan

Problems and Solutions for Specific Health Examination and Specific Health Guidance

Minoru Yamakado

Center for Multiphasic Health Testing and Services, Mitsui Memorial Hospital

We studied problems arising from the obligation of health insurance providers to conduct Specific Health Examinations and Specific Health Guidance under the Law Ensuring Medical Care for The Elderly which came into force in April 2008, as well as solutions to them. For instance, in the case of waist circumference (an indicator of visceral fat), self-reported measurements are seen as unreliable for evaluations conducted 6 months after Specific Health Guidance due to great differences between measurements, making it desirable for abdominal circumference measurements to be conducted by health check-up institutions. Further more, there is a shortage of professionals conducting health guidance concerning or the improvement of lifestyle habits as doctors, public health nurses and registered dieticians are stipulated as the only persons permitted to do this, and therefore there is a need for training to increase the number of persons having specialist knowledge and expertise qualifying them to provide such health guidance. Those targeted for such accreditation are registered nurses, dieticians, dentists, pharmacists, midwives, assistant nurses and dental hygienists. Another problem is the two evaluation levels for specific health examinations—a “health guidance” level and a “treatment recommended” level. Based on the former, health guidance is given and for people who exceed the latter, drug treatment is considered necessary and promptly commenced, but this means that additional medical costs arise. In response to this, priority should first be given to health guidance on improving lifestyle habits for people exceeding values for which medical treatment is recommended. Also, the reporting of Specific Health Examination and Specific Health Guidance data to health insurance providers and their agents (and the billing and payment for this service) use electronic media so it is necessary to create an electronic data processing system for such data. The concerted efforts of all concerned are required to solve these problems of Specific Health Examinations and Specific Health Guidance.

(JJOMT, 57: 240—245, 2009)