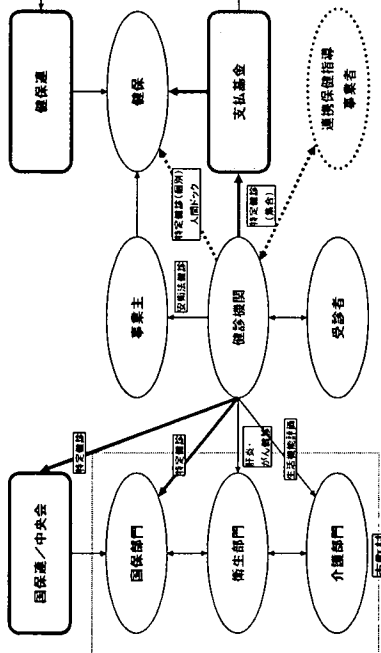
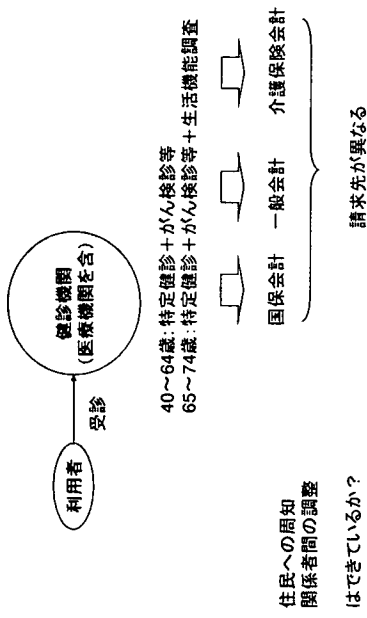


参考：健診機関から見た特定健診関連データの流れ



資料：鹿妻洋之(2007)

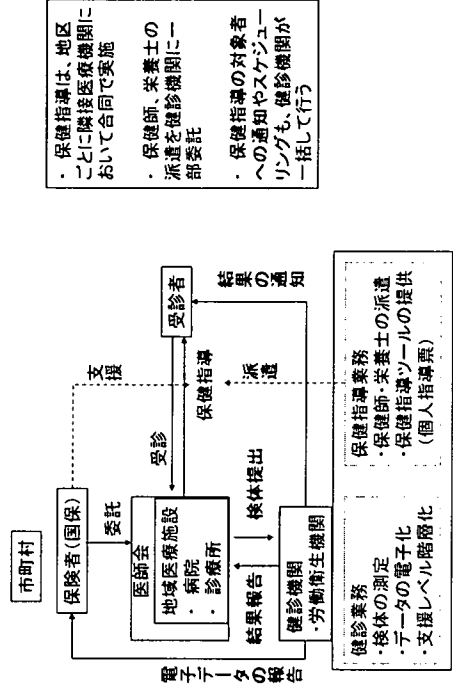
平成20年4月からの健診実施に備えて



住民への周知
関係者間の調整
はできているか？

北九州モデルの紹介
これまでの老人保健法に基づく基本
健康診査の仕組みを最大限に活用

北九州モデル一個別健診



- ・保健指導は、地区ごとに隣接医療機関において合同で実施
- ・保健師、栄養士の派遣を健診機関に一部委託
- ・保健指導の対象者への通知やスケジューリングも、健診機関が一括して行う

- 健診業務
- ・検体の測定
- ・データの電子化
- ・支援レベル階化
- 保健指導業務
- ・保健師・栄養士の派遣
- ・保健指導ツールの提供
- (個人指導票)

C-7

無理なく内臓脂肪を減らすために

～運動と食事のバランスよく～

腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上の方は、次の①～⑤の順番に計算して、自分にあった腹囲の減少法を作成してみましょう。

①あなたの腹囲は？ cm

②当面目標とする腹囲は？ cm
メタボリックシンドロームの診断値は男性85cm、女性90cmですが、それより大抵に入るとは、腹囲を必ず既知の目標を立てましょう。

③目標達成までの期間は何ヶ月？
 現状にじっくりコース：①-② cm ÷ 1cm/月 = か月
 急いでがんばるコース：①-② cm ÷ 2cm/月 = か月

④目標達成まで減らさなければならぬエネルギー量は？
 cm × 7,000kcal = kcal
 kcal ÷ か月 ÷ 30日 = kcal/日
※1日あたりに減らすエネルギー

⑤そのエネルギー量はどのように減らしますか？
 kcal/日 → kcal/日
※1日あたりに減らすエネルギー
 kcal/日 → kcal/日
※1日あたりに減らすエネルギー
※運動で減らすエネルギー
※食事等で減らすエネルギー

出典：厚生労働省(2007)



北九州モデルにおける説明用教材(抜粋)

メタボリックシンドローム診断基準

① 腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上
※1日あたりに減らすエネルギー

② 中性脂肪が150mg/dL以上
※1日あたりに減らすエネルギー

③ 血糖値が126mg/dL以上
※1日あたりに減らすエネルギー

④ 血圧が130/85mmHg以上
※1日あたりに減らすエネルギー

⑤ 尿酸値が7mg/dL以上
※1日あたりに減らすエネルギー

メタボリックシンドロームの項目は2以上、何かが異常な状態

メタボリックシンドロームの項目は2以上、何かが異常な状態

メタボリックシンドロームの項目は2以上、何かが異常な状態

メタボリックシンドロームの項目は2以上、何かが異常な状態

メタボリックシンドロームの項目は2以上、何かが異常な状態

目標実績記録用カレンダー

あなたの目標 _____ 消費カロリーの目安 _____

目標1 _____

目標2 _____

目標3 _____

月	日	月	日	月	日
目標1					
目標2					
目標3					
他の指導					
後の指導					
多行版					
コメント					

健康管理用日記

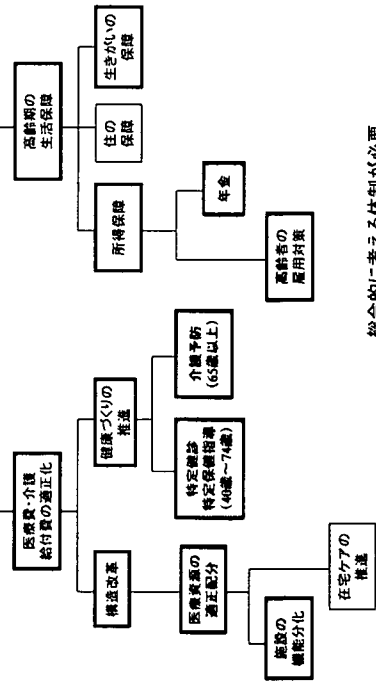
医師会会員医療機関をベースとする システムの利点

1. アクセスポイントがたくさんできる
 - ① 利用者が都合のよい日時に行くことができる
2. 通常業務の「上乘せ」で行うことができる
 - ① あらたな設備等がいらない
3. 医療との連続性が保障される
4. 他の健診との総合的な実施が可能
5. 地域医療の信頼性を高めることができる
 - ① 生涯健康管理の実践

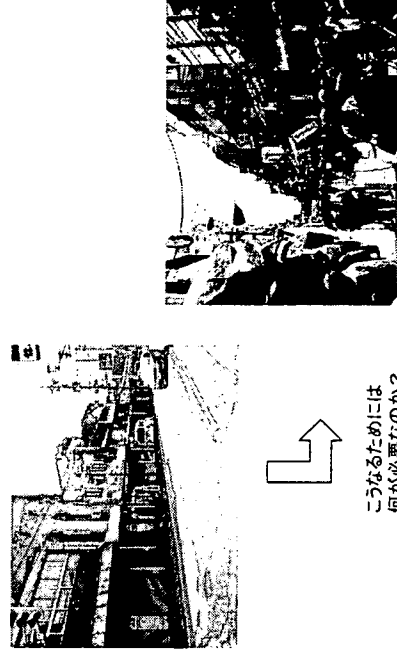
現時点での問題点

1. 住民への周知が遅れている
 - ① 老人保健法に基づく健診とは「似て非なるもの」
 - ② 「保険料をもとに行われる事業である」ということの理解の周知
 - ③ 周知が遅れると、事業そのものが成り立たない
 - ④ ポピュレーションアプローチとの連動性が重要
2. 運用の具体的内容が明確になっていない
 - ① 5W2H
 - ② 初年度、何をどこまでやるのか
 - ③ 関係者間の協議の遅れ

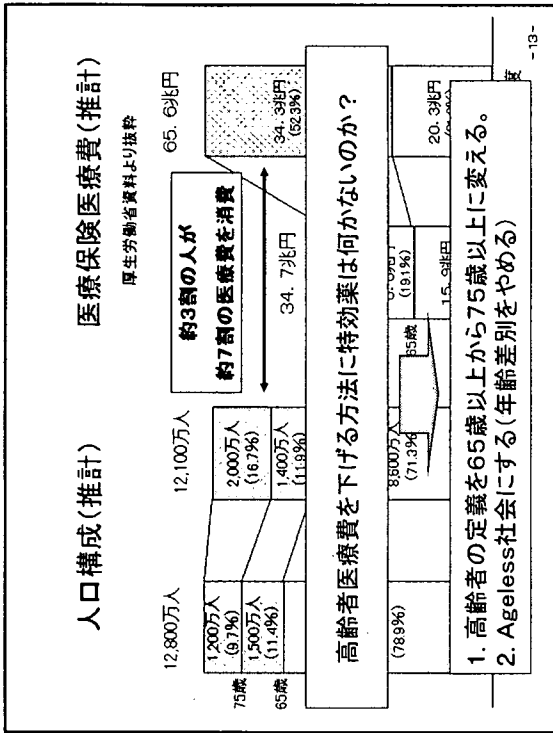
社会の高齢化と社会保障制度の課題



「シャッター通り」ではなく「元気高齢者のあふれる街」の実現



こうなるためには
何が必要なのか？



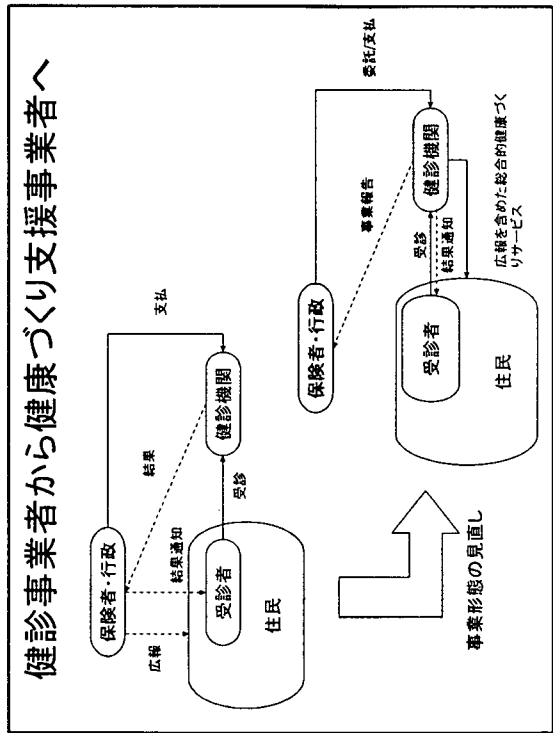
高齢者が労働を継続できる条件と そのための社会的インフラ

(清家真 慶応大学教授)

1. 専門的技術を持っていること
2. 職住近接であること
3. 健康であること

生涯学習
地域内での雇用創出

特定健診・特定保健指導専業
医療保険制度



まとめ

- 平成20年度から仕組みが大きく変わる
 - 新たな体系を「一から作る」ことは難しい
 - 既存の仕組みを利用して、できるだけシンプルな仕組みを作る
 - 短期的な効果より、まず「仕組みが回ることを考える。
 - 住民への周知が喫緊の課題
 - 目的と理念
 - 住民の理解が事業が回る前提
 - 関係者間の調整

特定健診・特定保健指導事業の概要と課題

産業医科大学公衆衛生学 教授 松田晋哉

1. はじめに

社会の高齢化と成熟化に伴う疾病構造の変化により、生活習慣病が国民の QOL (Quality of Life: 生活の質) の面でもまた、医療財政の面でも大きな課題となっている。この課題への対応策として、国は平成 20 年から各医療保険者が加入する 40 歳以上の者に対して生活習慣病健診を毎年行うという「特定健診・特定保健指導事業」制度が導入することとした。

今回の事業の主たる対象は内臓脂肪型肥満を中核とするメタボリックシンドロームである。内臓脂肪型肥満は、糖尿病、高血圧、高尿酸血症、高脂血症のリスクファクターであり、その対策を行うことで生活習慣病に関連した医療費の適正化を行おうというのが今回の事業の主目的である。

本事業に関係する者の現時点における最大の関心事項は、来年の 4 月から始まるこの壮大な事業にいかに対応するかであろう。実際、国からの情報提供が遅れたこともあり、多くの保険者がどのように対応するかについて困惑している現状がある。

筆者は特定健診・特定保健指導に関連する委員会に参加し、またいくつかのモデル事業に係る機会を持ってきた。そこで、筆者のこれまでの経験を踏まえて、本事業への対応方法及び解決すべき課題について論述してみたい。

なお、本稿の内容は筆者の私見であり、筆者が関係する公的委員会や研究班のものではない。したがって、記述内容に関する一切の責は筆者に帰することをあらかじめお断りしておく。また、記述の内容は平成 19 年 12 月現在のものであることに留意されたい。

2. 特定健診・特定保健指導事業の概要

図表 1 に示したように平成 20 年度から 40 歳から 74 歳のすべての被保険者及びその被扶養者は、1 年に 1 回、加入する健康保険が提供する生活習慣病健診を受け、そして、その健診結果に基づいて各個人のリスクに応じた保健指導が行われることになった。以下図表 1 にそって本事業の概要を説明する。なお、事業の詳細及び対象となるメタボリックシンドロームについては、すでに種々の資料が出されているので適宜それらを参照されたい^{1),2),3)}。

1) 特定健診

保険者は毎年加入している被保険者及びその被扶養者に対して、指定する健診機関での特定健診の受診を勧奨する。労働安全衛生法などの職域健診を受けている者については、それにより代替できるが、被扶養者や国民健康保険加入者は「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、それぞれの保険者の指定する事業者において健診を

受けることになる。

健診では腹囲で評価される内臓脂肪量あるいはBMIによる肥満の判定と、血中脂質、血糖、血圧などの検査結果と生活習慣に関する問診の結果とを総合的に評価して、対象者を積極的支援レベル、動機づけ支援レベル、情報提供レベルの3段階に階層化し、それぞれの状況に応じた標準的な保健指導を行うこととなっている。

なお、健診については項目及び測定法方が指定され、かつ健診事業者は精度管理事業に参加すること、及び国の定めるフォーマットにしたがって健診データを電子化することが要求される。これにより健診情報の標準化とポータビリティが保障されることになった。

2) 特定保健指導

動機づけ支援、積極的支援ともに初回指導において1人20分以上の個別支援か1グループ80分以上のグループ支援によって、生活習慣病についての基本的知識の学習と行動計画の策定が求められる(図表2)。

積極的支援については行動計画に基づいて3ヶ月以上継続的な保健指導が行われる(図表3)。保健指導については図表4に示したようなポイント制が導入され、基準を満たした場合のみ指導を行ったと認定され、合計で180ポイント以上の保健指導が行われた場合のみ、保健指導が行われたと評価される。

そして、動機づけ支援、積極的支援の対象者はともに6ヵ月後に個別支援、グループ支援、電話、e-mail等の方法により行動変容の評価を行うこととなっている。

3) 後期高齢者医療制度における支援金の調整

各保険者は年度ごとに特定健診・特定保健指導事業の結果について、都道府県及び国に報告しなければならない。特定健診、特定保健指導及びメタボリックシンドローム予備群・対象者の減少率については図表5に示した参酌標準が示されており、平成25年からは実績に基づいて後期高齢者医療制度における支援金の調整が行われる。具体的には、後期高齢者医療制度では財源の40%が地域保険者・職域保険者からの支援金でまかなわれることになっているが、参酌標準を満たさなかった保険者については最大で当該保険者の標準支援金額の10%が増額され、満たした保険者については最大10%の減額が行われることとなっている。

3. 特定健診・特定保健指導事業の課題

1) 健診への対応

① 職域保険者の場合

本事業の入口は特定健診である。職域保険の場合は、労働安全衛生法等に基づく定期健診を確実に受けてもらうことが重要である。健診受診率という点において、大企業や学校の場合はおそらく問題はないと考えられる。他方、中小零細企業の場合は、健診受診率が必ずしも高くないことに加えて、労働安全衛生法にお

ける定期健康診断について、政府管掌保険制度の生活習慣病予防健診や老人保健法に基づく基本健康診査を活用している場合が少なくない。平成20年度以降はこのような対応が難しくなるため、中小零細企業においては労働安全衛生法に基づく健診をいかにしっかりと行うかが課題となる。財政的な厳しさを考えると、何らかの公的支援が必要であろう。

現行の定期健診の項目は腹囲及びLDLなどを除けば特定健診の項目に重なっており、また来年度以降については項目の整合性を図るための調整も行われている。したがって、労働安全衛生法の枠組みで特定健診に対応することに関する物理的な障害はほとんどない。

ただし、労働安全衛生法に基づく健診はあくまで事業主の安全配慮義務を果たすための健診であり、特定健診の目的とは異なる。したがって、情報利用に関しては、個人情報保護の問題も含めて事前に関係者（事業主、保険者、労働者、健診機関など）の間でしっかりと協議を行っておく必要がある。

また、被扶養者への対応も課題である。現実的な方法としては、健保連などの全国組織を通じて医師会や人間ドック学会などと集合契約を結び、そのような施設で健診を受ける機会を設定することであろう。

② 地域保険の場合

地域保険の場合は、従来の老人保健法に基づく基本健康診査の枠組みを活用するのが最も現実的な方法であるが、職域保険に比べるとその課題は大きい。多くの市町村が老人保健法に基づく基本健診の受診者の属性の分析を行っているが、これまでの健診受診者の多くは被扶養者たる主婦と高齢者であり、メタボリックシンドロームの最大のターゲット層である中年男性は少ないという状況がある。

40歳から64歳の被保険者の大部分は自営業者であり、昼間に健診や保健指導を受けるために出かけることは難しい。勤務後か休日に事業を準備することが必要となる。このように国民健康保険の場合、被保険者にいかに健診を受けさせるかが、最大の課題となる。

また、財政面での問題も大きい。仮に夜間や休日に健診事業を設定するとすれば、平日に比べてコスト高になることは避けられない。さらに、職域の場合、他法に基づく健康診断の情報を利用できるのに対し、国民健康保険ではそのような枠組みがなく、今回の健診事業については「新たに」対応することが必要となる。保険料への影響について、国民健康保険者は事前の十分な検討をしておくべきであろう。

2) 保健指導への対応

① 職域保険の場合

新しい健診で積極的保健指導の対象者になる者の大部分は、すでに現行制度で

も保健指導の対象となっており、労働安全衛生法に基づく健康管理をしっかりと行っている企業においては大きな負荷は生じないであろう。

他方、動機づけ支援者についてはその対応方法について改めて考える必要がある。対象者の多さとマンパワーの不足を考えると、動機づけ支援対象者のすべてに個別の行動計画を厚生労働省の指針に沿って作成し、6ヵ月後にその効果を検証することは難しい。したがって、対象者を絞って行わざるを得ない。

しかし、ここで安全配慮義務との関係性が問題となる。現場において、2つの健診の責任範囲を明確に切り分けることは困難であると考えられることから、安全配慮義務という観点から何らかの形で対象者に支援を行うことが必要となる。それは結果を返す際の短時間の保健指導や数十名を対象とした健康教室のようなものでもかまわない。特定保健指導における「支援」とは認定されることはないが（特定保健指導では8人以下の集団に80分以上の指導を行った場合のみが「支援」とカウントされる）、このような形でリスクを持つ被保険者にきちんと対応しておくことが職域保険の場合は現実的であろう。

ところで、動機づけ支援については、個別の行動計画を作成した後、評価を行う6ヵ月後まで制度としては途中での介入が求められていない。しかしながら、計画を作っただけで行動変容ができる者は多くはない。したがって、何らかの継続的な支援が動機づけ支援でも実効性を高めるために必要となる。例えば、e-mailなどをうまく活用した支援などが考えられる。

中小企業の場合、労働安全衛生法に基づく健康管理事業は健診のみで、その後の保健指導はほとんど行っていない場合が少なくない。したがって、保険者として保健指導をどのように行っていくのかについて関係者（事業主、労働組合、健診事業者、産業医など）と事前に十分検討を行っておく必要がある。例えば、被扶養者と同様、集合契約を結んだ上で地区医師会会員あるいは契約している嘱託産業医の医療施設などが窓口となって保健指導にも対応する、といった対応が考えられる。

② 地域保険の場合

地域保険の場合、従来の老人保健法に基づく健康教育・保健指導との違いについて住民に十分理解してもらうことが第一に取り組むべきことである。これまでの健康教育や保健指導のほとんどは希望者を対象に「無料」で行われてきたはずである。新しい保健指導は原則一部自己負担が発生する。もちろん、自己負担を求めないというやり方もあるが、財政への影響を考える必要がある。似て非なるものは区別が難しい。事前の十分な理解がないと、費用負担や対象者の範囲をめぐる住民とトラブルを生じる可能性がある。したがって、地域保険者は現時点から来年度の制度について住民に対して十分な説明を行っておく必要がある。

特に、これまで老人保健法に基づく基本健康診査や保健指導を受けてきた住民

に対して適切な情報提供を行うことが重要である。これまで自主的に市町村の行う保健事業に参加してきた「国民健康保険加入者」は、新しい制度において事業をスムーズに行っていくための重要な顧客（お得意様）である。当初はおそらく伸び悩むであろう事業参加者を増やすために、「お得意様」は他の被保険者に対する重要な「広告塔」あるいは「勧誘員」となりうる。最初からこの事業に参加してくれる被保険者が、この事業に参加して「良かった」と思ってくれるようになることが、職域保険のような健診受診のための体系的な仕組みのない地域保険においては特に重要である。最初から最も勧誘が難しい「中年男性」をターゲットにするよりも、事業が回ることを第一に考えて、参加してくれやすい人を最初のターゲットとし、そこから徐々に参加者を増やしていくというのが実際的であると考えられる。かつてないほどの大規模な健康事業であるだけに、当面は運用面を重視するのがよいであろう。

保健指導の実際の運営には市町村の保健師や管理栄養士などに加えて委託先の専門職がかかわることになる。委託の方式は健診と同様である。昼間にある程度まとまった時間が取れる専業主婦や前期高齢者の場合は市町村保健師が、夜間や休日にしか時間が取れない被保険者（多くは中年男性）については委託先の専門職が対応するというのが実際的であろう。

③ 特定健康診査と特定保健指導の同日実施の認可

現在国が示しているシステムでは、特定健診の結果に基づいて保険者が保健指導の対象者を選定した後、あらためて保健指導利用を被保険者に通知する形になっており、同じ日に健診と保健指導を行うことができない。保健指導においては初回指導をいかに効率的に行うかが、地域・職域を問わずシステム全体の負荷を軽減するために重要である。したがって、仮に健康診査受診後、その場ですぐに結果がわかり、国の示す保健指導の区分わけに従って、そこで初回の指導まで行えるようになれば、利用者にとっての利便性が高まり、事業の受容度も高まるであろう。現時点でこの方式は認められていないが、その実現可能性について前向きな検討が望まれる。

4. まとめ

1) シンプルな仕組みの提案

以上、平成20年度から導入される特定健診・特定保健指導の概要と課題について説明した。運用面での課題の大きさを考えると、最初は保健指導の効果を強く求めるのではなく、まず事業をまわすことを第一に考えるべきであろう。事業開始前に担当者のやる気をそぐような批判はするべきではないという批判を受けることを恐れず、あえてこのことを強調しておきたい。

公衆衛生医師として、筆者は国がこのような健康づくりの枠組みを構築したことを

積極的に評価している。しかしながら、モデル事業に関与した経験を踏まえると、現在国が示しているシステム、特に保健指導の仕組みは「重過ぎる」というのが筆者の正直な感想である。他方、保健指導を行う保健師の視点から見ると現在示されている保健指導は量的に「不十分」であるという意見も少なくない。実際、ある自治体では積極的支援について380ポイント相当のプログラムが提案されていた。

しかし、現在のマンパワーで被保険者（被扶養者を含む）の約25%発生する保健指導対象者に対応することは可能なのか、という現実的な問題を直視する必要がある。保健指導を行う場所に、要指導者が列をなして待っているという状況であれば、それなりの対応は可能であるが、現実にはそうはならない。モデル事業において訪問で保健指導を行った保険者を筆者がヒアリングしたところ、約束の時間に対象者が自宅に居ない、あるいは居てもその日は都合が悪いと断れた例が少なくなかったことが問題点としてあげられていた。

仮に、1人の保健師が保健指導の事業所を立ち上げたとして、積極的支援の報酬が健連の示す2万円以下になった場合⁵⁾、この事業がビジネスと成り立つためには何人の要指導対象者が必要なのであろうか。おそらく年間400人から600人を対象としなければ、給与・福利厚生費・その他の経費をまかなうことは難しいのではないだろうか。逆に言えば一人の保健師がこれだけの量をこなすということを前提にシステムが組まれる必要があると考える。

また、優先度を設定しハイリスクの人に重点的に介入するという方法論が提示されているが、本事業が被保険者の保険料でまかなわれていることを考えると、受益の公平性という点で問題がないとは言えず、したがってできるだけ多くの対象者が事業に参加できるようなものにしなければならない。

そのためにはこれまでの枠組み（職域保険であれば労働安全衛生法等に基づく健康管理、地域保険であれば老人保健法に基づく保健事業）を最大限活用し、できるだけシンプルな仕組みを作ることがポイントである。具体的には図表6に示したように現在の仕組みについて情報とお金の流れを図式化し、それを新しい仕組みに適用するとどうなるのか、できるだけ多くの対象者をカバーするためにはどのような工夫が必要なのかといった検討をすると良いであろう。これを地域保険で行った例（北九州モデル）については別報で紹介したい。

また、事業を行う際には費用対効果の視点を持つことも必要である。図表7はこれをモデル例で示したものである。メタボリックシンドロームの解除率という点ではプログラムCが最も有効性が高い。しかし、仮にこの保険者が年間250万円しか保健事業に投入できないとすると、プログラムCでは100名のみがこの事業に参加でき、そして解除となるのが60名にしかならない。他方、解除率が40%と最も有効性の低いプログラムAでは100名を対象として100万円のコストしかかかっていないため、250万円の予算で250名の参加者と100名の解除者が期待できる。このように予算制約を

考慮すると、必ずしも個人レベルで最も有効なプログラムが集団において最適であるとは限らない。特定健診・特定保健指導の運営にあたる各保険者の担当者はこのような集団を対象とした費用対効果の視点を持つことも必要である。

2) ポピュレーションアプローチの重要性

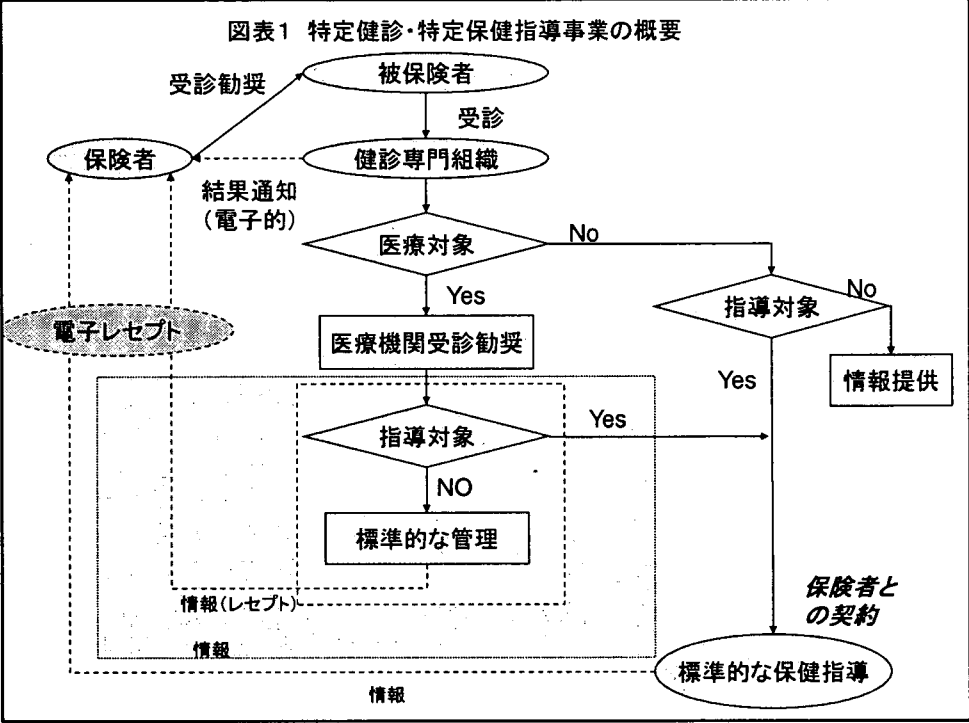
特定健診・特定保健指導事業はハイリスクアプローチに重点がおかれているが、生活習慣病患者の減少及び医療費の適正化という点ではポピュレーションアプローチがより重要である。確かにハイリスク者は病気になる確率が高いが数は少ない。すなわち、病気の発生数という点では、数の多い境界域の者の方が集団としては重要なのである⁴⁾。したがって、集団全体の健康度を高めることが重要となる。

また、今回の事業は保健医療職が対象者に対して父権主義的に介入を行って、望ましい生活習慣を身につけさせるといった性質のものではない。健康づくりのための個人の努力を専門職が支援するというのが基本的な考え方である。そのためには対象者が自らの健康リスクに気づき、それを改善しようという意思を持つことが前提となる。そのためには国民全体に健康文化ともいべきものを根付かせる必要がある。

メタボリックシンドロームという用語は、流行語大賞の候補になるほど国民の間に浸透している。このような状況を反映して、種々の健康関連商品が開発され、そしてそれなりに流行している。このように健康問題に対する国民全体の感受性が高まっている現在は、健康文化というコンセプトを根付かせる絶好の機会である。官民上げて正しいコンセプトメイキングの努力を行う必要がある。特に、この点における保険者の努力が必要であり、それが平成20年度からの特定健診・特定保健指導事業の成否の鍵を握っていると言っても過言ではないであろう。

参考文献

- 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.
- 2) 厚生労働省 保険局 国民健康保険課： 国保ヘルスアップモデル事業の実績を踏まえた特定保健指導を核とした市町村国保における保健事業実施のための手引書、2007.
- 3) 厚生労働省 保険局： 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.
- 4) 水嶋春朔： 地域診断のすすめ方 第2版、東京：医学書院、2006.
- 5) 全日病ニュース 第670号、2007年9月1日.



図表2 動機づけ支援の内容

支援形態	<p>【面接による支援】次のいずれか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1人20分以上の個別支援 ・ 1グループ80分以上のグループ支援 <p>【6か月後の評価】次のいずれか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個別支援 ・ グループ支援 ・ 電話 ・ e-mail等
支援内容	<p>【個別支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 生活習慣と健診結果の関係の理解、生活習慣の見直しなど → 生活習慣改善の必要性の説明 ・ 生活習慣を改善するメリット、しないデメリットの説明 ・ 生活習慣改善のための実践的な指導 ・ 行動目標、評価時期の設定と必要な社会資源の紹介 ・ 体重・腹囲の計測方法の説明 ・ 行動目標・行動計画の設定 <p>【6か月後の評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 身体状況や生活習慣に変化がみられたかについて確認する。

図表3 積極的支援の内容

- ・ 初回時の面接における支援： 動機づけ支援と同様
- ・ 3ヶ月以上の継続的な支援

支援形態	・ 個別支援 ・ グループ支援 ・ 電話 ・ e-mail等 ※継続的な支援に要する時間は、ポイント数の合計が180ポイント以上
支援内容	<p>【支援A】積極的関与タイプ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認と必要に応じた支援を行う。 ・ 栄養・運動等の生活習慣改善のための実践的な指導 <p>[中間評価]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実践と結果についての評価と再アセスメント。必要に応じて行動目標・計画の再設定 <p>【支援B】励ましタイプ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するための賞賛や励ましを行う。

- ・ 6ヶ月後の評価

支援形態	・ 個別支援 ・ グループ支援 ・ 電話 ・ e-mail等
支援内容	・ 身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認

図表4 積極的支援における支援形態のポイント数

- ・ 支援形態ごとのポイント数

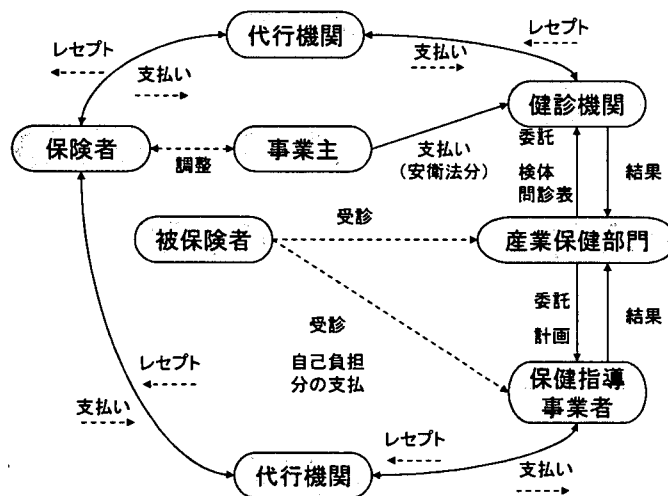
支援形態	基本的ポイント数		最低限介入量
個別支援A	5分	20ポイント	10分
個別支援B	5分	10ポイント	5分
グループ支援	10分	10ポイント	40分
電話A ・ e-mail, FAX, 手紙等により、初回面接支援時に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け、その記載に基づいた支援	5分	15ポイント	5分
電話B ・ 行動計画の実施状況の確認と励ましや賞賛による支援	5分	10ポイント	5分
e-mail A ・ e-mail, FAX, 手紙等により、初回面接支援時に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け、その記載に基づいた支援	1往復	40ポイント	1往復
e-mail B ・ 行動計画の実施状況の確認と励ましや賞賛による支援	1往復	5ポイント	1往復

図表5 特定健康診査・特定保健指導の参酌標準

- 特定健康診査の実施率
 - 単一健保、共済 注1): 80%
 - 国保組合、総合健保、政管健保: 70%
 - 市町村国保: 65%
- 特定保健指導の実施率: 45%
- メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率: 10%

各保険者は平成24年度に上記参酌標準を達成することが求められる

注1) 被扶養者比率が25%以上の場合、被保険者数、被扶養者数で算出する



図表6 現行システムをベースとした特定健診・特定保健指導事業のシステムの検討例
(職域: 健診を企業外労働衛生機関に外注している場合)

図表7 保険者レベルでの評価の実際
例：保健指導の評価

プログラム	対象者	1件単価	MS 解除者	成功率	総コスト	解除者一人 当たりコスト
A	100	10000	40	0.4	¥1,000,000	¥25,000
B	100	20000	50	0.5	¥2,000,000	¥40,000
C	100	25000	60	0.6	¥2,500,000	¥41,667

保健医療科学 57 卷 (1) 2008

職域における特定健診・保健指導の進め方

松田晋哉

産業医科大学公衆衛生学

〒807-8555 福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘 1-1

TEL: 093-691-7244 FAX 093-603-4307 e-mail: smatsuda@med.uoeh-u.ac.jp

和文抄録

職域における特定健診・保健指導の進め方

松田晋哉

産業医科大学公衆衛生学

別刷り請求先

〒807-8555 福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘 1-1

TEL: 093-691-7244 FAX 093-603-4307 e-mail: smatsuda@med.uoeh-u.ac.jp

平成 20 年度から 40 歳から 74 歳の全国民を対称に特定健診・特定保健指導事業が開始される。大企業の場合、これまでの労働安全衛生法（以下安衛法）に基づく定期健診及び保健指導を適切に行うことで、新制度への対応はかなりの程度行うことが可能であると予想される。中小企業の場合は、健診及びその後の保健指導が十分行われていない場合も少なくないことから、まずは安衛法への対応を適切に行う体制作りからはじめることが求められるであろう。

実際の事業展開に関しては、保健指導のあり方、特に安全配慮義務の考え方で、当初は種々の混乱が生じると予想される。しかし、わが国の産業保健活動ではこれまでも生活習慣病対策が行われており、確かに健康管理の対象者は増大するが、新しい制度に同じ枠組みで対応することができる。2つの仕組みの間での情報の電子的授受に関する取り決め、アウトソーシングを含めた保健指導の体制整備が当面の課題となる。

社会経済環境の変化の中で企業の社会的責任が重視されるようになってきている。特定健診・特定保健指導事業を単にコスト面で考えるのではなく、労働者の健康と生活を守ることで社会に対する責任を果たすという CSR の視点が求められる。また、雇用の流動化が進み非正規雇用労働者が増加している。現状では、これらの労働者が制度の狭間に落ちてしまい、適切な健康管理が受けられない可能性が高い。CSR の視点から元受の企業がこれらの労働者の健康管理に積極的に係ることが期待される。

特定健診・特定保健指導事業はこれまでにない大規模な社会実験である。運用の途中で直面するであろう種々の問題点をきちんと拾い上げ、適宜修正を加えることでマネージ可能な仕組み変革していく柔軟な視点が必要である。

キーワード： 特定健診・特定保健指導、労働安全衛生法、企業の社会的責任

英文抄録

Strategy for the specified health checkup and follow-up health guidance and intervention program in the occupational setting

Shinya MATSUDA

Department of Preventive Medicine and Community Health, School of Medicine,
University of Occupational and Environmental Health

According to the Health Reform 2006, the specified health checkup and follow-up health guidance and intervention program will be introduced from 2008. All citizens between 40 and 74 years old have to participate to this program.

As most of the large companies provide the annual health check-ups and the following health education under the Occupational Safety and Health Law for almost all the employees, it will be rather easy to adapt to this new scheme. On the contrary, many small and medium sized companies do not respect the requirement of OSH law, thus it is precondition for them to implement the OSH services required by the law.

Along with the changes in socio-economic condition, the importance of CSR (Corporate Social Responsibility) is come to be often discussed. The specified health checkup and follow-up health guidance and intervention program must be considered under the notion of CSR. It is important responsibility for the company to protect the workers' life. Furthermore, it is expected for the companies to take some responsibility for the health program of part-time workers.

The new program is a kind of large-scale social experimentation. It is very important to have a flexible attitude in order to make the system more practical.

Key words: the specified health checkup and follow-up health guidance and intervention program, OSH law, CSR

1. はじめに

社会の高齢化と成熟化に伴う疾病構造の変化により、生活習慣病が国民の QOL (Quality of Life: 生活の質) の面でもまた、医療財政の面でも大きな課題となっている。この課題への対応策として、国は平成 20 年から各医療保険者が加入する 40 歳以上の者に対して生活習慣病健診を毎年行うという「特定健診・特定保健指導事業」制度を導入することとした。

制度の詳細については本特集で山本が解説しているのので、本稿ではその内容についての説明は割愛する。今回の事業の主たる対象は内臓脂肪型肥満を中核とするメタボリックシンドロームである。内臓脂肪型肥満は、糖尿病、高血圧、高尿酸血症、高脂血症のリスクファクターであり、その対策を行うことで生活習慣病に関連した医療費の適正化を行おうというのが今回の事業の主目的である。

保険者が本事業を積極的に行なうためのインセンティブとして、特定健診・特定保健指導事業についてはその実績に応じて、後期高齢者医療制度における支援金の調整が行われる仕組みとなっている。平成 16 年度老人医療費 11.4 兆円 (給付費 10.3 兆円) をベースに支援金の額を推計すると、0-74 歳人口 1 億 1500 万人として $10.3 \times 0.4 / 1 \text{ 億 } 1500 \text{ 万人} = \text{約 } 35000 \text{ 円}$ 、支援金 = $35,000 \text{ 円} \times \text{各保険者の加入数}$ となる。したがって、1 万人の保険者では $35,000 \times 10,000 \times 0.1 = 35,000,000 \text{ 円}$ の負担増あるいは負担減が生ずることとなる。

実績については特定健診実施率、特定保健指導実施率及び改善率の 3 つが勘案される。なお、保険者によって事業運営のやりやすさが異なることから、健診の参酌標準についてはそれぞれ違う水準が設定されている。具体的には、特定健診実施率は単一健保・共済が 80%、政管健保・総合健保・国保組合が 70%、市町村国保が 65% となっている。他方、保健指導実施率と改善率 (メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率) は共通でそれぞれ 45% と 10% となっている。

本稿では、上記の参酌標準を踏まえて、職域保険においていかにしてこの事業を展開していくべきかを説明し、また今後の課題について論述する。なお、本論文の内容はあくあまで筆者の私見であり、筆者の関係する研究班や公的委員会のそれではない。したがって、本論文の内容に関する一切の責は筆者に帰するものである。

2. 労働安全衛生法に基づく健康管理

労働安全衛生法 (以下安衛法) では、事業者の責務として、従業員に定期健康診断を提供しなければならない、また従業員はそれを受けることが義務となっている。そして、健診で異常を指摘されたものに対しては、事後措置を行うことも義務化されている。加えて、多くの企業においては図 1 に示したように、安衛法における法定健診に、健康保険組合の補助によるがん検診などが上乗せで提供されている。そして、健診結果に基づいて、産業医、産業保健師などの産業保健職が健康教育や健康指導を行う体制が作られている。

表 1 は 2006 年度における職域健診の項目とその異常率を示したものであるが、第一位が高脂血症 (30.1%)、第二位が肝機能異常 (15.1%)、第三位が高血圧 (12.5%) というよう

に、いわゆる生活習慣病に関連する異常が上位を占めている²⁾。

さらに2001年から、健康診断で高血圧、高脂血症、高血糖、肥満の4症状（いわゆる死の四重奏）すべてがある者については、労災保険の枠組みの中で精密検査が行われ、その結果に基づいて産業医が就業上の制限などを助言する仕組みとなっている（図2：労災保険予防給付）。労働者の場合、傷病のために就業制限がかけられることは、夜勤手当の減少など生活設計に大きな影響を持つだけに、そのコンプライアンスは高い。

このような中で、産業保健職も予防活動に関する種々のプログラム開発を行ってきており、その成果は日本産業衛生学会などで発表されてきている。

このように、安衛法における予防活動については、それが充実している大企業等に限定されているという批判はあるものの、一定の効果が示されている。

他方、職域における健康管理の課題も多い。最も重要な課題は中小企業における健康管理である。表2に示したように企業規模が小さくなるほど安衛法に基づく健診の実施率は低くなる³⁾。また、健診を行っている場合でも、健診後の事後措置（健康教育など）については結果を示した紙が配られるだけで、実質的な対応が行われていない場合が大部分である。さらに、健康診断についても老人保健法に基づく基本健診や政府管掌健康保険が行っている生活習慣病予防健診で代替している場合が少なくない。このような現状でどのように平成20年度からの特定健診・特定保健指導事業に対応するかが大きな課題となっている。

3. 特定健診・特定保健指導への対応

職域保険の場合、労働安全衛生法に基づく健診を行うことが義務づけられており、この枠組みを用いて平成20年度から導入される特定健診事業に対応することができる。しかしながら、健診結果に基づく保健指導の運用に関しては産業保健部門の体制や企業規模によってその難易度は大きく異なる。また、被扶養者への対応をどのように行うかも課題である。実務上は多くの場合、地域の医療機関を活用するモデルで被扶養者への対応を行うことになるであろう。もちろん、企業城下町のように企業の健診センターで対応が可能な場合はそれを活用することが合理的である。

以下、現在行っている職域健診のタイプ別にその対応を考えてみる⁴⁾。

1) 自己完結型

自社の健康管理センターを所有し、そこで健診及び事後の保健指導を行っている事業所の場合、特定健診・特定保健指導事業への対応は比較的容易である。例えば、日立健康管理センターのように半日をかけて問診・診察・採血・X線診断・検査結果に基づく指導を行っている場合、健診当日に保健指導における初回面接までを行うことができる（図3）。

初回面接後の継続的なフォローアップについては、企業の場合、既存の社内ITシステムを活用することが可能である。例えば、社内で情報の伝達のためにグループウェアソフト（Lotus Notes、MS-Exchange、サイボーズなどが有名）を活用している場