

基礎研 レター

特定健診・保健指導の実施状況

実施率向上のためには何が有効か？

保険研究部 主任研究員 篠原 拓也

(03)3512-1823 tshino@nli-research.co.jp

1—はじめに

日本では、予防医療の一環として2008年度に、特定健康診査(特定健診)と特定保健指導(以下、合わせて「特定健診等」)が始められた。開始当初は、判定基準や有効性などについて、様々な議論が持ち上がったが、導入から7年あまりが経ち、ようやく定着しつつある。内臓脂肪症候群、代謝症候群を表すメタボリック・シンドローム(メタボ)という用語も、世間一般に浸透したものと思われる。

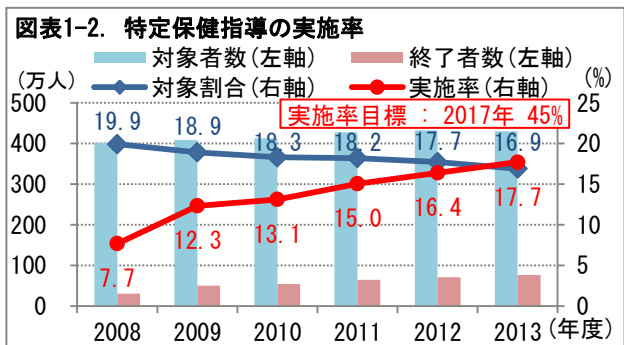
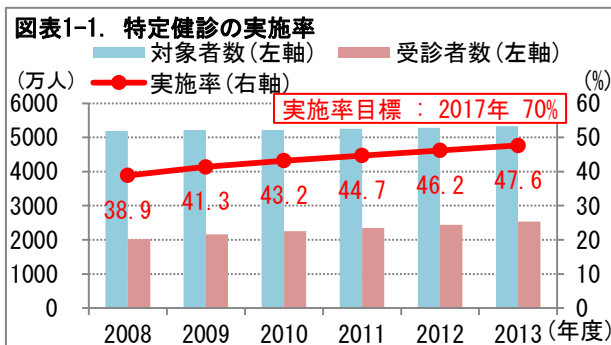
2015年8月に厚生労働省は、2013年度の特定健診等の実施状況を公表した。本稿では、その内容をもとに特定健診等の現状を概観するとともに、今後の健康予防の拡充にどのように役立てるべきかを検討することとしたい。

2—特定健診等の現状

まず、厚生労働省の公表内容をもとに、特定健診等の実施状況を見ていくこととしたい。

1 | 実施率は徐々に向上しつつあるものの、目標との乖離は大きい

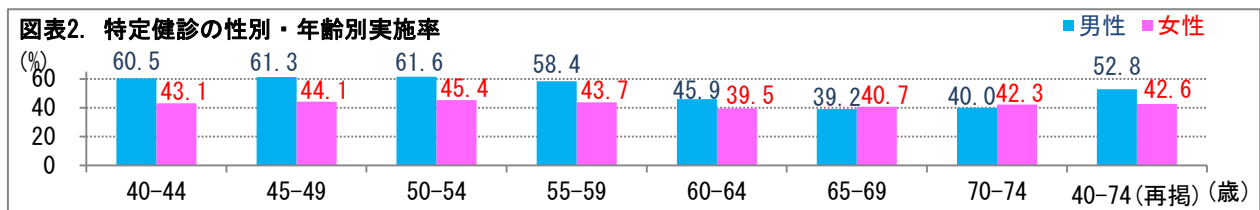
特定健診等の実施率は、2008年度から図表1-1、1-2のとおり推移してきた。特定健診について、実施率は徐々に上昇している。特定保健指導については、対象者割合が少しずつ低下し、対象者に対する実施率は徐々に上昇している。しかし、いずれも2017年度の目標からは大きな乖離がある。



* 特定保健指導の対象割合とは、特定健診を受けた者のうち、特定保健指導の対象者となった者の割合を指す。

※「平成25年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」(厚生労働省)より、筆者作成

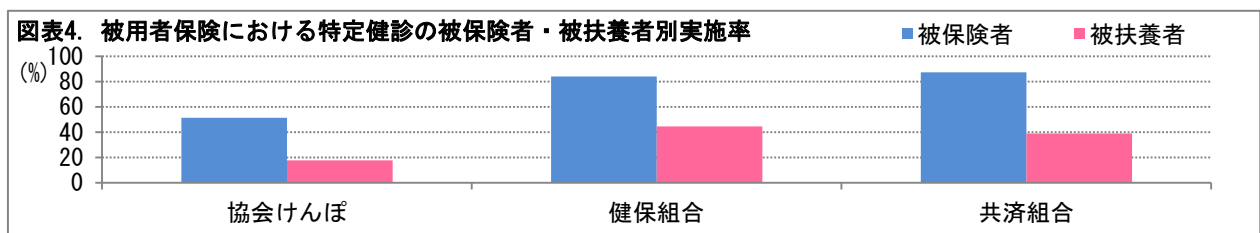
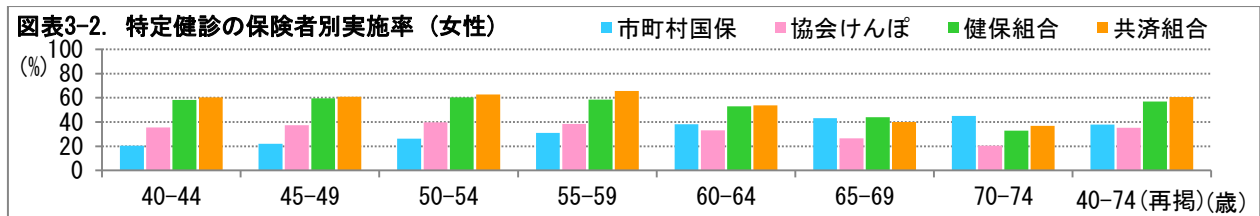
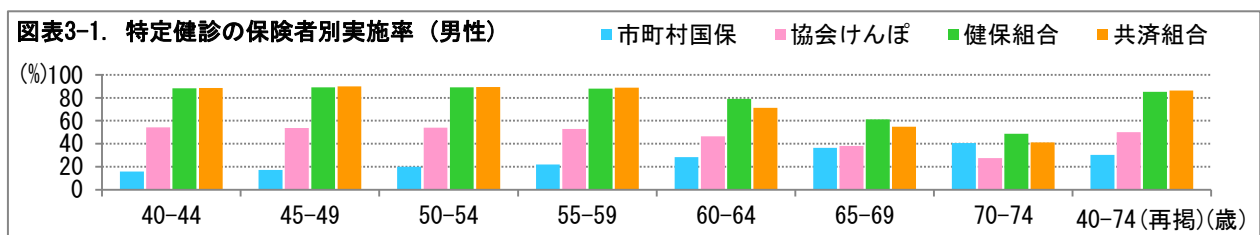
特定健診の実施率を性別・年齢別に見ると、図表2のようになっている。特に、男性の40～50歳代は実施率が高いが、60歳以降は低い。また、40～50歳代の実施率は男性が女性を大きく上回っている。



※「平成25年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」(厚生労働省)より、筆者作成

これは、一見すると40～50歳代の男性の健康への意識が高いことを表すように見える。しかし、保険者別に見ると、その実情が浮き彫りになる。この年齢層で男性の実施率が高いのは、被用者保険、特に健保組合と共済組合の実施率が高いことによる。これは、保険者から特定健診を半ば強制されていることによるものと考えられる。被用者保険では、女性は男性ほど実施率が高くない。これは、被扶養者として加入するサラリーマンの妻には、特定健診の強制力があまり効かないためと見られる。

一方、市町村国保には、被扶養者という考え方がなく、実施率で女性が男性をやや上回っている。保険者からの特定健診の強制力が効きにくいと思われる自営業者等の現役世代は、60歳以降よりも実施率が低くなっている。このように保険者からの強制力の強弱が実施率に表れているものと見られる。



※いずれも「平成25年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」(厚生労働省)より、筆者作成

2 | 特定健診等は、医療費の抑制や、生活習慣の改善に効果があるのか、判然としない

そもそも、特定健診等は何を目的に行われているのか。増大する医療費を抑制するために、病気になりそうな人を事前に特定して改善を図るため、ということが言われている。しかし本来は、医療費抑制が最終の目的ではない。1人ひとりが、自らの生活習慣を改善することの必要性を認識して、改善に向けた行動をとるといふ、生活の質(Quality of Life, QOL)の向上が、本来の目的である。

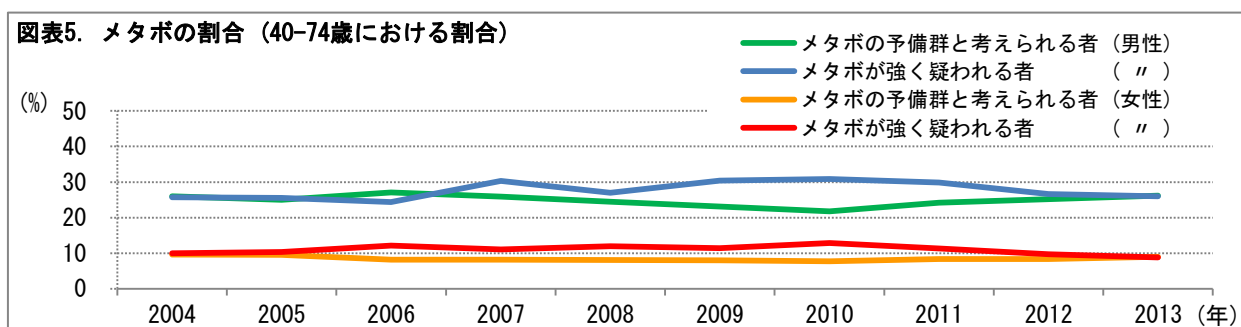
(1) 医療費の抑制

特定健診等を通じて、予防医療を徹底することで、病気の発生を防ぎ医療費を削減するというのが狙いである。しかし、寿命に限りがある限り、大概、人は病気にかかる。高齢期の不健康な期間を短縮できなければ、予防医療には、医療費がかかる時期を先送りする程度の効果しかないかもしれない。また、特定健診で異常が見つかり特定保健指導をしても、生活習慣が改善されない場合、単に治療が開始されるだけになる。この場合、効果は乏しい割に、医療費増大を招きかねない。

(2)生活習慣改善の必要性の認識

(a)メタボの状況

厚生労働省は、2004年よりメタボに関する調査を行っている。その結果(図表5)によると、男女ともメタボ予備群やメタボが強く疑われる者の割合は、10年間であまり変わっておらず、改善は見られない。2008年に始まった特定健診等が生活習慣改善につながっているのか、判然としない状況にある。



* 予備群と考えられる者とは、腹囲が男性で85cm、女性90cm以上かつ血中脂質、血圧、血糖の基準の1つに該当している者。強く疑われる者とは、腹囲に加え、基準の2つ以上に該当している者。服薬中を含む。妊婦等は除外。
 ※「国民健康・栄養調査」(厚生労働省)より、筆者作成

(b)健康診査の診断基準を巡る問題

(b-1)2014年のメタボ論争

2014年4月に、日本人間ドック学会は、健康保険組合連合会と共同研究事業を行った結果、約150万人に及ぶ人間ドック健診受診者の健診データについて、肥満度・血圧・脂質・血糖等の検査値を受診者個々に蓄積し、新たな検査値の基準範囲を作成・公表した¹。これは、従来のメタボの基準と異なるものであったことから、日本動脈硬化学会等、多くの学会との間で論争を呼んだ。その論争がメディアで取り上げられたため、医療現場では混乱も生じた。同年7月に、日本医師会と日本医学会は、共同で見解を示した。それによると、日本人間ドック学会が公表したのは「基準範囲」で、これは、多くの健常人から得られた検査値を集めて、その分布の中央95%を含む数値範囲を統計学的に算出したものであり、疾病の診断、将来の疾病発症の予測、治療の目標などの目的に使用することは難しいとした。また一方で、各種専門学会等により提唱されている、診断基準の中で用いられている検査の基準値は「臨床判断値」である。例えば、日本動脈硬化学会の脂質異常症の診断基準に記載されているものは、疫学的調査研究に基づいて将来の虚血性心疾患の発症が予測され、予防医学的な対応が要求される検査の閾値(いきち)²であるとしている。両会は、このように両者の違いを整理して、混乱の收拾を図った。日本人間ドック学会は、同年8月に追加の説明を行い、「基準範囲」について正しい理解

¹ 「4月4日に厚生労働省、報道機関へ公表した内容について」(公益社団法人 日本人間ドック学会、同会ホームページ)

² ある系に注目する反応をおこさせるとき必要な作用の大きさ・強度の最小値。(広辞苑 第六版(岩波書店)の辞義①より)

を一般に促すよう、ホームページやパンフレットを通じた広報活動を行っている。

(b-2) 2010年のコレステロール論争

実は、診断基準を巡る論争は、2010年にも発生している。これは、日本脂質栄養学会が、高齢でのコレステロール低下を目指す医療に疑義を示す内容のガイドライン³を発表したことに端を発したもので、「コレステロール論争」と呼ばれている。日本動脈硬化学会等の多くの学会は、根拠の信憑性に問題があるとして、このガイドラインに強く反対している。日本医師会や日本医学会からは、日本動脈硬化学会を支持する形で、このガイドラインを否定する内容の見解が示されている。

以上のように、診断基準を巡る学会間の論争が生じることがあり、現場の医師や患者に混乱をもたらしている。更に、一般の国民の健診結果に対する理解にも混乱をもたらしている。

3—特定健診等の課題

特定健診等には、いくつか課題があると言われている⁴。その主なものを見ていくこととしたい。

1 | 特定健診の取り扱いは硬直的で非効率

現在の特定健診には、健康保険法で定められた取り扱いが硬直的で、非効率な面がいくつかあると考えられる。

(1) 生活習慣病で通院中の患者への特定健診の実施

生活習慣病で通院中の患者は、既に病気であるにもかかわらず、別途、診査を受けなくてはならない。この場合、特定健診で判明するメタボに関する情報は既知のものが多く、健診費用にはムダな部分があると考えられる。また、患者にとっても健診は負担が増すことにつながる。

(2) 風邪などの病気で通院した患者への特定健診の禁止

風邪などの病気でたまたま通院した患者に、ついでに診査を受けさせることは禁じられている。これは、医療と健康診査を分離して、過剰診療を防止することが目的だが、非効率ともいえる。たまたま通院した患者は、健康への関心が低い場合もあり、その分、診査の効果は大きいかもしれない。

(3) 特定健診費用の自己負担

健康診査に関する費用は、保険非適用である。原則受検者の自己負担となるが、保険者によっては費用の負担を行うケースもある。保険者ごとに、受検者の費用負担がまちまちであり、これが不公平感を生み、特定健診の実施を阻害する可能性がある。

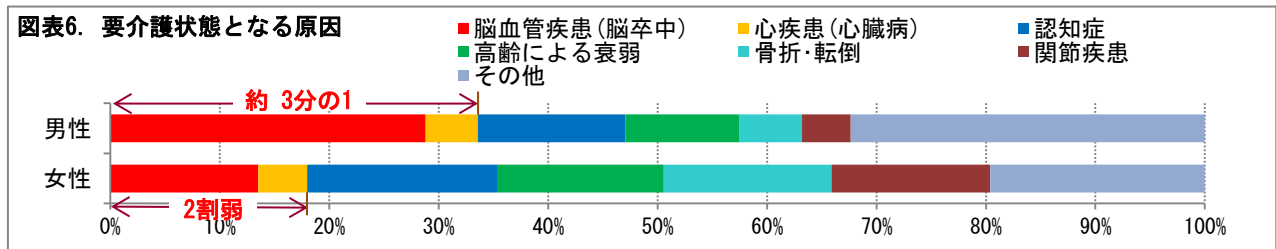
2 | 女性にとっては、メタボはあまり重大な問題ではない

一般に、高齢者は年齢が進むに連れて、要介護状態に該当してQOLが低下するケースが増加する。生活習慣病と要介護状態の関係を、男女別に見てみよう。要介護状態に該当する原因は、男性では、脳卒中がトップであり、メタボ等を起因とする生活習慣病が全体の約3分の1を占める。一方、女性では、生活習慣病は2割弱に過ぎず、認知症、高齢による衰弱、骨折・転倒、関節疾患等の生活習慣病

³ 「長寿のためのコレステロールガイドライン 2010年版」(日本脂質栄養学会 コレステロールガイドライン策定委員会)

⁴ 「医療・介護問題を読み解く」池上直己(日経文庫 1311, 日本経済新聞出版社, 2014) pp170-174、「日本の医療 - 制度と政策」島崎謙治(東京大学出版会, 2011年) pp381-384などを参考にしている。

以外が大半を占める。メタボは、女性にとっては、あまり重大な問題ではないものと見られる。



※「平成 25 年国民生活基礎調査」(厚生労働省)より、筆者作成

4—特定健診に関するマイナンバー制度の拡充

2016年から実施予定のマイナンバー制度について、特定健診も管理対象とするよう、2015年9月に、番号法改正法案が成立した。被保険者が、転居や就職・退職等により保険者を異動した場合、マイナンバーを活用して特定健診等の情報を保険者間で円滑に引き継げるようになる。これにより、情報管理を効率的に行うことが可能となり、効果的な保健事業を推進できるようになる、とされている⁵。

今後、特定健診データを保険者間で連携することで、効率化を図る動きが進むものと考えられる。

5—特定健診に係るデータベース不備の問題

2015年9月に、会計検査院は、厚生労働省が収集している特定健診結果と、患者の診療情報の大半がデータ照合できず、特定健診の効果が検証できない、との問題点を明らかにした。同院が厚生労働省に対して発した意見文書(公表文書⁶)によると、2011、2012年度分の特定健診データ(各年度2,400万件前後)のうち、診療報酬明細書(レセプト)データと照合できたものは19.0%、24.9%に留まった。逆に、全く照合できないという保険者が、保険者全体のうち、2011年度分は57%、2012年度分は49%に上った⁷。原因は、特定健診データとレセプトデータで、漢字・カタカナ書きや、全角・半角といった文字の入力形式が異なるために、同一の患者の認識ができないため、とされている。

今後このまま推移すれば、医療費適正化計画の実績評価(2018年度実施予定)に際して、特定健診等の効果につき適切な評価を行うことは困難とされている。データベースの整備が必要、と考えられる。

6—おわりに (私見)

特定健診等の実施状況は、政府目標に対して、大きく遅れている。被用者保険の被扶養者や、市町村国保の現役世代等にも、幅広く特定健診等を促していくことが必要と考えられる。

そのために、改めて特定健診等の実施の意義を明確にすべきではないだろうか。即ち、「医療費の削減のみならず、1人ひとりが生活習慣改善の必要性を認識し、改善に向けた行動をとるためのもの」という本来の目的を明確にすべきと考えられる。そして、その上で、硬直的な取り扱いを改めるなど、当制度の柔軟な運営について検討を行う必要があると思われる。

今後、更に高齢化が進む中で、特定健診等を拡充して、予防医療を浸透させることが求められよう。引き続き、その動向から目が離せないものと考えられる。

⁵ なお、保険者間のデータの引継ぎには、本人の同意が前提とされている。

⁶ 「レセプト情報・特定健診等情報データベースシステムにおける収集・保存データの不整合の状況等について」会計検査院(平成27年9月4日付け厚生労働大臣宛て)

⁷ 特に健保組合では照合率が低く、約1400の組合のほぼ全てで、全く照合ができないことが明らかとなった。