

第 11 回平成医政塾講演会（平成 20 年 7 月 12 日開催分）

講演要旨（特定検診制度について）

講演者：中尾 正俊

経済財政諮問会議の民間委員による医療費の総額キャップ制の提案に対して、厚生労働省は生活習慣病対策と平均在院日数の短縮等医療提供体制の効率化により医療費の効率化を図ると主張し、生活習慣病対策が医療費適正化の主役を担うこととなった。1983 年に、吉村仁厚生省保険局長が『医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方』の中で「医療費効率逓減論」を述べており、治療中心の医療より予防・健康管理・生活指導などに重点を置いた方が効率的に医療を提供できるとした。そして、メタボリックシンドロームの半数が心筋梗塞や脳卒中など心血管系疾病を発症するため、内臓脂肪蓄積型肥満に着目した健診・保健指導を実施すれば医療費は削減できるということになった。しかし、メタボリックシンドロームは糖尿病などと同じく動脈硬化性疾患をきたす疾患であり、厚労省が主張している保健指導（積極的支援）の対象ではなく、診療報酬で請求可能な疾患として対応すべきであると強く主張していくべきである。

大阪府では、老人の基本健診受診率が高いにもかかわらず老人医療費も高く、医療保険者に対してメタボリックシンドロームに着目した特定健診・特定保健指導を義務付け、健康づくりに関する取り組みを行い、「地域職域連携推進協議会」を立ち上げて、できるだけ地域と職域が連携して、この取り組みを強化するとされている。国保連合会が座長を務める「保険者協議会」がレセプトデータを分析し効果的な保健指導の充実を図るとされているが、保険者協議会には大阪府医師会はオブザーバー出席で意見を言わせてもらえず、この協議会の在り方も検討を要する。

そして何故医療保険者がこのように煩雑なものを引き受けたのか？医師が行う診療よりも保健指導の方が医療費を抑制可能、健診・保健指導データとレセプトデータを突合し分析することにより医療機関評価機能を持ち保険者機能の強化を図れる、未受診者や治療中断者のデータを電子化されたデータで入手可能、後期高齢者支援金の加算・減算システムによって市場経済原理をこの分野に導入できたことが考えられる。

標準的な健診・保健指導プログラムでは、血清尿酸値やクレアチニン値は必要に応じ実施することが望ましいと記載されているが、市町村国保等医療保険者は、これらの項目を市町村衛生部門に任せた結果、市町村国保が行う特定健診と市町村の衛生部門が追加して行う健診という複雑な状況になっている。その結果、ある市町村では多くの検査を受けることができるが、ある市町村では国が定めた基本健診項目しか受けることができないという地域特性があつて良いのかもしれないが非常に分かりにくい状況になっている。

健診受診後に受診者は「情報提供」、「動機付け支援」、「積極的支援」と「要医療」に選定・階層化されるが、「動機付け支援」・「積極的支援」の選定および階層化は保険者がおこ

なう業務であり、健診を実施された先生方の業務ではないので決定権はない。しかし、「要医療」は、先生方に決定権がある。日本高血圧学会の高血圧治療ガイドライン 2004 では、『生活習慣改善・食塩制限・肥満是正と運動療法を行って、3 か月後の血圧が 140/90mmHg 未満にならない場合には薬物療法に入る』ということになっているが、保険者が「積極的支援」と選定・階層化すると医療機関を受診し薬物療法を開始することができず、6 か月間保健指導のみを実施しなければならない。その様な事態を避けるために、特定健診を受診された方を適切な医療につなげるため、医療機関を受診する様に働きかけること（医療機関受診勧奨）は、健診を実施された先生方にしかできない大切な業務である。また、特定保健指導の実施には安全面を配慮し、医療保険者は 180/110mmHg の重症高血圧などの除外条件をつけているが、発生する事故に対する責任問題は重要な事項であり、医療保険者と実施機関が十分に協議し契約内容に反映させるべきである。

労働安全衛生法により、企業は事業主健診を実施し、長時間残業やメンタルヘルスに対する対策を行っている。しかし、従業員であり健康組合の組合員である個人が、企業と健康保険組合の両者からどの様な健診保健指導サービスを受け、健診結果を踏まえて生活習慣を改善し健康の自己管理していくのか。健保組合が、産業衛生のうちメタボリックシンドロームをはじめとする生活習慣病の発症予防に対して外部の健診・保健指導機関と委託契約を結ぶということはあることで、今までは実施したいが実施することができなかった企業にとっても、保健指導・栄養指導・運動指導を外部委託可能になり、ある程度基盤整備ができることは望ましいが、基盤整備ができなければ、産業医を中心とした健康管理システムは破壊され、産業保健は壊滅状態に陥る。

治療中の者に対する保健指導をめぐるっては、厚労省がまとめた標準的な健診・保健指導プログラムに「医療機関において継続的な医学管理の一環として行われることが適当」と明記され、医療保険者による特定保健指導の対象から外されている。一方で同プログラムは医療保険者が必要と判断した場合には、「主治医の依頼又は了解の下に、保健指導を行うことができる」とも謳い、実施は市町村の判断に委ねられている。「国保の医療費適正化や地域の健康課題の改善につながるのであれば実施する意義がある」（神田裕二国保課長）と判断し、モデル的に効果を検証してもらう方針を決定している。

特定健診・特定保健指導は完全にアメリカの疾病管理の丸写しであり、特定健診の受診率や特定保健指導の実施率等の実績がなかなか上がらない場合、5 年後の評価の際には医療保険者としても、後期高齢者の支援金は少ないほうが良く、会員医療機関との外部委託をやめて実績のある米国の民間管理会社に全面委託する可能性がある。そして医療保険者には、健診結果を含んだ特定健診データ、行動変容も含む特定保健指導データと薬剤費を含むレセプトデータが蓄積され、これら蓄積されたデータを用いて医師の関与が不要な健診・保健指導システムとなり、保険者機能が強化され、医療機関の選別と排除につながる方向性に進んでいくのではないかと大いに危惧されるようです。

しかし、医療者である我々は、医療費の適正化に加担するのではなく、今まで以上に国民の健康の維持・増進に向けた取り組みを行っていかねばいけないだろう。ただ、今回の特定健診・特定保健指導は制度設計においても多くの問題があり、今まで実施されてきた健康づくりに対する大事な取り組みも後退するのではないかと非常に心配している。