

特定健診・特定保健指導事業の現状と課題 —プライマリケアとの連動及び情報基盤の構築を中心に—

産業医科大学医学部公衆衛生学教室

松田晋哉 (MATSUDA Shinya)

1. はじめに

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律 80 号）に基づき、平成 20 年度から特定健診・特定保健指導事業が開始されている。特定健診はメタボリックシンドロームに着目した健診であり、特定保健指導を必要とする者を抽出し、その保健指導により運動や食事等の生活習慣の改善を促し糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的としている。そして、こうした健康増進の効果により医療費適正化を図ろうというのが平成 18 年度医療制度改革の柱の一つであった。

この制度については支援対象となる基準の妥当性（特に腹囲）や実施率に関する目標値を達成できなかった場合のペナルティの是非、さらには健康づくりが医療費適正化に資するというエビデンスはあるのかといった疑問など様々な批判がなされた。例えば、岡本はある健康保険組合の特定健診・特定保健指導事業のデータとレセプトの連結分析を行った結果として、少なくとも 3 年間の追跡効果では本事業にメタボリックシンドローム関連の医療費を削減する効果はなかったことを報告している¹⁾。

また、特定健診及び特定保健指導の実施率も目標値には届いておらず、平成 23 年度では前者の実施率が 44.7%、後者のそれが 15.0%にとどまっている²⁾。ただし、前年比でみると前者は 1.5 ポイント、後者は 1.9 ポイント上昇しており²⁾、徐々にではあるが本事業に対する国民の関心も高まっていることが推察される。しかしながら、保険者別・性別・年齢階級別に特定健診の実施率をみると大きな問題があることがわかる（表 1）²⁾。具体的にはメタボリックシンドロームのもっとも重要なターゲットである 40 代・50 代の男性における特定健康診査の実施率をみると、健康保険組合・共済組合の被保険者は 85%以上であるのに対し、市町村国保は 15%から 20%に低迷しており、特に市町村国保の規模が大きくなるほどこの値が低くなることがわかる。また、女性の場合、国民健康保険では女性の方が男性より若干高い実施率となっているが、健康保険組合の女性の 50%台に比べると非常に低い値となっている。被用者の場合、労働安全衛生法で義務付けられている定期健康診査をもって特定健診受診とみなすことができること、さらに異常が見つかった際には事後措置として産業保健スタッフが健康相談等を行うことが法律で決まっているため、このような高い実施率になるのは当然であろう。他方、国民健康保険の場合はどうであろうか。特定健診健診の主たるターゲットである 40 代、50 代の男性の場合を考えてみると、彼らの多くは自営業者であり、平日の日中に仕事を休んで保険者の指定する場所及び日時に健診を受けに行く、あるいは保健指導を受けに行くということは難しいだろう。このような事情を考えれば、特に国民健康保険において実施率が低迷しているのは十分理解できる。こうした状況に対応するためにはどうしたらいいのか、このことを再検討しなければ国保の受診率を目標レベルまで上げることは難しい。次節ではその解決策について私論を述べてみたい。

表1 特定健康診査の実施率（保険者の種類別・性・年齢階級別）

保険者の種類	全体	性別	40-74	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
			歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳
市町村国保	全体	男性	28.6%	15.0%	16.7%	18.6%	20.5%	27.1%	35.5%	39.1%
		女性	36.3%	19.5%	21.3%	25.0%	29.9%	37.0%	42.4%	43.3%
	大規模(再掲)	男性	23.4%	12.4%	13.8%	14.9%	16.1%	21.8%	29.3%	33.5%
		女性	30.2%	16.7%	17.8%	20.4%	24.0%	30.6%	35.6%	37.3%
	中規模(再掲)	男性	29.8%	15.5%	17.2%	19.0%	20.9%	27.8%	36.8%	40.6%
		女性	37.8%	20.2%	22.1%	25.9%	30.9%	38.4%	44.2%	45.1%
	小規模(再掲)	男性	33.9%	20.5%	22.7%	24.8%	27.1%	33.4%	40.8%	41.9%
		女性	41.3%	24.8%	28.2%	31.8%	36.8%	42.8%	46.6%	45.6%
国保組合	40.6%	男性	45.7%	48.5%	47.4%	46.9%	47.6%	45.6%	41.4%	38.3%
		女性	34.7%	33.0%	34.1%	35.1%	35.8%	35.9%	35.5%	32.0%
全国健康保険協会	36.9%	男性	44.5%	48.5%	48.6%	48.7%	46.5%	39.8%	32.6%	23.0%
		女性	29.7%	29.8%	32.4%	33.8%	32.2%	27.1%	20.9%	15.8%
船員保険	35.3%	男性	52.2%	58.4%	57.1%	58.2%	54.3%	44.3%	39.6%	30.3%
		女性	9.5%	8.7%	8.9%	11.1%	10.7%	9.1%	7.0%	7.2%
健康保険組合	全体	男性	83.0%	86.5%	87.3%	86.9%	85.6%	75.2%	57.7%	43.5%
		女性	53.8%	55.2%	56.9%	56.8%	55.0%	49.2%	39.5%	28.6%
	総合(再掲)	男性	77.9%	81.0%	81.0%	80.8%	79.7%	71.7%	59.8%	44.4%
		女性	51.0%	53.1%	55.0%	54.5%	52.3%	45.5%	34.8%	23.7%
	単一(再掲)	男性	85.5%	89.6%	90.2%	89.9%	88.4%	76.9%	56.5%	43.1%
		女性	55.2%	56.4%	57.8%	58.0%	56.3%	51.2%	42.2%	31.6%
共済組合	72.4%	男性	86.0%	88.9%	90.0%	89.2%	87.9%	69.1%	52.6%	37.0%
		女性	58.3%	58.8%	58.2%	61.0%	63.1%	50.8%	37.8%	34.1%

資料：厚生労働省、平成23年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（確報値）、平成26年1月24日。

2. 特定健診・特定保健指導事業の医師会モデル

国民健康保険の特定健診・特定保健指導事業においてその実施率を向上させるためには、被保険者が時間があるときに比較的余裕をもって受診・利用ができるようにするために、地域に健診や保健指導のためのアクセスポイントを数多く作る必要がある。しかし、財政状況の厳しい中、自治体が公費でそのような場所を作ることは不可能であろう。こうした中、医師会会員の医療機関を健診と保健指導の場所として事業展開をする医師会モデルが東京都足立区医師会、福岡県北九州市医師会、熊本県熊本市医師会などで行われ、大きな成果を上げている。

図1は筆者らがその立ち上げと運営にかかわってきた熊本市医師会と北九州市医師会で行われているモデルを図示したものである³⁾。国民健康保険の加入者は市国保と市医師会との契約に基づき、医師会に登録した特定健診等事業参加医療機関で健診を受ける。医療機関では受診券の内容を確認し、医師の診察の後採血を行う。検体は医師会の検査センターあるいは市内の契約健診機関に送られ、その結果が市の国保担当課に階層化の結果を含めて送付される。

結果は市当局から健診受診者に郵送で返却される。特定保健指導対象者については利用券も送付される。特定保健指導対象者は、健診受診医療機関で個別面接を受けることを勧奨されるが、健診を受けた施設と別の保健指導機関を利用することも可能になっている。しかしながら、これまでの実績では多くの対象者は特定健診を受けた医療機関で指導を受けている。

保健指導については、各種公表資料を参考に産業医科大学公衆衛生学教室で作成した教材を用いて

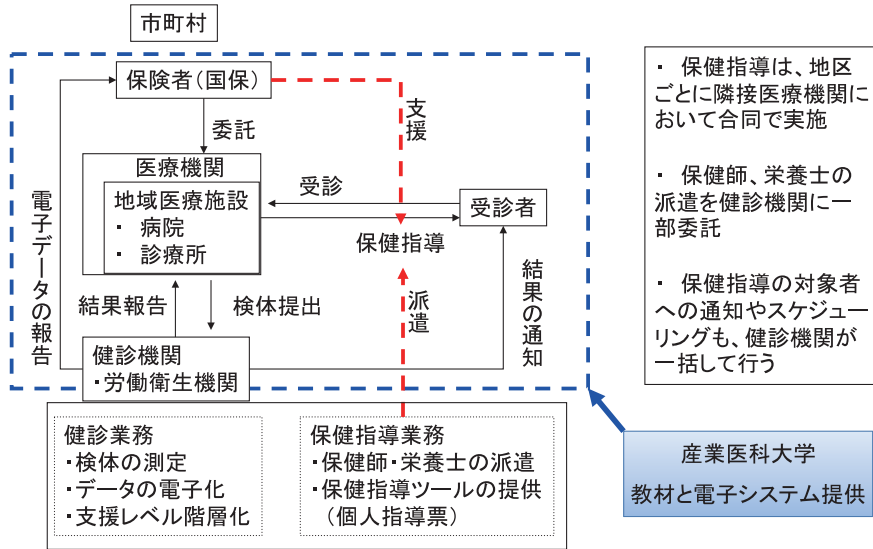


図1 特定健診・特定保健指導の医師会モデル

当該医療機関の医療職（医師、保健師、看護師、管理栄養士）が行っている。多くの場合かかりつけ医である医師が行っているが、必要に応じて自治体の保健師や栄養士が個別指導あるいは集団指導を行っている。

特定健診・特定保健指導では保険者に対する費用請求を電子的に行わなければならない、これに対応することが求められる。そこで熊本市医師会では、筆者らの教室で開発したU-HMSというネット上で対象者の管理と請求ファイルの作成を行う仕組みを使ってこの業務を行っている⁴⁾。

筆者はこのような医師会モデルが特定健診・特定保健指導事業を地域で適切に運用していくためには重要であると考えている。その理由は、住民の利便性もさることながら、これがこれからの高度高齢社会において不可欠となるプライマリケア体制構築のための重要な機会になると考えているからである。図2でこれを説明しよう。どんなに予防に熱心に取り組んだとしても、人はいずれ何らかの傷病に罹り、そして死を迎える。したがって、疾病予防と傷病の重症化予防（生活の質の維持も含む）は連続していなければならない。連続した管理のためには、それを可能とする共通の場所が必要である。筆者は、この場所が地域医療を担う医師の診察室であると考えている。ただし、すべてを医師が管

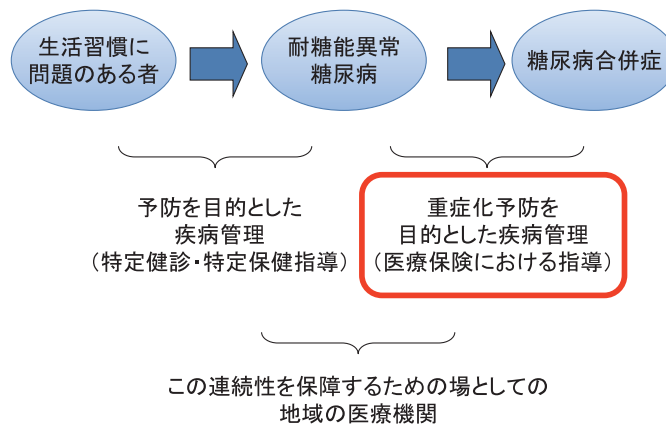


図2 なぜ医師会モデルなのか？

理するべきであると主張しているのではなく、地域の医療機関を連携の場所として、地域の多様な保健医療職が慢性疾患の管理にあたる仕組みが理想であると考えている。具体的には、イギリスの家庭医のグループプラクティスが参考になる。イギリスの家庭医の診療所の形態としては近年4、5名の家庭医と1名の看護師から構成されるグループプラクティスが增加している。ここで勤務する看護師の主たる業務は慢性疾患患者の健康教育や療養上の指導である。このような枠組みを我が国においても一般化できれば、特定健診・特定保健指導事業の実施率を飛躍的に高めることができると考える。

年間160万人が死亡するという高度高齢社会においては、予防から最後の看取りまでを支援してくれるプライマリケアの体制が整っていることが望ましい。これからの高齢社会では、予防か治療か、医療か介護か、病院か診療所かという二分論ではなく、プライマリケアを担う医療職が窓口となって、必要に応じて柔軟かつ総合的にサービスが提供できる体制を作ることが求められる。住民のもっとも身近にいる「かかりつけ医」やそこに勤務する看護師が予防に積極的に取り組むことは、住民に対する教育の場を提供することでもある。マスメディアからの情報よりも、医師や看護師からきちんとした情報を得ることの方が生活習慣の改善や医療資源の適正利用のインセンティブになるだろう。The physician's office is one of the best places for health education (医師の診察室は健康教育を行うための最も適切な場所の一つ)なのである。

3. 急がれる情報基盤の確立

特定健診・特定保健指導事業の効果について単に直接的な医療費の削減のみを取り上げることは妥当ではないと筆者は考えている。これからさらに少子高齢化が進む日本が、その生産性を維持向上させようとするのであれば、年齢にかかわらず働くことが可能なAgeless社会を実現することで労働力を確保することが必要となる。清家と山田がパネルデータの分析結果から明らかにしているように、健康は高齢期においても就業し続けるための重要な条件の一つである⁵⁾。筆者はこの間接的效果こそが本事業のもっとも重要な社会的意義であると考えている。また、Blackが指摘するように、健康は労働の条件であると同時に、人は働くことで健康で居続けることができるのである⁶⁾。この意味でも特定健診・特定保健指導事業はAgeless社会実現のための投資であると考えられるべきではないだろうか。

ただし、その効果について短期的にも中長期的にも評価ができる基盤整備を行うことが必要である。National databaseを用いた特定健診データの分析においては約1600万人分のデータが半角・全角の不整合などのためにレセプトと突合できず分析不能だったことが報じられているが、まずはこのような情報基盤の改善から行う必要がある。このような状況になってしまった理由としては、本事業開始時における情報化の仕様が不明確であったため、システム開発が混乱してしまったことがまず挙げられるが、より本質的には諸外国で一般的に用いられている社会保障番号のようなuniqueなIDがないことが問題である。個人情報の保護について十分配慮した上で、マイナンバーの導入を急ぐべきであろう。

また、国レベルで情報の突合を行うだけでなく、標準的なフォーマットを順守した上で、保険者レベルでの分析を行うことがより重要である。なぜならば、具体的な健康増進計画の実効性はローカルレベルで担保されるべきものだからである。筆者らはこうした問題意識から地域保険及び職域保険の両方でデータ分析のためのモデル事業を行ってきた。次節ではそのうち福岡県の地域保険者で作成したモデル(FukHDAS)を紹介する。

4. FukHDAS を用いた特定健診・特定保健指導データの分析

図3は筆者らが福岡県内の一自治体の国民健康保険レセプト（医科・調剤）、後期高齢者医療制度レセプト（医科・調剤）、介護保険給付レセプト及び特定健診データをつないで分析することを目的に構築したシステム（FukHDAS: Fukuoka Health Data Analysis System）の概要を示したものである⁶⁾。このシステムでは医科レセプト、調剤レセプト、DPCレセプト、介護保険給付レセプト、特定健診情報の各データベースを個人別に連結している。ここで問題になるのは、各被保険者が医療保険、介護保険、特定健診それぞれの制度で別の被保険者番号を持っていることである。しかも、国民健康保険については、世帯単位で被保険者番号が振られているため、これを個人別にわけ作業が必要になる。具体的には性や生年月日などの情報を用いて、同じ被保険者番号に枝番をつけて、個人別のIDにしなければならない。筆者らのこのモデルではそのためのプログラムを開発し、これを用いて暗号化したIDを用いて分析を行う仕様としている（複合化のキーは各自治体の担当者のみが保有しており、システムを提供している著者らは個人名は特定できない）。このシステムを用いることで、自治体の担当者が傷病単位の受療率や医療費・介護給付費及びその合計の分析（地区別・性別・年齢階級別、要介護度別など）、ジェネリック使用の効果の推計、メタボリックシンドローム及び保健指導の判定別人数（地区別・性別・年齢階級別など）をインタラクティブに分析することができる。

図4は特定健診について分析した結果を示したものである。特定健診で、糖尿病リスクあり、高血圧リスクあり、高脂血症リスクありと判定され、受診勧奨になった対象者がその後適切な医療を受けているかを確認した結果を示している。この対象者は受診勧奨になったにもかかわらず、その後医療費が発生していない。ということは、リスクを抱えたまままったく医療を受けていないことを示唆している。保険者としてはこのような対象者を早期に発見し、医療に適切につなげていくことが、重症化予防、ひいては医療費適正化のために必要であろう。さらにこのシステムを使って、例えば積極的保健指導の対象となったもので指導を受けた者・受けなかった者別、受けた者でも最後まで指導を受

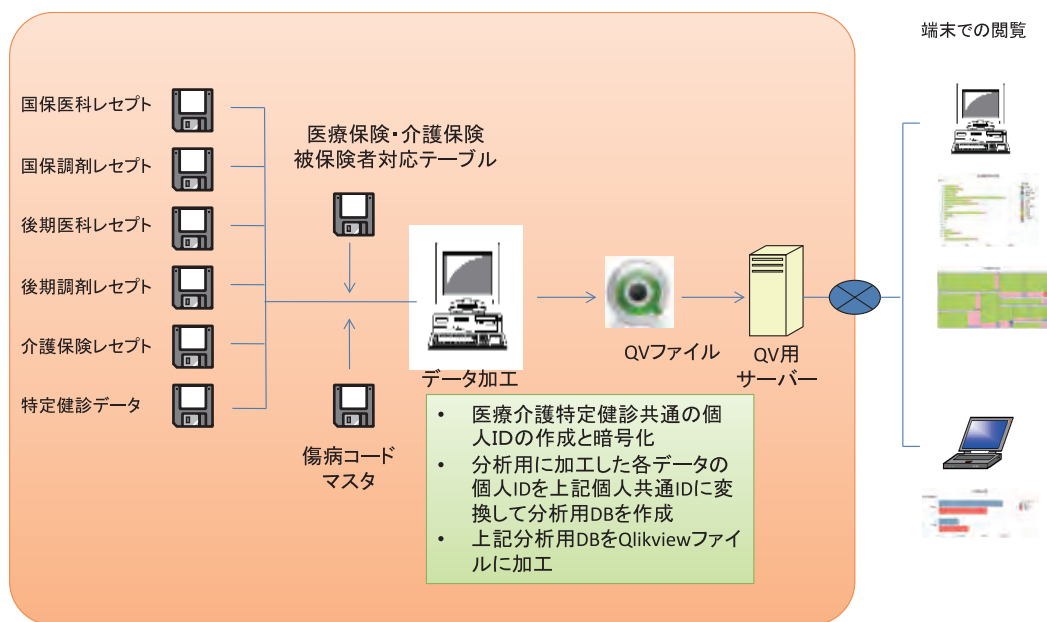


図3 医療介護健診総合分析システム (FukHDAS) の概要



図 4 特定健診の分析システム

ともに脂質、血糖、血圧のリスクがあるが、「服薬あり」のため「情報提供」となった男性の事例。上段の男性はそれぞれの傷病の内服治療を受けているが、下段の男性は受けていないことがわかる。

けた者・脱落者別にその後の医療費を追いかけることで、指導の効果を分析することが可能である。

表 2 は FukHDAS を用いて特定健診の標準的問診項目を分析した結果を示したものである。この例では「20 歳のころから 10kg 以上の体重増加」、「飲酒」、「過去 1 年間における体重増加」の 3 項目を使って 40 歳から 59 歳の男性対象者をセグメントしている。表 2 を見ると、20 歳からの体重増加が 10kg 以上で過去 1 年間に体重増加があり、毎日飲酒している 40 歳から 59 歳の男性の 57.9% がメタボリックシンドロームで特定保健指導の対象となっている（服薬者は除く）。このような結果はより早い時期からの健康増進を行うための根拠として活用することが可能であるし、また受診勧奨のための情報としても有用であろう。例えば、表 1 に示したように現在、国民健康保険では 40 歳から 59 歳の男性の健診受診率が低迷しているが、この結果をもとに市の広報に「当市で昨年度行った特定健診の結果によると、20 歳からの体重増加が 10kg 以上で過去 1 年間に体重増加があり、毎日飲酒している 40 歳から 59 歳の男性の 57.9% がメタボリックシンドロームで特定保健指導の対象となっています。メタボリックシンドロームは脳卒中や心筋梗塞などの重要なリスクファクターになっています。

表 2 特定健診の問診情報を用いた対象者の絞り込み（40-59 歳男性）

リスクパターン	対象者数	積極的支援	動機付け支援	情報提供	服薬のため 情報提供
3 条件あり*	57 人	28 人	5 人	16 人	8 人
		49.1%	8.8%	28.1%	14.0%
全体	1,088 人	255 人	93 人	628 人	112 人
		23.4%	8.5%	57.7%	10.3%

*：3 条件「20 歳のころから 10kg 以上の体重増加」、「飲酒」、「過去 1 年間における体重増加」

この条件に当てはまる人はぜひ下記の機会を活用して、特定健診を受けてみましょう」というような呼びかけをするだけでも対象者の健診受診への動機付けは強まるのではないだろうか。

5. まとめ

特定健診・特定保健指導事業に関してはその有効性について種々の批判が出されているが、その意義を判断するのは時期尚早であろう。他方で平成25年6月14日に閣議決定した成長戦略「日本再興計画」では、成長分野の一つとして「健康寿命延伸産業の育成」が盛り込まれ、その具体的事業として「データヘルス計画」の推進があげられている。この計画においては推進の担い手として保険者の役割が重視されており、保有するレセプトや特定健診・特定保健指導のデータを総合的に分析して、加入者の健康増進に役立てることが求められている。成長戦略の視点からはこれに関連して健康関連ビジネスが発展することが期待されている。

ここで注意すべきことが3つある。一つは情報基盤の共通化である。FukHDASの例で示したように、介入の効果を評価するためには時系列で個人を追いかけることができる情報システムが必要である。保険者を移ると連結できないという欠点はあるものの、我が国のレセプトはすでに90%以上が電子化され、また内容的にも傷病名やお行われた医療行為の詳細がわかる仕様となっており、国際的にみても優れた情報源となっている。その加工方法については標準化が可能であり、したがってこの情報化は国の指導のもと統一の基準で行うべきである。仮に保険者が個別に各ベンダーと契約して独自システムを作ってしまうと、事後的にそれを集約することが困難となり、電子カルテ一般化における過ちを繰り返してしまうことになる。電子カルテは個々の施設がそれぞれ独自に装備を行ってしまったために、情報の標準化ができておらず、そのために施設間の情報共有を行うためにはさらに別の大掛かりな仕組みを作らなければならない。実務的にも費用的にも問題の多い仕組みとなっている。さらに、個々の施設が独自の改修作業をしなければならないために、国全体でみると電子カルテの維持・管理に大きな間接コストがかかる状況となっている。こうしたシステムの実装が税金及び保険料で賄われていることが強く認識されなければならない。展開方法を誤ると単なるレントシーキングに終わってしまう可能性がある。

第2の課題としては、健康づくりの効果を評価するのであれば、保険者ごとに標準的な医療費推計を行う仕組みを構築する必要性があげられる。高齢化に伴い、いずれの保険者においても医療費は自然に増加していく。したがって、介入の効果は何もしなかった場合に予想される医療費総額と介入を行った場合の実際の医療費総額の差として評価されなければならない。フランスのONDAMやドイツのリスク構造調整などの仕組みを参考としながら、レセプトを活用して保険者ごとに標準的な医療費を推計する手法の開発を行う必要がある⁶⁾。

第3の課題は人材の育成である。情報基盤を作成してもそれを使って課題の抽出や計画作・評価のための資料を作成できる人材がいなければ、効果は上がらない。フランスの保険者(CNAMTS)では、こうしたデータ分析のために統計学や疫学の実務者を雇用している。我が国の保険者においても、少なくとも連合会レベルではそのような人材が必要であろう。また、整理された情報をもとに保健指導や健康教育を行うための人材育成も不可欠である。ヨーロッパでは看護師、薬剤師、栄養士の職務としてセルフケアの支援が重視されるようになっており、制度的にも種々の対応がなされている。また、フランスでは健康教育を担う専門職(Educateur sanitaire, Educateur thérapeutique)の育成も行われている。我が国でも同様の取り組みが必要であろう。

以上、特定健診・特定保健指導事業の現状と課題について私見を述べた。データヘルス計画の立案、そしてそれを推進するためのコラボヘルス事業（事業者と保険者の協力による健康増進活動）の具体化などにより、今後特定健診・特定保健指導事業は新たな局面を迎えることが予想される。これまでの反省を踏まえれば、情報基盤を共通化することが最も重要な優先課題であると考えている。関係者には新しい社会的共通資本⁷⁾を構築しているという認識が求められるのではないだろうか。

引用文献

- 1) Etsuji Okamoto: Effects of Health Guidance on Outpatient and Pharmacy Expenditures: A Disease- and Drug-Specific 3-Year Observational Study Using Propensity-Score Matching, *J Epidemiol* 2013;23(4): 262-269.
- 2) 厚生労働省：平成 23 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について、平成 26 年 1 月 24 日、<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000035470.html>（平成 26 年 6 月 22 日アクセス）
- 3) 松田晋哉：特定健診・特定保健指導事業の実践事例—北九州モデルについて—、社会保険旬報、No.2349：6-16, 2008.
- 4) U-HMS：<http://www.uoeh-u.ac.jp/library/JP/company/outline/u-hms.pdf>
- 5) 清家篤・山田篤裕：高齢者就業の経済学、東京：日本経済新聞社、2004.
- 6) 松田晋哉：医療の何が問題なのか—超高齢社会日本の医療モデル—、東京：勁草書房、2013.
- 7) 宇沢弘文：社会的共通資本、東京：岩波書店、2000.