

## 都道府県医師会健診・保健指導担当理事連絡協議会（平成18年8月31日）

### 質問・要望と回答

#### <事前に寄せられた分>

##### 【神奈川県医師会（秦野伊勢原医師会）】

最近、費用対効果があるとされている前立腺癌検診であるPSA検査が市民検診や人間ドックで行われるようになった反面、予算がないという理由で市民検診に導入されていない自治体もあります。

また、介護保険の利用者の6割が認知症であるという事実や認知症は、早期発見、早期治療が必要という事で専門医が「もの忘れ外来」を多数開設しているにもかかわらず、認知症に対する「もの忘れ検診」が行われていません。医療の現場に現れるのは、家族が介護するのに困るようになった患者さんたちです。平成20年より検診の内容が変わっていく中で、どのような内容の検診が必要なのか、また、どのような検診が効果があるのかということ、保健、福祉、医療の現場で働いている医師たちの意見を取り入れながら考えていって欲しいと思います。

##### 【回答】

前立腺がん検診については、現在、国の指針において推奨しておらず、老人保健事業報告の対象にもなっていないため、国においても詳細な把握ができていません。

平成13年3月にとりまとめられた、厚労省の研究報告書では、「PSAを用いた前立腺がん検診は、検査精度や生存率等を指標とする予備的な研究で、効果の可能性が示されている。しかし、現時点では、検診による死亡率減少効果を判定する適切な根拠となる研究や報告が見られない。現在欧米で進行中の、死亡率減少効果の評価に関する無作為割付比較対照試験の成績を、今後参考とすべきである。」とされています。

今後の研究成果等を踏まえて日医としても対応したいと考えています。

また、認知症については、老人保健事業の基本健診において実施する、介護予防のための生活機能評価が本年度から行われています。

今後、疾病予防としてどのような健診が必要かについては、厚生労働省とともに検討していきたいと思います。

##### 【石川県医師会】

#### 1. 健診の基盤整備について

(1)「医師会で受託する」と希望した時に、本当に実施可能なのでしょうか。厚生労働省と日医との間で約束・合意されているのでしょうか。

##### 【回答】

既に健診はアウトソーシングが進んでおり、老人保健事業でも個別の医療機関にお願い

している状況になっています。保健指導部分は、必ずしも十分ではなかったもので、保健指導のアウトソーシング先としては、健診機関がより業務を拡大するやり方、病院、診療所の医療機関が保健指導を担うセクションを設けるやり方という形などになっていきます。当然のことながら、医師会の先生方の力を借りなければ実現できないと思っています。

都会では、民間事業者が積極的にでてくる可能性もありますが、地方等においては地域医師会の先生方の力を借りないことには、しっかりした健診・保健指導ができない可能性があると思います。保険者も地域医師会の先生方と連携しながら健診・保健指導の推進をしていくことになるのではないかと考えています。

(2) 現在、政管健保健診事業では、指定医療機関が限定されています。この「健診・保健指導」でも一般開業会員が参加できないのではないのでしょうか。

**【回答】**

健診・保健指導に関しては、生涯を通じた健康管理というような視点からもかかりつけ医の役割が非常に大きいと思います。既に老人保健事業の中で個別健診で医師会が受託するというシステムができていますから、委託基準を満たしていくということは必要ではありますが、医師会としてあるいは個別の医療機関として、この健診を受託していくということはやっていただきたいと思っています。

委託については、地域において各保険者との協議によることになっています。

2. 「精度管理」が特に重要だと考えますが、精度管理をどのようにして評価し担保するのははっきりしないのではないのでしょうか。

(1) 内部精度管理、外部精度管理としているが、最終的にチェックし評価し判定するのはどこでしょうか。「地域職域連携推進協議会」かあるいは各都道府県の「成人病検診管理協議会」が実施しても良いのでしょうか。日医の考え方と厚生労働省の考え方について。

(2) 「検査機関が異なっても、検査結果を正確に比較することができるように」と決められていますが、実際には困難な点があるのではないのでしょうか。

**【回答】**

精度管理の範囲をどこまでするのか、どのように質を高めていくのか、精度管理をどういう形で進めていくのかなど、今後の検討課題となっています。精度管理をどの程度まで行うか研究しなければならない部分もあり、すぐには対応できないところもあります。各都道府県で精度管理をお願いすることになるかについてもこれから詰めていくことになります。

3. 医療保険者の力が突出するのではないのでしょうか

(1) 医療保険者が健診・保健指導データとレセプトを照合してデータ分析すると、保険者機能が強化され集中する恐れがあります。これをチェックする方法について日医としてどのようにお考えでしょうか。

(2) 医療保険者がデータとレセプトとの照合の結果、医療機関をランク付けしたり、良

い医療機関と受診すべき医療機関と言うように差別化、選別する恐れがあるのではないのでしょうか。

**【回答】**

レセプトデータと健診データの突合ということが、医療機関のランク付け、差別化に使われるというような、いわゆる医療現場への介入ということが起きてくる可能性があります。保険者の行う事業をしっかりとチェックするということが、将来的には第三者機関による保険者の健診事業、保健指導事業に対する評価というものが必要になってくると考えています。

(3) 現在受診中の患者さんに対する医療機関の指導と、この「健診・保健指導」による指導に違いがあると、患者さんが困惑するケースが出るのを恐れますが、その対策は？

**【回答】**

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）の30ページをご覧いただきたい。例えば、高血圧の治療中であっても、例えば血糖にリスクがある場合は、その糖尿病予防のための保健指導が必要であるということがあるかと思えます。その医療機関と連携した上で必要な保健指導が確保されるような仕組みを考えていくことが大事だと考えています。

医療保険者には、的確に医療機関と連携の上で健診も含め、総合的にやっていただくことがこれからは必要なのではないだろうかということで、調整をさせていただいています。

4. この「健診・保健指導」は、結局、医療費削減が主目的のように思われるが如何でしょうか。

国の施策は「国民の健康維持」が第一の目的で、人の命を救ったり、健康維持のためにはコストがかかるのは当然だと思います。

しかし、「生活習慣病有病者・予備群25%削減目標を設定」と言いながら、「都道府県健康増進計画と都道府県医療費適正化計画による進捗状況の評価」という大きな項目があります。

医療費適正化計画という名の医療費削減計画だという思いがしますが如何でしょうか。

**【回答】**

ご指摘のとおりだと思いますが、国民の健康づくりがまず重要であり、医療費の適正化はあくまでも結果であります。

**【静岡県医師会】**

1. 「保険者が医療費データ（レセプト等）と健診データの突合分析から、個人的、集団的に疾病の発症予防や重症化予防・・・」とありますが、医師法上から、予防的診断・指導を保険者が行うことは可能ですか？

また、レセプトを目的以外で使用をすることが、個人情報保護の点から認められるのでしょうか。それは、法的に可能なのですか？

2011年のレセプト請求のオンライン化がこの目的のためだとしたら、大きな問題

と思われませんが、いかがでしょうか。

**【回答】**

法的には可能と理解しています。レセプト請求のオンライン化とは直接関係はありません。

2. 老人保健法の基本健診で行われてきた、診療所での個別健診の方式は、存続可能でしょうか？

**【回答】**

存続可能です。

3. 健診対象者は、40歳以上の病人も含めてすべての国民になるのでしょうか。日常診療では、40歳未満の生活習慣病患者が急増しており、予防のモチベーションを高める意味においても、30歳代からの健診は必要と思われませんが。

**【回答】**

従来から医療保険者の中では40歳未満もやっていたところもありますが、40歳未満の対象者については努力規定ということになっています。

**【愛知県医師会】**

1. 「管理者として医師、保健師、管理栄養士」とあるが、それ以外の職種（歯科医師、薬剤師等）の協力は不可欠と考える。日医、厚労省の段階で案はあるのでしょうか。

**【回答】**

看護師については、いろいろ議論があります。必要に応じ歯科医師なり薬剤師の方々の協力があるだろうと思っていますが、まず、一義的に対応していただくというのは医師であり、保健師であり管理栄養士と思っています。

2. 平成20年度から実施するに当たり、指導する人材の養成が急務と考える。具体的に日医として指導者養成の計画はあるのでしょうか。また、講習会・研修会についてお考えがあればご教示いただきたい。

**【回答】**

日本医師会として、年度内に1回研修会を開催したいと思っています。また、事業が実施される平成20年に間に合うような形で研修会を開催したいと考えております。

**【京都府医師会】**

1. 健診の費用負担割合はどのようになるのか？

（国・保険者・自治体の割合、自己負担金はいくら？）

**【回答】**

基本的に健診・保健指導に要する費用のどの程度を自己負担にさせていただくのかということについては、それぞれの保険者がお決めいただくことになると考えております。いわ

ゆる一般の診療費同様3割にするのかどうかということについては、それぞれの保険者に考えていただく、決定いただくということになると思います。

健診の受診率等の促進という観点から、被用者保険の被扶養者、すなわちサラリーマンの奥さんの部分についてはそれに要する健診費用の3分の1を国庫補助という形で実施できないかということで、現在、詰めています。国保の部分につきましては、従来から老人保健事業で国3分の1、都道府県3分の1、市町村3分の1という形でやらせていただいておりますので、基本的にそれを踏襲させていただくということで考えています。

## 《 要 望 》

1. 健診のやりっぱなしでは健診を実施する意味がないと思われるので、健診後、医療機関の受診を勧められた受診者については、医療機関を受診したかどうかの追跡調査および確認ができるような仕組みづくりを検討願いたい。

### 【回答】

医療保険者には健診のデータ、レセプトのデータがあります。受診勧奨した後、実際に本当に医療機関を受診したかどうかということを確認できるのは医療保険者であります。

医療機関からすると治療していた患者さんが引越して来なくなったのか、他の医療機関に行ったのかということとはわかりません。糖尿病の治療を中断していたのであるならば、悪化する恐れがあります。今度の制度では、医療保険者は治療中断ということもレセプトで把握することができますので、重症化防止という観点からも糖尿病の治療を中断する人たちを的確に把握して、必要な医療に結び付けていただくことが今まで以上にできるのではないかと考えています。

2. 健診には疾患の早期発見と予防の機能があり、今回の改訂では疾患の予防と医療費の削減が前面に出ているが、疾患の早期発見、治療を行い、重症化を防ぐことで医療費の増大を食い止めることも重要である。

- ・今回のプログラムは、非常に煩雑で判りにくい。

- ・データの管理については、ある程度の地域的な広がりや公的な性格がある機関でまとめて行っていく必要がある。保険者がアウトソーシングする機関として、郡市区医師会は健診データを管理し、事後の経過を観察していく上でもっとも適した組織ではないか。個人の究極の情報が集まる今回のプランは、安価であるからといっていい加減な組織にアウトソーシングされてはならないものであり、管理、運営に適した医師会などに委託されるべきではないか。医師会でもデータの継続的管理や事後指導のプログラムを作成していくことは可能である。ある郡市区医師会で、過去のデータを基に新基準に合わせ判定を行った資料を示す。

資料に示すように積極的支援が必要とされる割合が非常に高い。これらに個別の保健指導を実施するには大変な数の人材が必要である。1人が1日8人指導して1年250日で4,000人である。仮に受診対象を5,000万人とし、保健指導を要する者が

15%として750万人。これを4,000で割ると約2,000人の指導要員が必要となる。1回の面接だけでもこれだけの指導要員が必要で継続的な管理となると一人で数百人が限度である。1人の指導要員が年間250人指導するとして指導要員は3万人以上必要で現実的な人数ではない。まずは集団指導から初めて効果を見ながら個別指導に移行すべきではないか。

厚生労働省・日本医師会は、このように郡市区医師会が健診機関の主体となることにどうお考えか？

**【回答】**

集団指導は、40、50人を集めて教室みたいなところで一般的知識を伝えるだけでは、効果は出ないだろうと思っています。少人数の集団指導も含めた個別指導など、それぞれの医師・保健師・管理栄養士のプランニングによると思いますが、個別にやっていただくということが重要です。

必要なマンパワーが大丈夫かという点については、管理栄養士については年間4,000人弱、保健師については7,000～8,000人が新規免許者となっています。中長期的には十分充足し得る状況になるだろうと思っています。地域偏在や保健指導に携わるマンパワーの育成・確保の問題は、地域職域連携推進協議会の場などを通し、都道府県が地域の実情を踏まえてリーダーシップを取ってもらいたいと思っています。

人材の確保、養成は重要な課題と考えています。また、ご指摘のとおり、郡市区医師会及び都道府県医師会が引き続き健診の主体になっていただくものと思います。

『 郡市区医師会での過去のデータによる分析 』

今回の基準値で異常になる者

	2000年	2004年	2005年
受診者総数	4847	8863	8578
血 糖	983 (20)	1837 (21)	1744 (20)
脂 質	1860 (38)	3240 (37)	3085 (36)
血 圧	3002 (62)	4878 (55)	4646 (54)
LDL	2550 (53)	5147 (58)	4689 (55)
尿 酸	249 (5)	522 (6)	518 (6)
喫 煙	624 (13)	データなし	データなし

カッコ内は総数に対する比率

今回の判定基準で2) の場合 (胴囲の測定をしていないので胴囲は正常と判断)

異常項目が3以上が積極的支援

1, 2が動機付けになる

BMI 25以上	2000年	2004年	2005年
総数	952	1900	1698
異常項目数 0	29 (3)	77 (4)	78 (5)
1	150 (16)	365 (19)	373 (22)
2	327 (34)	693 (36)	592 (35)
3	318 (33)	553 (29)	481 (28)
4	114 (12)	190 (10)	159 (9)
5	14 (1)	22 (1)	15 (1)
6	0		

積極的支援が2000年で446例 9.2%

3) の場合 (BMI 25未満 胴囲不問)

4以上が積極的支援

1, 2, 3が動機付けになる

BMI 25未満	2000年	2004年	2005年
総数	3895	6963	6880
異常項目数 0	470 (12)	982 (14)	992 (14)
1	1144 (29)	2324 (33)	2315 (34)
2	1290 (33)	2287 (33)	2388 (35)
3	739 (19)	1084 (16)	1097 (16)
4	216 (6)	194 (3)	225 (3)

5	27 (1)	9 (0)	11 (0)
6	7 (0)		

積極的支援が2000年で250例 5.2%

合計では積極的支援が2000年で696例 14.4%になる。

今回は胴囲を測定していないので、BMI 25以上の2)に分類したなかのかなりの数が1)に入る可能性があり積極的支援がさらに増える。また、健診を自主的に受ける方の喫煙率はそうでない場合に比べて低いと考えられる。これも比率が増える要因になる。

喫煙は2000年のみ

LDLはTCH、HDL、TGよりの計算値



**【広島県医師会（安佐医師会）】**

住民健診受診率の向上等のため、どのような方策を行えばよいか。

**【回答】**

行政を含めて、広報活動が重要であります。

**【福岡県医師会】**

1. 健診・保健指導の単価について

平成10年度より老人保健法に基づくがん検診関係の費用が一般財源化され、地方交付税をもって措置されることになったことに伴い、がん検診関係の予算化が市町村の裁量に委ねられるようになった結果、各市町村が検診料の相見積もりを要求するようになり、現在、各検診機関間で過大な競争が行われています。

今回の新たな健診・保健指導についても更に過大な競争が行われることが予想されます。このような価格競争が行われることは、健診の質の低下にも繋がりがねません。

そこで、新たな健診・保健指導は、国が保険者にその実施を義務付けるものであるもので、診療報酬のような公定価格の設定ができないかご検討をお願いしたい。

**【回答】**

安かろう悪かろう、これは断固として排除しなければいけないと思います。今度創設をいたします高齢者医療制度に対して、いわゆる現役世代を擁する医療保険者から費用負担をお願いすることになっていますが、糖尿病等の有病者・予備軍の減少をどれだけ達成できたのかということで、その支援金にプラスマイナス10%の加算・減算措置といったものを講じるようになっておりますので、安かろう悪かろうでは結果として恐らく糖尿病等の有病者・予備軍が減らせないし、そのプロセスにおいて健診受診率も上がらないし、保健指導の実施率も上がりません。したがって、保険者で安ければいいんじゃないかという判断をするところは、まず出てこないのだろうとは思っております。

健診のアウトソーシング、保健指導のアウトソーシングについて、一定のアウトソーシング基準に則し、具体的にはマンパワーの整備、また精度管理その他を満たすところに保険者に委託をしていただくということになると思います。

統一単価にするかどうかということについては、「保険者による健診・保健指導の円滑な実施に関する検討会」でも議論になると思われまます。

2. 保健指導について

新たな健診・保健指導では、保健指導（予防医学）に重点が置かれており、医師会としても会員医療機関で今回の保健指導に対応できるよう研修会等の開催を検討すべきであると考えます。日本医師会として、保健指導実施のための研修会の開催あるいは研修プログラム等の作成を検討されているかお尋ねしたい。

**【回答】**

研修会は年度内に1回開催したいと思っております。

## <追加分>

1. 健診について、医師会でまとめて受託して会員が実施することは可能ですか。

### 【回答】

可能です。保険者ごとの個別の契約ということになります。委託基準が設定され、医師会が対応できるかどうかという問題になります。被用者家族に関しては、その家族の利便性を踏まえて、他の保険者に委託するという話がでており、国保で受託するというのであれば当然、地域の医療機関で健診を受けるということになると思います。特に医師国保に関しては、医師会で受託するようにはしていただきたいと考えています。

2. 精度管理について、統一した試料、試薬を使うということと、外部精度管理は日医で行っている精度管理に参加するだけで精度管理ができるということになるのですか。

また、精度管理は地域職域連携推進協議会で行うのですか。各県で決めて実施できないのですか。

### 【回答】

精度管理の範囲をどこまでするのか、どのように質を高めていくのか、精度管理をどういう形で進めていくのかなど、今後の検討課題となっています。精度管理をどの程度まで行うか研究しなければならない部分もあり、すぐには対応できないところもあります。各都道府県で精度管理をお願いすることになるかについてもこれから詰めていくことになります。

3. メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）対策総合戦略事業の概要の中に医師会の明記がなく、保険者協議会と地域職域連携推進協議会がメンバーとなっています。医師会が本当に関わるのか疑問があります。

### 【回答】

保険者協議会に直接関わることは難しい現状がありますが、オブザーバー参加することは可能であります。保険者の方もそれを希望しているという話も伺っています。地域職域連携推進協議会に関しては、医師会は参加メンバーとなっているので、いずれもぜひ参加いただきたいと思います。

4. 保険者協議会と地域職域連携推進協議会はどちらが上になるのですか。

### 【回答】

保険者協議会は、特定健診・特定保健指導の実施計画をつくり、どう実行していくのかを中心に保険者で議論いただき、地域職域連携推進協議会は、保険者としての取り組みを踏まえて都道府県の健康増進計画にどのような事業を盛り込み、どのような役割分担で実現していくのかということを議論いただくことになっています。

保険者協議会では、特定健診・特定保健指導を、それぞれの保険者がどのように協力し

ていくかについて議論いただきますから、まずは保険者同士で議論されますが、適宜医師会に相談するという形としてオブザーバー参加となります。

また、地域職域連携推進協議会は、都道府県におけるがん検診、ポピュレーションアプローチも含めた健康づくりをトータルとして考えていくので、医師会には当然入っていたかなければならないと厚生労働省として考えています。

5. 日本経団連は健診・保健指導について健診レセプトをつくれと提案していますが…。

**【回答】**

標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）では、健診データと医療のレセプトの突合を行うこととなっております。日本経団連の健診レセプトについては承知していますが、厚生労働省内において議論はしていません。

6. 日本経団連が要望している受診しない被保険者に対しての罰則、ディスインセンティブをつけるということについてはどうなのですか。

**【回答】**

国として一律に個々の国民に対するインセンティブ・ディスインセンティブというのは、難しい点があると考えます。保険者自治の一環としてどのような受診促進策があるのか、その中で健診を受けるインセンティブにはどういう形があるか、保険者の中で議論いただいてインセンティブ措置等を講じていただくのは良いと思っています。

7. 特定健診・特定保健指導を保険者がきちんと行わなかった場合における、後期高齢者医療支援金の加算・減算についてはどうなのですか。

**【回答】**

医療保険者の役割は、加入者の健康を守ることであり、疾病予防にどれだけ取り組んだかということについて保険者としての責任を問うということについては、間違った政策ではないと思います。しかし、健診を受ける受けないという、個人の自由意思にかかわる問題についてまで制度的に一律の義務付けを行うということは、国民の間でも議論のあるところではないかと感じています。

8. 研修内容、及び研修を受けた方への修了証についてはいかがですか。

**【回答】**

研修については、国自らが行うこと、都道府県にお願いすること、医療保険者の団体で行うこと、医師会、看護協会、栄養士会にやってもらうことがあると考えています。研修内容に共通部分もありますが、それぞれの医療保険者、医師会、看護協会等の独自性をつけた研修会をしてほしいと考えています。

また、現在、全国の医療保険者団体、医療関係者団体等に平成18年、19年の研修計画についてアンケート調査を実施しています。着手されているものの情報等を見て、全体を国として調整したいと考えています。

研修を受けた方への修了証については、種々の問題もあり今後の検討課題であります。カリキュラムについても個別に工夫をしなければならないのではないかと考えていますので、相談をしながら進めたいと思います。各都道府県に対して、健診・保健指導プログラムの暫定版の中に研修ガイドライン案を示しているのを参考にさせていただきたいと思ます。

医師会としては、健診・保健指導プログラム（暫定版）に保健指導の実施者の一人として盛り込まれている日医認定健康スポーツ医の関わりがあります。健康スポーツ医の養成、更新のためのカリキュラムの内容について委員会で検討しているところであります。

また、労働安全衛生法の事業所健診について、産業医が保健指導にどうかかわるのか、保健指導のカリキュラムについても今後の検討課題と認識しています。

9. 総事業費はどのようなのですか。財政責任は医療保険者にあるということですが、費用としては保険料が使われることになるのですか。

**【回答】**

健診・保健指導を医療保険者に義務づけることに関し、総事業費の見込みは今の段階で示せるものではありません。「保険者による健診・保健指導の円滑な推進に関する検討会」の中でシステムについて具体的に詰まってく中で、健診単価をどう見込むかということも含めて決まってくと思っています。

健診・保健指導に要する費用については、自己負担の他、国・都道府県負担があり、それ以外の部分については基本的に保険料を原資としてやっていただくこととなります。

10. レセプトデータと健診データの突合については、個人情報保護から許されるものなのですか。保険者が扱うこともあり、危険な方向にあるので検討して日医は断固反対してほしい。

**【回答】**

日医としても最も危惧しているところであり、基本的には、データ管理は患者本人が行い、そのバックアップとしてかかりつけ医が行うことが望ましいと考えます。日医としては、これまでも主張をしてきています。