

医心 伝心

特定健康診査、後期高齢者健康診査、 特定保健指導について

富山県医師会副会長 炭谷 哲二

健康診査（以下、健診）は1982年制定された老人保健法に基づいて実施されたことで始まり、国民健康保険者での健診は「住民健診」と呼んでいた。その後、2008年「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて特定健診・特定保健指導の制度が導入された。主な目的は生活習慣病の早期発見・早期治療と生活習慣改善とされた。その背景は、中高年における肥満の増加、日常生活での歩数の減少、糖尿病及び予備軍の増加、透析患者数の増加、また、糖尿病予備軍における早期介入の重要性の報告がある。血圧、血糖、脂質を個別の疾患として捉える従来の考え方から、内臓脂肪型肥満に注目した「メタボリック・シンドローム」として捉える概念を導入し、慢性疾患が発症する前に早期に保健指導による行動変容と改善を目指す上流での対策とされた。この時点で一般健診項目から末梢血液検査、腎機能検査、尿酸などメタボリック・シンドロームと関係のない項目は削除された。

特定健診・特定保健指導ではおおむね5年毎に運用の改定がされた。導入された第1期では「標準的な健診・保健指導プログラム」が展開され、目標を特定健診70%、特定保健指導45%に設定された。第2期では特定保健指導のポイント制の一部要件が緩和され、保険者別の特定健診実施率、特定保健指導実施率の公表もされた。第3期では質問票の一部が改変され、血清クレアチニン等詳細検査項目が追加され、第2期までのデータから大規模実証事業が開始され、効果的な実施方法のとりまとめがされた。

2024年度からの第4期においてはアウトカム評価の導入、特定保健指導の見える化の推進、特定保健指導における ICT 活用の拡大が行われる。特定健診での見直しの主なポイントとして質問事項では喫煙や飲酒歴の細分化、健診項目では中性

脂肪の基準値に随時採血時基準値を追加することなどがあげられている。特定保健指導での見直しの主なポイントとして成果に着目した特定保健指導のアウトカム評価の新規導入、特定保健指導の見える化の推進、オンライン指導やアプリ活用など ICT 活用の推進などがあげられている。

健診・特定保健指導の実施主体は、事業者ではなく、保険者であり、実施率は保険者で大きなばらつきがあり、健診項目も保険者別にばらつきがある。市町村国保において、健診項目は全国的には統一されておらず、県によっては市町村ごとに異なることもある。後期高齢者健診は高齢者医療確保法第125条の規定に基づき、後期高齢者医療広域連合が行うことになっているが健診項目は市町村国保が決定していると推測される。保険財政事情等の違いが影響していると思われるが、中部7県では富山県は末梢血検査が全員にされないなど最も健診項目が少ない。また、健康保険組合において、産業保健では労働者の健康を守るという役割があり健診項目が多いようである。しかし一方、被扶養者の健診においては、健診項目が少なく、その上自己負担があることが多い。

これらの健診データは匿名化され、国が管理するナショナルデータベースに蓄積され解析に活用される。マイナンバー・カードには、この健診データが登録される予定である。個々人の病気の予防、早期発見という観点からはデータの推移が大切と思われるが、このように保険者ごとに異なるというバラバラなデータではアウトカムが十分評価できないと思われる。今後、富山県医師会では健診データ充実のため保険者に末血の一般項目化、心不全パンデミックに備えたBNPまたはNT-proBNPの測定、富山県で多いとされる塩分摂取量を測定する検査などを要望して行きたいと考えている。