

1. はじめに

老人保健法に基づく健診が平成20年3月で時限立法であったために終了し、4月からは高齢者の医療を確保に関する法律にもとづいて、特定健康診査、特定保健指導がはじまりました。(図1)

これは、第5次医療制度の改革で、医療費適正化の推進がもたれられ、(1). 療養病床の再編・廃止 (2). 保険給付の見直し (3). 生活習慣病対策の推進にもとづき、特定健診・特定保健指導がとりいれられ、高齢者医療制度の創設で、老人保健法第一条にあった健康の保持を目的とするから、医療費の適正化の推進が主目的となり、医師主導から保険者主導の健診となり具体的目標達成を求められ、経営基盤の整理から再編・統合がすすみます。

健診・保健指導にメタボリック・シンドロームの概念を導入し、確実に医療費削減につながりそうな受診者を選び出し、腹囲という分かりやすい基準により、内臓脂肪の減少のため、リスクの数に応じて保健指導に優先順位をつけ受診者にも生活習慣の改善による成果を自分で確認・評価できるよう、生活の見直し、具体的目標を掲げさせて、生活変容を迫って、5年後には糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群25%の削減目標を設定しその実現不達成の場合には保険者に罰則を付しています。(図2, 3)

老人保健制度の改正について

—生活習慣病の予防健診を充実、他の各種健診や保健事業も引き続き漏れなく実施—

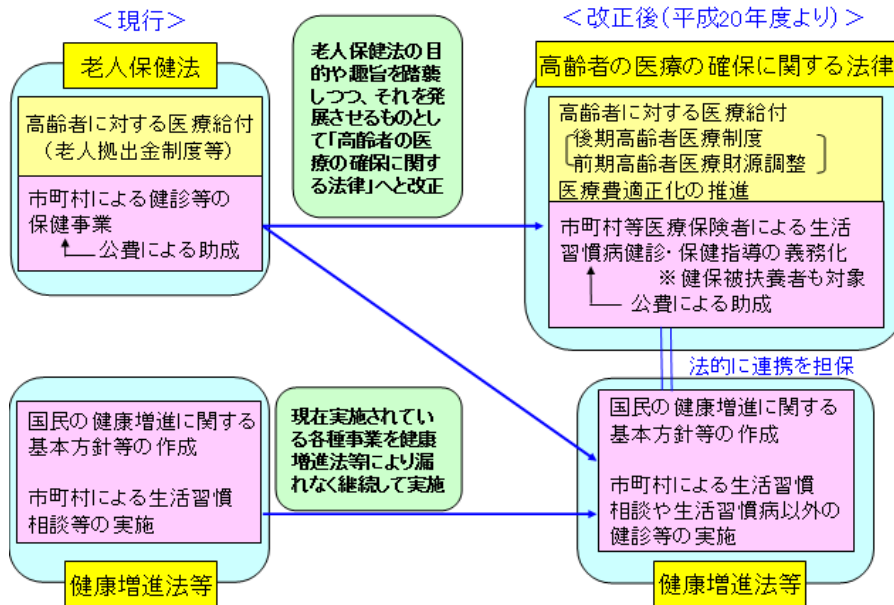


図1 老人保健制度の改正 健診の根拠となる法の変遷

医療制度構造改革のポイント

将来の医療費の伸びを抑えることが重要

今回の改革のポイントは以下の3つ

- 健診・保健指導に**メタボリック・シンドローム**の概念を導入
- 糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群**25%の削減目標**を設定
- **医療保険者**に健診・保健指導を義務化

図2 第5次医療制度改革のポイント

メタボリック・シンドロームの概念を導入

- メカニズムを理解すれば、保健指導で予防が可能
- 保健指導の対象者が明確になる
 - 内臓脂肪の改善で予防できる対象を絞り込むことができる
 - リスクの数に応じて保健指導に優先順位をつけることができる
- 腹囲という分かりやすい基準により、生活習慣の改善による成果を自分で確認・評価できる

図3 メタボリックシンドロームの概念導入

2. 健診保健指導がどう変わったか？

- 健診は、
- ①老健法に基づいて市町村が40歳以上の住民に対して行う成人病検診・基本健診（多くの場合、市町村が地区医師会に委託し地元の開業医が実施）、②労働安全衛生法に基づいて事業主が労働者に対して行う定期健康診断（事業主が費用を負担し委託先を選定）、
- ③その他、個人レベルで実施する人間ドック等、に大別されます。
- ①の基本健診を廃止し、平成20年4月より「特定健診・特定保健指導」制度を開始されました。
- 実施主体を市町村から各保険者に変え、健診実施の責任を保険者に持たせ、対象者のうち40～74歳（約5,600万人）への実施は義務化し、40歳未満と75歳以上への実施は努力規定としています。
- 今までの住民に対する基本健診は、「個別疾病の早期発見、早期治療」が目的とされ、健診結果は「異常なし」「要指導」「要精査」「要治療」などと判定されていました。

新しい特定健診・特定保健指導は、その目的を「糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少を通しての医療費削減」とし、内臓脂肪型肥満（メタボリックシンドローム）をターゲットとしています。このため、基本的健診項目は大幅に単純化され、従来の健診で医師の判断に委ねられてきた精密検診（心電図、眼底検査、貧血検査）も同時実施が困難で、保険者の承諾が必要となっています。保険者が実施しデータを管理するために、医療機関を含めた全健診機関はIT化が必須とされ、医療機関にとっては「高

すぎるハードル」となっています。

3. 臨床の現場では

施行されて約半年たち診療現場でのこの健診の扱いには、健診意義の誤解、施行上の混乱が見られます。まず受診者の多くは、昨年度までと健診内容が変わったことを理解するのは難しく、今までと同じように、胸部レントゲン、胃透視、採血、尿、(さらには眼底、聴力、婦人科、骨そしょう症、歯周病など)などの健診が安価に受けられるつもりで受診されます。ところが昨年と同じ程度になるよう特定健診にがん検診胸部レントゲン、胃の透視、大腸がん検診などはそれぞれ別々に費用が発生するため、昨年500円で住んでいた健診が5000円以上かかる例もみられるため会計窓口で不満を訴えます。そして、貧血の検査、心電図、眼底などは一定の基準を満たしてないと思うことができなため現場の医師もやってあげていいのか迷ってしまいます。

今年は試しに受けてみたという人も、すべての健診事業(特定健診、がん検診、一般健診など)の受診者は現行の方式では減少すると考えます。実地医家は、加療中の患者さんであれば特定健診受診をすすめるよりは、保険診療の範囲で可能な範囲での検査を勧めると思います。その方が窓口での患者負担も減りますので、特定健診をふくめて健診の受診は激減し、結果として保健指導にまわる数も減ると思われます。

保険者は、特定健診に必要なデータの抽出を、労働安全衛生法で行っているような仕組みを創設しない限り、特定健診を維持することは不可能になるでしょう。

特定保健指導の対象は、県内川崎市国保の場合には、特定健診結果説明時に、層別化して動機付け支援の対象であれば、その場で保健指導してよいことになっています。他の地区では、保険者に一度データが集積され、層別化の後に動機付け支援者を選定し、その中からさらに効果の出そうな対象者を絞り込んで、指導券を発行しそののち対象施設において指導を受けるので、健診受診から保健指導を受けるまで時間を経ていますので、対象者の意欲も消え、実施数が非常に減ってしまいます。

しかし、平成24年には、特定保健指導の実施率が45%以上行い、かつメタボの該当者および予備群が10%以上減っていないと、平成25年以降の高齢者への支援金が割り増しされてしまう可能性が出てきます。

4. 当診療所の場合

わが診療所では、特定健康診査受診の方は、本年6月からのスタートで通算__名になりますが、生活習慣病投薬加療中の患者さんや65歳以上の方が多いので、特定保健指導の積極的指導の対象となるものはなく、動機付け支援も4名ほどしかおりません。

これら特定保健指導になった人を、体重減少、腹囲減少をめざして、エクセルなどにつくった体重表を渡し2週間に一度来院してもらいます。

さらに、ライフコーダを約10台購入し、一般患者の運動指導のほかに、特定保健指導の運動処方を行っています。ライフコーダの特徴は、日常の身体活動状況（強度、持続時間、頻度）を200日のメモリーし、加速度センサーがあるので運動強度を評価でき、厚労省策定運動指針に準拠したエクササイズレポート出力が可能です。生活活動、運動を含めた23Exを1週間の目標とし、そのうち4Exを生活活動ではない運動で獲得してもらうようにします。

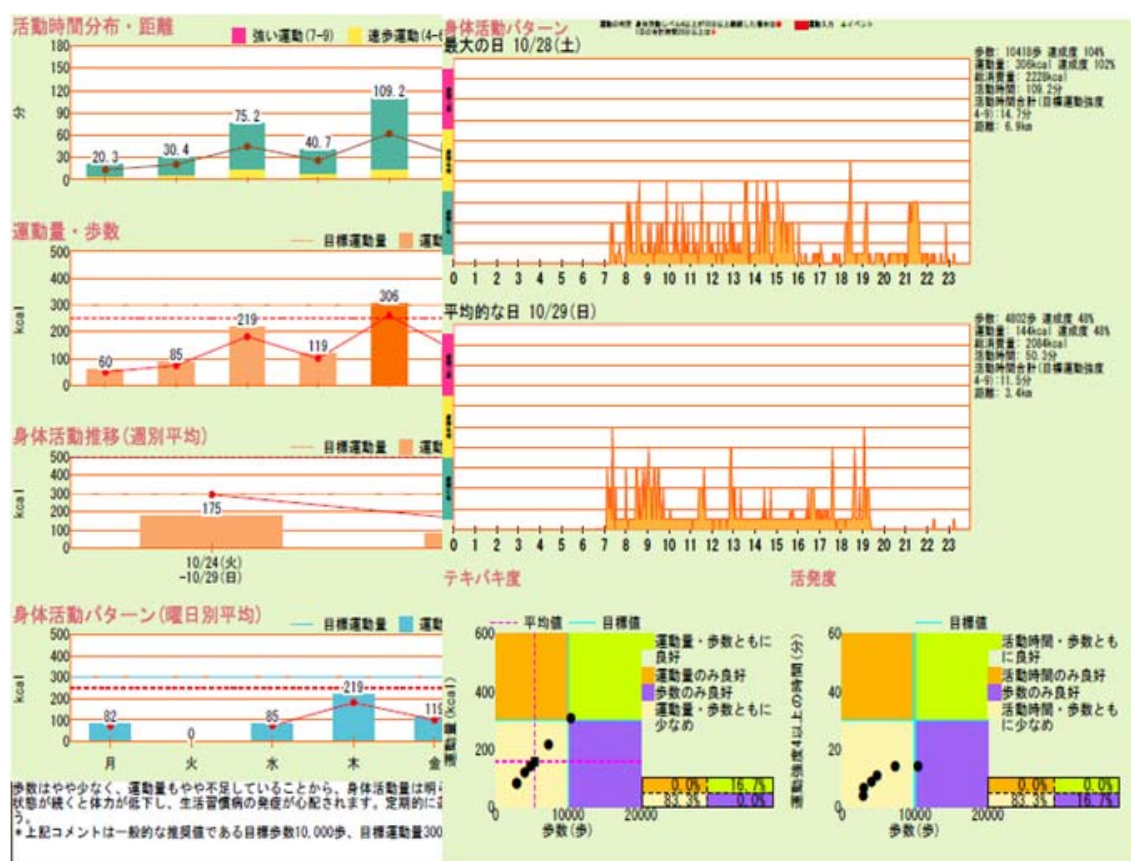


図4. ライフコーダによる消費カロリー計算

また、同時に栄養指導も行いますが、食事調査によっておよその摂取カロリー

一を把握し摂取カロリーが大幅に減らす必要があるものについては、糖尿病ネットワークから派遣していただく管理栄養士によって積極的な減量作戦に取り組んでもらっています。

中村先生の提唱された腹囲1cm減らすことは、内臓脂肪約1kg減らす、これがやく7,000Kcal（純粹の脂肪は9Kcal/gだが、纖維も含まれるので約7Kcal/gと計算）に相当するので、30日で減らすためには、約240Kcal毎日少なければよい。

そこで運動で2/3 摂取カロリーで1/3に割り振れば、一日お茶碗半分のご飯（80Kcal）が減らせれば一月1kgずつやせられます。運動習慣がつけば、基礎代謝も高くなって、太りにくい体質にもなります。

友人の医師の実践では、他のダイエットと組み合わせて、半年で5kg（170cm、82kgから77kg）減量に成功しました。

また、小生の嘱託産業医をしている会社では、保健師の協力もあり、複数の受診者を確実に減量につながっている方が多いと言えます。

各種運動のエクササイズ*（メッツ・時）数表		
メッツ	運動内容	1エクササイズ*（メッツ・時）に相当する時間
3.0	普通歩行、ボーリング、フリスビー、バレーボール ウエイトトレーニング（軽・中等度）	20分
3.5	ゴルフ（カートを使用）	15分
4.0	水中運動、卓球	
4.5	バドミントン	
5.0	野球、ソフトボール、速歩（107m/分）	10分
6.0	ウエイトトレーニング（高強度、パワーリフティング、ボディビル） バスケットボール、スイミング：ゆっくりしたストローク	
6.5	エアロビクス	
7.0	ジョギング、サッカー、テニス、水泳（背泳）、スキー、スケート	
8.0	サイクリング（約20km/時）、ランニング（134m/分） 水泳（ゆっくりしたクロール）	7～8分
10.0	ランニング（161m/分）、柔道、ラグビー、水泳（平泳ぎ）	
11.0	水泳（バタフライ、早いクロール）	
15.0	ランニング（階段を上がる）	

図5. 各種運動におけるエクササイズ 厚労省 特定保健指導確定版より

