

公衆衛生委員会答申

平成20年3月

日本医師会公衆衛生委員会

平成20年3月

日本医師会長
唐澤祥人 殿

公衆衛生委員会
委員長 多田羅 浩三

公衆衛生委員会答申

本委員会では、平成18年8月4日に開催された第1回委員会において、貴職から諮問のありました「健診・保健指導における医師会の役割」について、平成19年3月に中間答申をとりまとめました。その後、引き続き5回の委員会を開催して鋭意検討を重ねてまいりました。

本委員会の審議結果をとりまとめましたので、ここに答申いたします。

公衆衛生委員会

| | | |
|------|---------|-------------------------------|
| 委員長 | 多田羅 浩 三 | (放送大学教授) |
| 副委員長 | 羽 鳥 雅 之 | (さいたま市大宮医師会会長) |
| 委員 | 相 澤 好 治 | (北里大学医学部教授) |
| " | 天 野 道 磨 | (鳥取県医師会常任理事) |
| " | 大 島 明 | (大阪府立成人病センター がん相談支援センター所長) |
| " | 川 端 正 清 | (日本産婦人科医会常務理事) |
| " | 菊 池 辰 夫 | (福島県医師会副会長) |
| " | 草 場 泰 之 | (長崎県医師会常任理事) |
| " | 見 城 美枝子 | (青森大学教授) |
| " | 小 林 勲 | (新潟県医師会理事) |
| " | 鈴 木 勝 彦 | (静岡県医師会副会長) |
| " | 田 嶼 尚 子 | (東京慈恵会医科大学教授) |
| " | 坪 野 吉 孝 | (東北大学大学院教授) |
| " | 松 永 剛 典 | (兵庫県医師会副会長) |
| " | 山 本 直 也 | (北海道医師会常任理事) |
| " | 湯 藤 進 | (前東京都医師会理事) |
| " | 吉 田 勝 美 | (聖マリアンナ医科大学教授) |

(五十音順)

目 次

| | |
|---|----|
| 1 . はじめに | 1 |
| 2 . 充実した特定健診・特定保健指導の実施に向けて | |
| (1) 特定健診・特定保健指導にメタボリックシンドロームの概念が導入され、 腹囲測定によって把握される肥満の有無が、高血糖、脂質異常、 高血圧の有無に優先したことについて | 3 |
| (2) 国民を主役とする健康づくりを目指すという、制度の実施にあたって、 保険制度を基盤とした制度が実施されることになったことについて | 6 |
| (3) がん検診についても、国民を主役とする事業が可能となるよう、保険 制度を基盤とした事業運営方式のもとにこれを運営するようにするこ とについて | 11 |
| (4) 特定健診・特定保健指導の基準などの見直しを5年後に実施するとさ れていることについて | 14 |
| (5) 特定保健指導の実施に当たっては、医師が必ず先頭に立つて行うように することについて | 16 |
| 3 . 結語 | 19 |
| 4 . おわりに | 22 |

健診・保健指導における医師会の役割

1. はじめに

公衆衛生委員会では、会長からの諮問「健診・保健指導における医師会の役割」に対し、平成20年4月より特定健診・特定保健指導が医療保険者に義務付けられて実施されるという状況に鑑み、平成19年3月に中間答申を行った。

中間答申では、健診・保健指導の原則（「健診・保健指導、治療は一体」、「健診・保健指導の結果は生涯保健のデータベース」等）について確認し、医師、医師会の担うべき基本的な役割を示した。（後掲参照）

中間答申を踏まえて本答申においては、充実した特定健診・特定保健指導の実施に向けて、以下の5項目について検討を行った。

- (1) 特定健診・特定保健指導にメタボリックシンドロームの概念が導入され、腹囲測定によって把握される肥満の有無が、高血糖、脂質異常、高血圧の有無に優先したことについて
- (2) 国民を主役とする健康づくりを目指すという、制度の実施にあたって、保険制度を基盤とした制度が実施されることになったことについて
- (3) がん検診についても、国民を主役とする事業が可能となるよう、保険制度を基盤とした事業運営方式のもとにこれを運営するようにすることについて
- (4) 特定健診・特定保健指導の基準などの見直しを5年後に実施するとされていることについて
- (5) 特定保健指導の実施にあたっては、医師が必ず先頭に立つて行うようにすることについて

委員会における検討過程の中で、各委員から、多くの貴重な示唆に富む意見が示された。これらの意見も列挙した上で、委員会としての答申をとりまとめ、最終答

申として、会長に提出するものである。

医師及び医師会が、特定健診・特定保健指導を実施していくにあたって、また今後の方向性を考えるにあたって、中間答申、および本答申が参考となり、一助となることを祈念して、本答申を提出する次第である。

2．充実した特定健診・特定保健指導の実施に向けて

(1) 特定健診・特定保健指導にメタボリックシンドロームの概念が導入され、腹囲測定によって把握される肥満の有無が、高血糖、脂質異常、高血圧の有無に優先したことについて

特定健診によって選定され、特定保健指導の対象となる者は、腹囲が男性の場合85cm以上、女性の場合90cm以上であって、加えて高血糖、脂質異常、高血圧の3つに判定基準が設けられ、喫煙歴と併せて4項目のうち、1つ該当する場合は動機付け支援となり、2つ以上該当する場合には積極的支援となる。なお、腹囲が男性85cm、女性90cm以下であってもBMIが25以上の場合は、1つ以上該当する場合は動機付け支援となり、3つ以上該当する場合は積極的支援となる。

また、空腹時血糖値はメタボリックシンドローム基準の110mg/dlより低い100mg/dlとされており、糖尿病の発症リスクに対し早期に対応していくことになる。

メタボリックシンドロームに着目する意義については、厚生労働省が発表した「標準的な健診・保健指導プログラム」の中で、次のように述べられている。

「メタボリックシンドロームは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としている。」

委員会では、特定健診・特定保健指導において、「腹囲」が優先され、メタボリックシンドロームが特別に特定保健指導の対象とされたことについて、多くの意見が出された。その主なものは、次のとおりである。

- ・ メタボリックシンドロームの上流に過栄養と運動不足による内臓脂肪の蓄積があり、それが原因で一個人に糖尿病、高脂血症、高血圧、を引き起こす複合型リスク症候群なので、肥満の有無が高血糖、脂質異常、高血圧の有無に優先するのは妥当と思われる。
- ・ 保険者が提供する健診と保健指導に関しては、エビデンスに基づき必要な問診と検査や測定を行い、これらによって予測されるリスクの大きさと行動変容への準備性に応じて、有効性が確立した手技を用いて保健指導を行うべきである。
- ・ 一般的に国民にとっては「肥満」はわかり易いメッセージであり、評価する。国民がまず自分の健康を自覚する。そして医師（専門家）に相談し、医師とともに健康を管理していく、という出発点としてよい。
- ・ 腹囲が規定数値以下でも高脂血症、高血圧、高血糖を有する人がいる。かかる人の方が生活習慣病発症に直結する可能性が高い。腹囲のみを重要視することは危険であり、一般の人に対する生活習慣病についての啓発の面からも良くないと考えられる。メタボリックシンドロームの病態がはっきりしていない現状ではとくにそうである。
- ・ メタボリックシンドロームに注目したことは、なんら異議を唱えるものではない。わが国における「糖尿病が強く疑われる人及び糖尿病の可能性を否定できない人」は約 1600 万人ともいわれ、日本の人口の 1 割以上にあたり、まさしく国民病といっても過言ではない。しかし、こればかりに目を向けていると他の重大な疾患を見落とすことにもなりかねない。他の疾患についても予防と早期発見を考慮する必要がある。
- ・ 腹囲の測定は、BMI を用いるより国民の納得を得やすいと思われるので、他に優先することには異論はない。しかし、男性 85 cm・女性 90 cm 以上という数値には今後の検討により変更が必要と思われる。

- ・ 新しい健診は、“メタボリックシンドロームに注目”することがうたい文句となっている。その際、内臓脂肪蓄積型肥満を必須条件とする、わが国のメタボリックシンドローム診断基準を運用するのは適切である。「メタボ」が流行語となり、おなかにたまった脂肪の追放が健康の維持に大切なことが国民に浸透してきた。これをうまく利用すべきであると思う。ただし、腹囲は測定の方法によってばらつきがある。標準化した方法を周知させる必要がある。また、日本人に多い非肥満2型糖尿病など、肥満がなくて将来の心血管疾患リスクが集積している場合もあることに留意すべきである。
- ・ 腹囲を必須項目ではなく、他の危険因子と同列に扱うような形で、メタボリックシンドロームの診断基準を見直す必要があるのではないか。
- ・ 健診がスクリーニングの役割を担うものと考え、腹囲の基準で外れても、ハイリスク者への保健指導を行う必要がある。腹囲の基準を超えた者のみが、保健事業の対象となるだけの階層化基準には、今後改訂の余地がある。国民の一部にしか適応されないメタボ保健事業に対して、偏りなくリスクを評価する健診体系に修正する必要がある。

これらの意見をふまえ、委員会としては、今回、特定健診・特定保健指導の実施にあたり、内臓脂肪型肥満が高血糖、脂質異常、高血圧の上流にある病態であるという理解にたつて、予防重視の観点から内臓脂肪型肥満を反映する腹囲を、血糖や、血清脂質、血圧の検査値よりも優先したことは、わが国の生活習慣病予防に新しい地平を開いたものとして評価したいと考える。

また、腹囲測定は、血糖や血清脂質、血圧と違って、自ら実施可能という特徴がある。これからの健康づくりは、あくまで人々が主役であり、市町村の行政から始まるのではなく、人々自身から始まらなければならない。そうであるとすれば、腹

囲の測定によって自らの健康づくりを始めることができる。特定健診・特定保健指導において、腹囲が優先されたことは、これまでの市町村による管理型の健康づくりから、人々自身の自覚による自発型の健康づくりへの道を示したものであり、その意義は非常に大きいと思われる。メタボリックシンドロームという言葉は広く人々に受け入れられ、肥満に対する強い関心が生まれていることが、そのことを示唆していると思われる。

しかし、老人保健法による市町村の保健事業を初め、わが国のこれまでの地域、あるいは職域における健康管理は、血糖、血清脂質、血圧の管理ということを軸に行われてきたことは周知のとおりである。そして、とくに脳血管疾患予防に大きな実績が挙げられてきたことは明らかである。このような血糖、血清脂質、血圧の管理を中心に推進され貴重な成果を挙げてきた、これまでの体制に対し、腹囲優先による予防活動の成果についての十分な知見もないまま、極めて唐突に腹囲測定を優先した健診・保健指導方式が導入されたため、結果として現場に大きな混乱を生むことになった。このことは看過できない、あまりに独断的なやり方であったことを指摘し、厚生労働省に対し、猛省を促したいと思う。

また委員の意見にもあるように、腹囲が規定数値以下でも、高血糖、脂質異常、高血圧を有する人が多数いることもまた明らかである。そうした面からの取り組みも合わせて具体的な取り組みのあり方が示される必要がある。そのことをとくに強調しておきたい。

(2) 国民を主役とする健康づくりを目指すという、制度の実施にあたって、保険制度を基盤とした制度が実施されることになったことについて

高齢者医療確保法によって、国民を主役とする健康づくり事業を推進するにあたって、これまで国、都道府県、市町村が税金を財源として、それぞれ費用の3分の1を負担して運営されてきた老人保健法による保健事業が廃止され、保険制度を基盤として、特定健診・特定保健指導が実施されることになった。わが国の人々の健康づくりへの挑戦を支えてきた保健事業のあり方に対して、こうして大きな改革が実施されることになった。

わが国では、昭和58年以降、市町村による保健事業が実施され、平均寿命世界一の社会を達成し、支えるかけがえのない基盤となってきた。しかし一方で、例えば、喫煙習慣や飲酒習慣を有する人、高血圧者、肥満者の割合などに改善の傾向はほとんどみられていないことが報告されている。また、市町村の単費によって実施されているがん検診には、ほとんど受診率の増加がみられない。このことは、これまでの市町村によって税金を財源として実施されてきた保健事業が、人々の健康管理を目指す市町村が主役の事業であって、健康意識を基盤にした、人々が主役の事業として育てこなかったことを示しているのではないかと考えられる。税金による方式は、制度の中に上意下達の性格をつくってしまい、どうしても人々の心に他人まかせの気持ちをつくってしまう傾向があったことを示唆しているのではないかと考えられる。

これに対し、保険による方式には共済、自助の考えを基本とするという性格があるように思われる。そうであるとすれば、人々を主役とする特定健診・特定保健指導の実施に向けて、これまでの老人保健法による保健事業のあり方を総括して、国民皆保険による優れた実績を有する保険制度を基盤として制度を実施することの意義は大きいと思われる。

委員の意見は、次のとおりである。

- ・ 保険制度によって、国民は参加し易くなり評価する。
- ・ 健康づくりについて保険制度を基盤とすることは基本的には良い方向であると考えられる。しかし、病気を治療するための医療に使われる保険制度においてさえも財政的に困難な状況であり、保険料の納入率も低下している状況（社会的セイフティーネットの欠如）で、健診や健康増進に対し保険制度がうまく対応できるかどうか疑問である。
- ・ 何よりも大切なことは、健診・保健指導を行う目的について、国民により一層の理解を求めることであると思う。そのためには国民の意識改革（自分の健康は自分で守る）に向けて、内臓脂肪蓄積型肥満が、いかに健康を害するかについての啓発と教育をすすめることが必要である。制度の実施は保険者に義務化されているが、被保険者にはなんらの義務はなく、健診を受ける、受けないは、国民一人ひとりの問題である。したがって健診を受ける必要性を理解されることが大切だと思われる。
- ・ それぞれの保険者自身の意識改革も必要であると思われる。特定健診・特定保健指導はメタボリックシンドロームに注目したものであり、決められた健診項目のみ行えば、それで被保険者の健康がすべて守られるという考えではなく、必要な健診項目については上乘せ部分で行うという柔軟な考え方をすることが重要である。
- ・ 国内外の多くの調査研究から、生活習慣病(日本人死因の第2、第3位を占める心血管疾患の温床)を未病のうちに発見し、介入(ライフスタイルの改善)することによって、これらの疾病の発症リスクを減少しうることが分かってきた。この際、最も大切なのは個人個人の意識改革と、それに続く生活改善(行動の変容)とその継続である。この介入方法は長期的に見れば医療経済の面から見て効率的であるが、その実施に当たっては多くのマンパワーを必要とするなど経費がかかることが問題となる。したがって、今回、これを支援する保険制度

ができたのは、すばらしいことだと思う。今後は、しかるべき予算が確保され、この新たな健診システムが順調に進行していくようお願いのみである。

- ・ 医療費の抑制策として、度重なる診療報酬の削減によって、今日の小児医療や周産期医療の崩壊、中核病院の機能マヒ、医師不足等、世界で最も優れた日本の医療制度の崩壊が始まっている。医療費の適正化を目指して（目標）、国は保険者の機能強化策のひとつとして、この制度を制定した。この制度を現在の健康保険制度に導入することによって、医療の崩壊が加速的に進行する。また、診療報酬改定の影響を受け、受診者の自己負担の増大となる可能性がある。別枠の保険制度とすべきである。
- ・ 保険制度を基盤とすることについては、原則的には反対しないが、今回のように準備不足で、予算の裏づけもないまま、短期間に強行するやり方には、現場の混乱を目の当たりにして、なかなかついていけない。もっと十分な準備と、予算を考えて行うべきであった。現行の医療制度同様、保険証と健診受診券・保健指導利用券を持っていけば、全国どこの健診機関・保健指導機関でも健診・保健指導を受けることができるような制度にすれば現在起こっているような、委任・契約などに伴う混乱は回避できたのではなかったか。また、ペナルティを課すことには疑問を感じる。
- ・ 自主型への変更、国民が主役、個人が主体的に責任を持つという考え方に社会全体の意識を変えることに一番のポイントがあると思う。
- ・ 一般的に医療経済学者は予防接種と異なり、生活習慣病では逆に医療費は増えると考えているが、予防医療への投資は国民の健康状態を改善し、失われてきた膨大な労働時間の損失を防ぎ、国の経済活性化に大きく貢献すると主張する方が、正論だと思う。
- ・ 保険者責任により国民健康づくりを行うという変革は一体化した保健医療福祉を考える上で望ましいものとする。ただし、保険者が健康づくり活動の運営

を負担すること（経費面も含めて）については、現行の医療保険との兼ね合いで、必要に応じた公費負担を行うことが必要であろう。

中間報告でも述べたとおり、人類の社会福祉の歴史は、イギリスにおいてエリザベス 1 世の時代、1601 年に救貧法が集大成され、教区が救貧税を徴収し、貧しい人や病人の世話を自ら行うことが認められた時に始まるといえる。このことは、社会福祉の歴史は、救貧税という地方税を財源として始まったことを意味しており、これによって福祉事業は地方自治体が担うという道筋が生まれ、今日まで引き継がれている。一方、医療保険制度は、1883 年にビスマルクによって、君主国と自由都市からなる連邦として生まれた新帝国が必要とした中央集権体制の強化の一翼を担うべく制定されたものであり、そのことは自治体という体制から絶縁したものであることを意味している。イギリスにおいても、救貧法の機能が、今世紀になって、有名な救貧法委員会少数派の人たちによって、地方自治体の委員会によって担われるべきだとされた時、ドイツで実施されている疾病保険制度に学んで、1911 年国民保険法が制定され、国民健康保険制度が誕生した。つまり、自治体から独立した保健サービスの管理体制が発足したのである。1948 年に発足した国民保健サービスでも、病院の国有化政策を基盤に、自治体の管理から独立した保健サービスの伝統が受け継がれた。結果として、イギリスでは、病院、一般医、公衆衛生の各サービスからなる保健サービスについて、自治体から独立した、地域レベルにおける管理体制の構築に、100 年の年月をかけて取り組むことになったといえる。そして、1990 年 6 月、国民保健サービス・地域ケア法（NHS & Community Care Act）によって、1994 年には実質上、全ての病院がトラストとなった。そしてプライマリケアについては、1997 年 12 月、新しく政権についた労働党政府は、白書「新しい国民保健サービス：モダン・頼りなる」によってプライマリケア・トラストの創設を提案し、2000 年 4 月に始められ、2004 - 05 年には、全国に 303 のプライ

マリケア・トラストが存在した。

このような歴史的視点に立てば、保健事業が自治体から独立するという事は、わが国においても、保健事業と地域医療を一貫したものとして、どのように管理していくのか、その体制の構築を問われることになるということを認識しなければならない。そして地域の医師会は、そのような体制構築の動きの先頭に立たなければならないことを認識しなければならない。

(3)がん検診についても、国民を主役とする事業が可能となるよう、保険制度を基盤とした事業運営方式のもとにこれを運営するようにすることについて

これまで老人保健法をもとに市町村によって実施されてきた健康診査事業は、大きく基本健康診査とがん検診からなっていたといえる。しかし、今回の改革は、健康診査事業のうち基本健康診査事業にかわって、保険制度を基盤に特定健診・特定保健指導を実施することを提起したものであり、がん検診については、取り残されているといえる。

基本健康診査とがん検診について、受診率の推移をみると、基本健康診査の受診率は、平成16年度には44.4%で、平成17年度には43.8%である。

しかし、がん検診は、例えば胃がん検診が12.4%、子宮がん検診が18.9%で、受診率が極めて低く、かつ増加の傾向がみられない。

がん検診は、基本健康診査と同じく市町村を実施主体として実施されているが、基本健康診査が国、都道府県、市町村による3分の1ずつの費用負担であったのに対し、がん検診は平成10年度以降、市町村の独自の事業として行われることとな

り、費用は全額、市町村の単独負担によって運営されている。市町村にとって受診率の向上をはかることは、直接、巨額の負担増を覚悟しなければならない。結果として、極めて厳しい財政環境の中にある、市町村は事業の推進に対して消極的となり、前年度実績の維持という傾向を持つということがあったのではないかと思われる。

今日、わが国のがんによる死亡は、30万人を超えており、多くのがんでは、死亡数が男女ともに顕著な増加がみられる。死ななくてもよい、がん死亡が多数生まれているというのが現状である。それ故、緊急の取り組みが求められているという認識があり、がん対策基本法が平成18年6月に制定されたと考えることができる。

がん対策基本法において、「国民の責務」として、「必要に応じ、がん検診を受けるよう努めなければならない」とされている。努めなければならないとすれば、がん検診についても、人々を主役とする事業の実現をめざして、保険制度を基盤とした事業運営方式に移行すべきであると考えられる。そして、がん対策基本法の中で「医師等の責務」として、「医師その他の医療関係者は、国及び地方公共団体が講ずるがん対策に協力し、がんの予防に寄与するよう努めるとともに、がん患者の置かれている状況を深く認識し、良質かつ適切ながん医療を行うよう努めなければならない」とされている。このことをふまえ、医師は、保健事業と医療を車の両輪として位置づけ、早期発見と早期治療に尽力する必要があることは明らかである。

委員の意見は、次のとおりである。

- ・ メタボリックシンドロームの概念を取り入れた特定健診・特定保健指導に加えて、がん検診だけを取り上げるのではなく、特定健診以外の健診や特定保健指導以外の保健指導についても、有効性のエビデンスに基づき、エビデンスの確

立したものについて、保険者の義務として健康保険制度の中で実施されるよう、求めるべきだと考える。今回の特定健診・特定保健指導はあまりにも限定的でメタボリックシンドロームのみに焦点があてられていること、また、特定保健指導の有効性のエビデンスは不十分であることを、医学の学術専門団体として日本医師会は指摘する必要がある。

- ・ 高齢社会の医療費を適正に安定させるためにも、がん検診への国民の参加を促すことが第一歩であり、保険制度の適用は望ましい。
- ・ 肥満はがん発症に関係しているとの報告がある（がん患者の3割は肥満と、他3割は喫煙に関連していると報告されている）。従って、今回の特定健診・特定保健指導の制度は本来からいって、がん検診と直結していることになる。がん検診を合わせて疾病予防保険制度として確立することは当然である。
- ・ がんは依然として死因の第1位である。また、糖尿病などのリスク因子でもある。新しい健診の推進によって「がん対策」がなおざりにされることがあってはならない。ただし、がん検診の内容については、エビデンスに基づいて見直しを行う必要があるように思う。
- ・ がん検診についても、国民を主役とする事業が可能となるよう、保険制度を基盤とした事業運営方式のもとに、これを運営するようになるべきである。基本的には賛成である。制度を変えることも重要であるが、「早期発見・早期治療によってがんは治る」ということをいかに周知・啓発するか。これには医師会がもっと国民に呼びかける必要がある。現在では「がん撲滅月間」のみであるが、常に国民に呼びかけを行うことが大切である。
- ・ がん検診について保険制度を基盤とした事業運営方式の下に、これを運営するとすれば国および地方公共団体はがん対策について、現在よりもさらに無責任となってしまう恐れがある。
- ・ がんが、国民の疾病負担の重要な部分を占める現在、特定健診と同様の仕組み

をがん検診に対しても構築する必要がある。しかし、がん対策については、現在、市町村の一般財源事業となっており、効率的な運用のためには標準化対策が全国的に必要であり、共通な枠組みの設計とガイドラインを開発することが望まれる。疾病予防保険を創設することで、現在の保険診療との一体化が図れるようにする必要がある。一方、限られた保険財源を疾病予防と診療に分けていくことにより、本来必要とされる医療費の財源が確保できなくなる可能性がある。疾病予防保険の財源をどこに求めるかは、国民的な議論と同意が必要と考えられる。

(4) 特定健診・特定保健指導の基準などの見直しを5年後に実施するとされていることについて

今回の特定健診・特定保健指導の実施に当たっては、先にも述べたとおり、腹囲を優先した方式が内臓脂肪症候群、高血糖、脂質異常、高血圧などの予防のどれだけの効果があるのか、についての知見は極めて不十分であり、腹囲判定の基準とされた男85cm、女90cmについても、その妥当性については、多くの批判的な指摘が行われている。

この点、標準的な健診・保健指導プログラムでは、「健診項目の判定基準」について、「医療保険者は複数の健診機関で実施された被保険者の健診結果のデータを一元的に管理し、リスクの高いものから優先的に保健指導をしていくことが必要となるため、共通の健診判定値の設定や健診検査項目ごとの検査測定値の標準化が必要である。また、健診項目の判定基準については、内臓脂肪症候群、高血糖、脂質異常、高血圧等の関係する学会のガイドラインとの整合性を確保することが必要であり、定められた判定基準値についても、学会との連携の下、定期的に見直しを行うシステムが必要である。」とされている。

制度の実施に当たっては、5年後に見直しを行うとされているが、見直しを行うためには、データの蓄積が必要であり、制度発足と同時に見直しに向けた取り組みを開始し、その結果を受けて5年を経たなくとも見直しを行うべきである。

委員の意見は、次のとおりである。

- ・ 多くの問題点が指摘されているにもかかわらず、見直しは5年後であるとするのは、理解を超える硬直的な対応であると言わざるを得ない。現時点ですでに存在するデータとエビデンスを収集し、もう一度きちんとした組織で、レビューする必要があるのではないかと。5年も待たなくても見直すべきである。
- ・ 状況によっては（診断基準による国民の参加状況やメタボリックシンドロームの減少状況）3年で見直してもよい。より良い方向へ改訂していくなど、意欲を示すことになる。
- ・ メタボリックシンドロームの病態が確立されていない現状では当然と考えられる。
- ・ 少なくとも、腹囲については2～3年の間に見直しをすることが必要である。国際糖尿病連合（IDF）は、日本発の新しいデータに基づいて、日本人の腹囲の基準を、男性90cm、女80cmとした。
- ・ 腹囲を必須項目とするメタボリックシンドロームの診断基準そのものは改訂しないが、腹囲と他の危険因子の異常を同列に扱って対象者を選定するような形で、特定保健指導の基準を見直す必要がある。
- ・ メタボリックシンドロームの診断基準などを見直しは必要なことで、積み上げられたEBMをもとに定期的に見直しを行うべきである。
- ・ 健康づくりの観点から、健診結果をもとに保健指導をはじめとする資源を適切に配分できるような順序付けを持った判定基準を作成すべきである。産業保健領域で行われてきたTHPなどの施策との整合性を図ることを今後検討する

必要がある。

(5) 特定保健指導の実施に当たっては、医師が必ず先頭に立つて行うようにすることについて

「平均寿命世界一の社会では、いうまでもなく人口の急速な高齢化がすすむ。そのような中で生活習慣病を予防し、高齢者が「元気で長生きする」ことが何にもままして求められている。そのため現代の医療は、生涯にわたる人々の健康づくりをかりつけ医がどのように支援するか、人々の生活習慣がつくる疾病にどのように挑戦するか、厳しく問われているといえる。これらの課題に対応するために、これまでの医療の方式を止揚する新しい体制が構築されなければならない。その第一歩は、第一線の医療において、症状の存在を前提とし、患者をその都度の対象としてきた体制を見直し、彼らの生涯にわたる健康づくりの歩み、彼らが生活の中で直面している、多様な健康課題を総合的に把握し、記録し、理解していくことができる体制を構築することではないか。」(公衆衛生委員会答申 平成18年3月)

このような体制を構築するためには、特定健診・特定保健指導の実施に当たって、とくに医師が特定保健指導の先頭に立つことは、ほとんど絶対の条件のように思える。医師法の第一条にある、「医師は、医療及び保健指導を掌る」とされていることを、改めて思い起こさなければならない。

委員の意見は次のとおりである。

- ・ 医師がすべて直接自ら行うのではなく、適切な運動指導・食生活指導の専門機関に紹介するという形もとるべきである。なお、禁煙治療に関しては、健診で把握した喫煙者に対して、適応があるものに対しては、ニコチン依存症管理料

を適用して自ら禁煙治療を行う、あるいは専門機関に紹介するべきであると考ええる。

- ・ 当然、そのための医師のあり方など、対応策も必要である。
- ・ 医師が先頭に立って、生活習慣病を含めて病気の全てを理解した上で保健指導をするのが本来のあり方である。
- ・ 特定健診・特定保健指導は40歳以上が対象者である。特に保健指導においては糖尿病にならないよう行動変容を促すこととされているが、乳幼児、学童期の頃から身についた生活習慣を、成人になってから変えることは大変難しいことである。したがって、医師の役割としては、この特定健診・特定保健指導を行うことは当然であり、それと同時に母子保健、学校保健を通して子どもの頃から正しい生活習慣を身につけさせるための教育、指導が欠かせないと思う。
- ・ 特定保健指導の実施は、医師を先頭とした医療チームを作ることが望ましい。医師は必要に応じてコメディカルスタッフを教育し、チームとして指導すると効率的である。特にかかりつけの医師は、個人の家庭環境等も理解していることが多いので、行動の変容につながる保健指導を行うことができる。
- ・ 特定保健指導は、第一線の開業医などでは到底取り扱いできない内容となっている。特に積極的支援を行うことは困難と思われ、医師が先頭に立つことは少なくなると考えられる。現在求められているような保健指導であれば医師ではない保健指導事業者が主導となると思われる。
- ・ 医師は医師法により国民の公衆衛生（健康づくり）の向上に貢献することが求められており、健康診査、保健指導はその重要な施策であることから、医師がこの事業における主体的役割を担う必要がある。殊に、慢性の生活習慣病においては早期からの一体化した管理が必要であり、保健指導までが保険者の責任でアウトソーシングされ、医療レベルのみを医師が担当することは一体化に欠け、その効率が問題になるであろう。

「21世紀の医療は、人々の『症状』のみではなく、人々の健康づくりの歩み、健康の『エビデンス』をもとに総合的で、縦断的な視点に立って推進されなければならない。エビデンスとは患者の生涯にわたる健康の実態である。その実態がエビデンスとなるためには、その実態が記録されなければならない。その記録が、「生涯保健の記録」であり、記録するのが「生涯保健の記録帳」である。患者のカルテは、「診療録」と「生涯保健の記録帳」によって重層的に構成されなければならない。」(公衆衛生委員会答申 平成18年3月)

ここに示されているとおり、医師は、受診者の診療録と同時に、生涯保健の記録帳を片手に日々の診療に当たらなければならない。そのためには、人々の特定健診・特定保健指導の記録がすべて電子化され、日常的に医師の診療活動の中で活用されなければならない。全ての医療機関で、そのことが達成されるよう特定健診・特定保健指導の記録の電子化については、事業の不可欠の要素として、その費用が保険給付の中に包摂され、統一された様式のもとに実施されるよう強く要望する。

3 . 結語

特定健診・特定保健指導の実施を機会に、基盤として、日本の医師は、母子保健、学校保健、産業保健、介護・リハビリテーションにわたって、生涯を通じた人々の健康づくりを支え、守る活動を実践していかなければならない。そのため、前述した課題に挑戦し、成果をあげることができるよう、意欲的で、独創的な施策をすすめることが、医師会の役割である。

- (1) 腹囲測定によって把握される肥満の有無が、高血糖、脂質異常、高血圧の有無に優先したことの意義を理解し、特定健診・特定保健指導が、人々の健康づくりへの自覚から始まり、人々を主役として遂行されるよう、全ての事業を運営することが医師会の役割として重要である。

そのため地域医師会、また医療機関では、情報の周知が必要であり、特定健診の受診者、特定保健指導の利用者の意見、要望に積極的に耳を傾け、取り入れることができるよう、体制を整えるようにする必要がある。

また、特定健診の受診者、特定保健指導の利用者の受診結果、指導結果を、いつでも、どこでも、人々の健康づくり、医療、リハビリに活用するため、地域医師会が、日常的に継続して、データの記録、管理を行うことができる体制、及びそのための基盤整備が求められる。

また、郡市区医師会は、人々が日常的に身近に充実した特定健診・特定保健指導を利用することができるよう、市町村との協力のもとに、健診・保健指導の拠点施設の整備に向けて尽力する必要がある。

(2) 国民を主役とする健康づくりを目指すために、特定健診・特定保健指導の実施にあたって、保険制度を基盤とした制度が実施されることになったことの積極的な意義を理解する。そして財政重視の立場に立つ保険者に対し、保険制度のもつ共済と自助という理念を育て、そのことを基盤として、あくまで人々の健康の実態、保持、増進の視点に立った事業の推進を図る。

(3) 健診・保健指導、医療が一体のものとして運営される体制を確保することが、21世紀の医師の基本条件であるとの認識のもとに、特定保健指導の実施にあたっては、とくに医師が必ず先頭に立つて行うようにする。

そのため、とくに郡市区医師会、および都道府県医師会は、会員の保健指導に関する理解が深まり、技術の向上を図ることができるよう、研修会を意欲的に開催することが望ましい。

また、医師が率先して、特定保健指導を実施するためには、各医療機関の看護職が、医師の監督のもとに保健指導を実施することが必要である。そのためには、地域の医療機関で働く看護職が、充実した保健指導を実践できるよう、それらの人たちを対象にした研修会を開催する必要がある。

また郡市区医師会、および都道府県医師会は、各医療機関の保健指導を担う専門職を共同で確保するということも必要と考えられるので、そのための体制を構築する必要がある。

(4) 特定健診・特定保健指導が、常に科学的根拠のもとに遂行されるよう、特定健診・特定保健指導における判定基準や実施方法などの見直しが、柔軟に、かつ継続して実施されるよう体制を構築する。

そのため、特定健診や特定保健指導の受診結果や保健指導結果の記録、フォローアップから得られる知見、また受診者や利用者の意見や要望をもとに、日本医師会は特定健診・特定保健指導の見直しに対し、積極的に対応しなければならない。

また、小児期からの生活習慣病の予防対策が重要課題であり、小児の健診のあり方について検討する必要がある。

(5) 保険制度による、特定健診・特定保健指導が、医療費抑制のための管理の一環を担うものではなく、あくまで人々の健康づくりを担う事業とし運営されるよう、また、将来は現行の医療保険制度同様、保険証と健診受診券・保健指導利用券を持参すれば、全国どこの特定健診・特定保健指導機関でも健診・保健指導を受けることできるような制度になるよう、日本医師会は尽力すべきである。

(6) がん検診についても、国民を主役とする事業が可能となるよう、保険制度を基盤とした事業方式のもとに、これを運用するようにする。

現在のわが国の医療保険制度は、症状を有することが制度利用の条件となっている。症状が現れてからでは多くの場合、適切な治療の可能な時期を逸しがちであるという生活習慣病、とりわけ「がん」に対しては、大きな限界となっていることは明らかである。そのような状況を克服するためにも、特定健診・特定保健指導と併せて、がん検診が保険制度の中で運用される体制（疾病予防保険の創設）が、一刻も早く実現するよう日本医師会は、早急に取り組むべきである。

4 . おわりに

平成20年4月から、従来の老人保健法に基づく基本健康診査に代わり、40歳から74歳までの者を対象に、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防のための、新たな特定健診・特定保健指導が実施される。

日本医師会は、国民の健康増進と生活の質の向上のためには、生涯にわたる保健事業が必要であること、そして予防と治療が一貫して行われなければならない、それができるのは、「かかりつけの医師」であることを主張してきている。

特定健診・特定保健指導は、国民の健康づくりにとって重要な役割を果たすことが期待される。しかし、それは生涯を通じた保健事業の中の、あくまでその一翼を担うものであるという認識が不可欠である。

本答申では、そのような観点から特定健診・特定保健指導の実施を契機に母子保健、学校保健、産業保健、介護・リハビリテーションにわたって、生涯を通じた健康づくりを支えていかなければならないことを改めて強調するとともに、がん検診が保険制度のなかで運用をする体制（疾病予防保険の創設）を提言した。

特定健診・特定保健指導以外の健診・保健指導の充実、さらには要治療者への対応も併せて実施していくことは、とくに重要である。

特定健診・特定保健指導は、多数の問題点、課題を抱えながら開始されることになる。制度は変更されるものの、予防から治療まで一貫して関わることによって地域住民の健康を守るという、かかりつけの医師や地域医師会の使命は変わらない。特定健診・特定保健指導に積極的に関与することで、改めるべき点を次回の制度の

見直しに向けて提言していく必要があるであろう。

本答申をふまえて、かかりつけの医師、地域医師会が特定健診・特定保健指導に積極的に取り組んでいただくことを期待したい。

公衆衛生委員会中間答申

平成19年3月

日本医師会公衆衛生委員会

平成19年3月

日本医師会長
唐澤祥人 殿

公衆衛生委員会
委員長 多田羅 浩三

公衆衛生委員会中間答申

本委員会では、平成18年8月4日に開催された第1回委員会において、貴職から諮問のありました「健診・保健指導における医師会の役割」について、5回の委員会を開催して鋭意検討を重ねてまいりました。

平成20年度から、健診・保健指導が保険者に義務付けられる状況に鑑み、これまでの審議結果をもとに中間答申をとりまとめましたので、ここに提出いたします。

公衆衛生委員会

| | | |
|------|---------|-------------------|
| 委員長 | 多田羅 浩 三 | (放送大学教授) |
| 副委員長 | 羽 鳥 雅 之 | (さいたま市大宮医師会会長) |
| 委員 | 相 澤 好 治 | (北里大学医学部教授) |
| " | 天 野 道 磨 | (鳥取県医師会常任理事) |
| " | 大 島 明 | (大阪府立成人病センター調査部長) |
| " | 川 端 正 清 | (日本産婦人科医会常務理事) |
| " | 菊 池 辰 夫 | (福島県医師会副会長) |
| " | 草 場 泰 之 | (長崎県医師会常任理事) |
| " | 見 城 美枝子 | (青森大学教授) |
| " | 小 林 勲 | (新潟県医師会理事) |
| " | 鈴 木 勝 彦 | (静岡県医師会副会長) |
| " | 田 嶼 尚 子 | (東京慈恵会医科大学教授) |
| " | 松 永 剛 典 | (兵庫県医師会副会長) |
| " | 山 本 直 也 | (北海道医師会常任理事) |
| " | 湯 藤 進 | (東京都医師会理事) |
| " | 吉 田 勝 美 | (聖マリアンナ医科大学教授) |

(五十音順)

目 次

| | | |
|---|-------------------------------|----|
| 1 | はじめに | 1 |
| 2 | 社会福祉・社会保障・公衆衛生 | 3 |
| | (1) 社会福祉 | |
| | (2) 社会保障 | |
| | (3) 公衆衛生 | |
| 3 | 医療および保健指導 | 6 |
| | (1) 医療 | |
| | (2) 健診・保健指導 | |
| | (3) 保健事業における実績 | |
| | (4) 医療費との闘い | |
| 4 | 健診・保健指導の原則 | 14 |
| | (1) 健診と保健指導は一体 | |
| | (2) 健診・保健指導と医療は一体 | |
| | (3) 健診・保健指導の結果は生涯保健のデータベース | |
| | (4) 健診・保健指導を担うのは医師、および保健医療専門職 | |
| 5 | 医師の役割 | 16 |
| 6 | 医師会の役割 | 18 |
| | (1) 都市区医師会 | |
| | (2) 都道府県医師会 | |
| | (3) 日本医師会 | |
| | (4) 保険者協議会、地域・職域連携推進協議会との関わり | |
| | (5) 健診・保健指導における質の管理 | |
| | (6) 健診・保健指導のデータ管理、データ分析 | |
| | (7) 第三者評価機構 | |
| 7 | おわりに | 25 |

中間答申

公衆衛生委員会は、会長の諮問「健診・保健指導における医師会の役割」に対し、医療制度改革により、医療保険者による健診・保健指導事業が平成 20 年度に始まるという緊急の状況に鑑み、健診・保健指導実施の歴史的意義について、また健診・保健指導の実施に対し、医師会が担うべき基本の役割について、本答申に先立ち、以下のとおり中間答申を行う。

なお、健診・保健指導のよりの確な推進体制、また、健診・保健指導のより充実した内容の確保に向けて、医師会が担うべき役割については、今後、平成 19 年度において検討を行い、今回の中間答申と併せて、最終答申を行う予定である。

健診・保健指導における医師会の役割

1. はじめに

日本医師会公衆衛生委員会では、過去8年間にわたって、会長から下記のような諮問を受け、地域における保健・医療の充実に向けた、生涯保健事業の推進、また、かかりつけ医および医師会が担う役割について検討を行い、答申を行ってきた。

平成10年度・11年度「生涯保健事業に対するかかりつけ医及び医師会の役割」

平成12年度・13年度「生涯保健事業の概念に基づく地域医療推進の具体策」

平成14年度・15年度「かかりつけ医を中心とした地域医療体制のあり方」

平成16年度・17年度「生涯を通じた健康管理と医師会の役割」

これまでの答申の中では、とくに次のようなことが強調された。

国民の健康増進と生活の質の向上が求められている。そのためには、生涯にわたる保健事業が必要である。

生涯にわたる健康の保持が生活の質の向上に重要であることについて、国民の理解を得るためには、予防と治療が一貫して行われなければならない。それができるのがかかりつけ医である。

住民の身近にあって、健康状態を最も熟知しているのがかかりつけ医であり、普段から住民の健康状態だけでなく、生活環境や家庭環境を知りうる立場にあるので、個人に対する生活習慣病の予防対策を実行できる。

かかりつけ医は、健康の保持増進から医療までの保健医療ニーズを適切に判断して、自ら実践するとともに、保健医療専門職の人たちとコーディネートすることが強く期待されている。

生涯を通じた保健事業を担うためには、かかりつけ医は、診療録に並んで、生涯

保健の記録帳を用意する必要がある。

国民が病気にならず、健康で生活できるよう支援していくことは、医師、および医師会の最も大きな役割である。

生涯保健事業の実施にあたっては、地域特性を生かし、その質を担保し、効率的な運用を図るために、医師会の役割がとくに重要である。そのためには拠点施設の充実に努める必要がある。

医師会、自治体、保険者が一体となって、生涯にわたる保健事業を地域において展開するためには、高い理念と真摯な努力を共有する必要がある。

本委員会では、これまで委員会で確認されてきた以上の理念を基本の認識として、諮問に対する答申について検討を行った。

2 . 社会福祉・社会保障・公衆衛生

憲法第 25 条には、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」とされている。この文言は、人々の生活は、社会福祉と社会保障と公衆衛生という 3 つの柱によって支えられていることを示している。

(1) 社会福祉

人類の社会福祉の歴史は、1601 年のエリザベス救貧法にまでさかのぼることができる。16 世紀、ヘンリー 8 世はローマからの独立を期して、国内の大小全ての救貧院の解体を行った。結果として、貧しい人たちの世話を、教区を単位として救貧税を集め、教区が自ら行う福祉の体制が発足したのである。

19 世紀、イギリスが世界の工場としての発展を見せる中で、労働力の確保が課題となり、労働力が救貧法にのかれるのを避けるため、1834 年、改正救貧法が制定された。この法律を起草したのは E . チャドウィックであり、彼は有名な劣等処遇の原則をもとに、制度利用の抑止を理念とした福祉の体制を構築した。こうして税金を財源とし、利用者について汚名や偏見を与え、人々に制度に依存させないことをモットーとする近代社会の福祉の制度が生まれ、今日まで継承されてきた。

(2) 社会保障

憲法に出てくる社会保障という言葉は、実質的に社会保険のことを意味していると思われる。年金保険制度と並んで、社会保険制度の中核をなしているのが、健康保険制度である。歴史上初めて、健康保険制度が実施されたのは、ドイツである。1883 年に、時の宰相ビスマルクによって労働者を対象にした疾病保険制度が発足

した。ドイツでは、1871年1月18日にヴェルサイユ宮殿「鏡の間」において、プロイセン王ヴィルヘルム1世が帝冠を受け、ドイツ帝国の成立が宣言された。新帝国は、22の君主国と3つの自由都市からなる連邦で、国家主権は集団としての連邦君主の手にあった。こうした君主国の割拠によって分断された、国のあり方に対し、国内市場の統一に向けて、巧みな術策を駆使して革新的な政策をすすめたのがビスマルクである。

新しい帝国の構築という観点に立つ、ビスマルクには、教会やユンカーなどの古い勢力から独立した、新しい社会の機能を育てたいという、大きい野望があった。ビスマルクの疾病保険制度は、それまでいわば個々の職場の共済活動として実施されてきた機能を、国家のシステムの上に乗せて、新しい社会制度創設の道を開いたところに最も大きな意義があったといえることができる。

ここで生まれた健康保険制度は、疾病保険制度の名前のとおり、労働者の就労を困難とし、彼らの生活破綻を招く、「疾病」に対し、医師による治療の提供を制度化したものであるが、この場合、ひとつ留意すべきことがあるように思う。つまり、経営者にとって課題となったのは、「疾病」そのものへの対応ではなく、労働者の就労を困難とする、「疾病」がもたらす「症状」の存在であったのではないかということである。そのため就労を困難とするような「症状」の存在が、實際上、保険制度利用の条件となったのではないかと思われる。

一方、当時、西洋医学は、ヒポクラテスの医学の伝統の上に、病院の医学の興隆の中で「症状」から出発して、そこに「疾病」を発見する「診断学」という技術が、大きな地平を開き、新しい体系を築きつつあった。

こうして、「症状」から始まる近代の西洋医学の興隆と、「症状」に対応したいという健康保険制度の理念が一体となって、人々の医療を担う体制が生まれ、今日まで堅持されてきたと考えることができる。

(3) 公衆衛生

憲法に公衆衛生のことが謳われたことを受けて、昭和22年7月には、東京大学、大阪大学、新潟大学の医学部に公衆衛生学教室が創設された。そして、昭和23年、新しく制定された医師法の第1条で、「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする」とされた。医療に並んで、保健指導を掌ることは医師の本来の業務であることが、規定された。これに対し、今日まで、医師は、国民皆保険体制を基盤に医療の充実に努め、また自治体による保健事業や企業の産業保健活動の中で担われてきた事業の推進に対して、大きく、かつ貴重な実績をあげてきており、まさに医療と保健指導の拡充によって世界にも誇るべき成果を挙げてきた。

これらの社会福祉、社会保障、公衆衛生の成果が基盤となって、わが国は社会経済の大きな発展、そして平均寿命世界一の記録を達成した。結果として、21世紀、高度の人口高齢化時代を迎え、これらの社会福祉、社会保障、公衆衛生のあり方が、厳しく問われ、根本的な改革を余儀なくされている。

3 . 医療および保健指導

(1) 医療

医師は、「医療及び保健指導を掌る」とされた。そして医療については、大正 11 年に健康保険法、そして昭和 13 年に国民健康保険法が制定され、これらの医療保険制度を基盤に、昭和 36 年、国民皆保険体制が達成された。

この皆保険体制のもとに進められてきたわが国の医療制度には、次の 3 つの特徴があると思われる。第 1 は、人々はいつでもどこでも誰でも、大きな支障なく医療を受けることができること、第 2 に、第一線の医療機関において、専門技術を要する入院医療体制や、外来患者に対する臨機応変な X 線検査や心電図検査なども可能とする充実した診療体制が確保されていること、第 3 に、内科、外科、眼科、耳鼻科、婦人科などの専門医療が第一線に存在しており、人々は充実した専門医療を直接利用することができること、である。

昭和 37 年のわが国の平均寿命は、男は 66.23 年、女は 71.16 年であり、世界のトップクラスにあったスウェーデンは、それぞれ 71.32 年、75.39 年であったので、男では 5.09 年、女では 4.23 年の差があった。昭和 36 年に皆保険体制が達成されてから、4 分の 1 世紀、25 年後、昭和 61 年にわが国は男が 75.23 年、女が 80.93 年で、男女ともに世界一の記録を達成した。しかし、こうして、平均寿命の延長による人口の高齢化が急速にすすむ中で、新しい課題に直面することになってきた。

国の患者調査によると、平成 2 年には例えばがんの患者数は 75 万人であったが、平成 11 年には 127 万人になり、わずか 9 年の間に 70% に近い増加がみられた。心臓病も 160 万人から 187 万人へ、脳卒中はもともと多かったので、大きな増加はみられなかったが、患者数は 147 万人にのぼっている。糖尿病は 149 万人から 212 万

人へ、42%の増加がみられた。また、人口動態統計から死亡数の推移を見ると、平成2年から平成12年の10年の間に、全がんでは22万人から30万人へ36%という大きな増加が見られた。その内訳として、肺がんは3万6000人から5万4000人へ、大腸がんは2万5000人から3万6000人へ、乳がんは5800人から9200人へ、そろって50%前後の増加が見られ、虚血性心疾患も5万1437人から7万183人へ36%の増加、糖尿病では9470人から1万2303人へ30%の増加があった。

わが国は非常に充実した、世界でも類を見ない、優れた第一線医療の体制を持っている。そして、20世紀を通じて日本は平均寿命の飛躍的な延長がみられた。にもかかわらず、がんや循環器疾患、糖尿病など生活習慣病の死亡数は激増している。わが国では、毎年亡くなる人の数は約100万人であるが、そのうち約60万人は生活習慣病による死亡であり、そのうち約30万人はがんによる死亡となっている。こうして、平均寿命世界一の社会においては、生活習慣病による患者数や死亡数について、非常に大きな増加が存在することが明らかになってきた。生活習慣病は、まさに長寿社会における国民病になっているといっても過言ではない。

この生活習慣病の最大の特徴は、人々の生活習慣を原因とする疾患であるということ、そのことは生活環境の充実があり、生活習慣が改善されれば予防できるということを示唆している。しかし、一旦、症状が現れてからでは、適切な治療の時期を逸することが多い。にもかかわらず、わが国の健康保険制度では、今日まで伝統的に症状の存在が制度利用の前提となっている。そのため老人保健法による保健事業が実施されてきた。しかし、今日まで、症状が現れてから医療機関を訪れるというのが、人々の健康課題に対する基本の形となっており、結果として、適切な治療の時期を逸した生活習慣病の人が、少なくとも60万人、死亡しているということになる。

今日の生活習慣病による、死亡数の増大は、基本として「症状」の中に「疾病」を発見するというのが、西洋医学の立場であり、技術であったこと、そして「症状がなければ利用できない」という、現代の健康保険制度の限界がつくっている状況である、と考えざるを得ない。そのため当然、症状のない段階で、どのように疾病を発見し、順当に治療につなぐかが、今日のわが国の医療の最大の課題になっているということ、を、認識しなければならない。

西洋医学の「症状の医学」という伝統の上に構築され、労働者の疾病対応のための制度として生まれ、大きな役割を果たしてきた「健康保険制度」が、平均寿命世界一の社会をつくり、そして生活習慣病による死亡の増大という事態に直面することになった。結果として、新しい予防重視の制度の導入という課題に対し、どのような展望を描いていくのか、そのことが現代の医療と保健の最大の課題になっているといえる。

(2) 健診・保健指導

厚生労働省は平成 17 年 10 月 19 日に発表した「医療制度構造改革試案」において、その最初に「予防重視と医療の質の向上・効率化のための新たな取組」の項を設定した。そして「生活習慣病予防のための本格的な取組」として、「糖尿病・高血圧・高脂血症の予防に着目した健診及び保健指導の充実等」を図るとして、そのため「国保及び被用者保険の医療保険者に対し、40 歳以上の被保険者及び被扶養者を対象とする、糖尿病等の予防に着目した健診及び保健指導の事業を計画的に行うことを義務づける」としている。そして、この試案の内容にそって、平成 18 年 2 月、「健康保険法等の一部を改正する法律案」が国会に提出され、6 月に成立した。

具体的に法律では、老人保健法の一部を改正して、名称を「高齢者の医療の確保

に関する法律」に改めるとして、「前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、もって国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする」としている。そして予防重視という観点のもとに、特定健康診査、特定保健指導という事業を保険制度の中で実施するということが定められた。

わが国の健診・保健指導事業は、大正 11 年の健康保険法の中で定められ、継承されてきた、保健施設活動の長い伝統と実績を受けて、昭和 57 年の老人保健法によって制定され、市町村を実施主体として推進されてきた保健事業の中で培われてきたということができる。ここで実施されてきた、「健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、医療等、機能訓練、訪問指導」という 7 つの事業からなる保健事業は、今日まで人々の健康づくりにかけがえのない役割を果たしてきた。そして、このことが結果として、今回提案された健診・保健指導についても、市町村によって、税金を財源として実施されるべきであるという考えを、わが国の医師の中に深く醸成しているのではないかとと思われる。

しかし、保健指導は文字どおり、医師法によって、医療に並んで、医師が掌ることが定められている業務であること、また人々の医療を担ってきた健康保険制度が制度上の深刻な限界に直面していることに鑑みると、現代の医師は、健診・保健指導の推進に対し、改めてその責務について認識を新たにすることが求められているといえる。そして、健診・保健指導が、健康保険制度の中で運営されるとすれば、健診・保健指導を医療に連続する流れの中に積極的に位置づけることによって、併せて医療の一層の充実を図ることができるということについて、健診・保健指導推進の意義として深く理解する必要がある。

また、これまでの老人保健法による保健事業は、税金を財源として実施されてきたことが、制度の実績向上に一定の限界をつくってきたとも考えられる。この点について、税金を財源として、その歴史を刻んできた福祉の世界において、直面する多様なサービスの需要に対し、介護保険制度を導入することによって、大きな展望が開かれたことから、学んだことは極めて多かったと思われる。

(3) 保健事業における実績

平成 16 年度の老人保健事業報告によると、個別健診方式によって実施された実績は、基本健康診査約 1300 万件のうち 61.4%、胃がん検診約 440 万件のうち 27.8%、肺がん検診約 710 万件のうち 23.4%、大腸がん検診約 640 万件のうち 46.8%、子宮頸がん検診約 360 万件のうち 55.4%、乳がん検診約 270 万件のうち 44.8%を占めている。これらの数値は、地域における保健事業の推進に対し、地域の医師がいかに大きな役割を果たしてきたかを如実に示している。また、職域における保健事業においても産業医は、T H P 活動や労災二次健診の取り組みなどにおいて、大きな役割を果たしている。医師は、今後の健診・保健指導においても、これらの実績を基盤として、中心的な役割を果たしていかなければならない。とくに健診・保健指導と産業保健における事業が関連する領域において、産業医は両者の連携を図るのにかげがえのない力を発揮することが期待できる。

(4) 医療費との闘い

わが国の医療費の現状をみると、平均寿命世界一という輝かしい記録の達成に対し、要した費用は、国民 1 人当たり医療費でみると、欧米先進諸国に比して、非常な低額にとどまっていることは周知のとおりである。にもかかわらず、近年の政府の医療費政策は極めて厳しく、理不尽なものとなっていることは、看過できる範囲を越えるものであることは明らかである。しかし、わが国の高齢者人口の推移をみ

ると、75歳以上の人口は、平成12年には900万人であったが、25年後の平成37年には2000万人に達すると推計されている。将来、こうして75歳以上の人口が2000万人以上にも及ぶという事態に直面して、政府はどのように理不尽といわれようとも、その抑制を図りたいと考えたと思える。

人口の推移

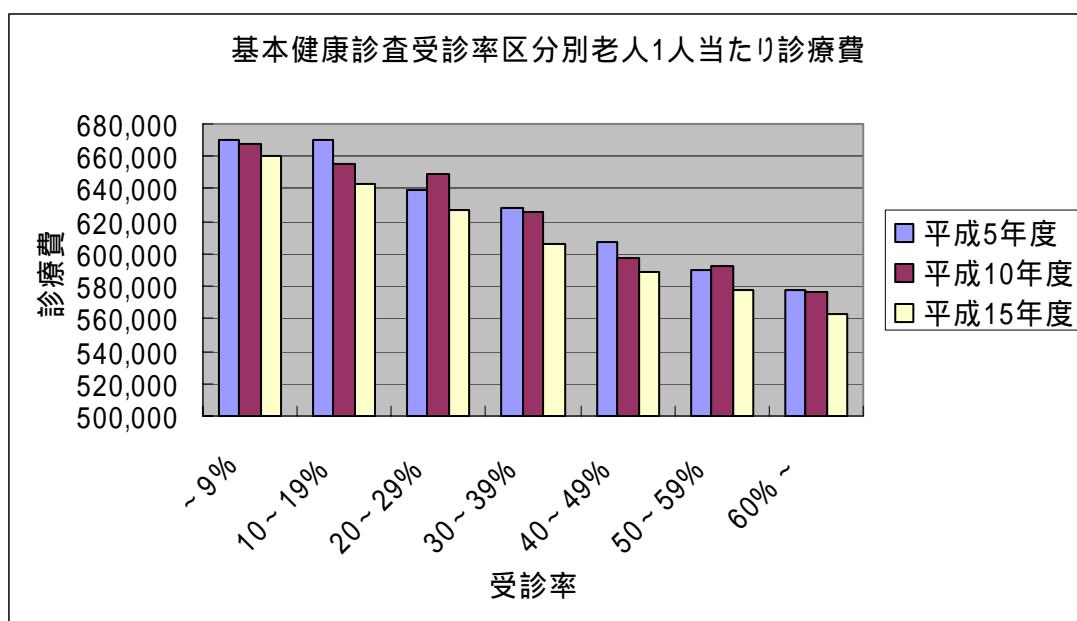
| | (万) | | |
|-----------|--------|-------|-------|
| | 総人口 | 65歳以上 | 75歳以上 |
| 平成12年 | 12,693 | 2,204 | 900 |
| 平成37年 | 12,114 | 3,473 | 2,026 |
| 平成12年-37年 | 579 | 1,269 | 1,126 |
| 毎年の増加 | 23.2 | 50.8 | 45.0 |

そうであれば、このままの現状では、国際的にみて、いかに低い国民1人当たり医療費であっても、未曾有の後期高齢者人口の増加という事態に直面する限り、政府は医療費抑制という政策を、今後とも継承することになるのではないかと懸念される。これに対して、医師、および医師会は、今以上の医療費の抑制は、わが国の優れた医療体制の危機的な崩壊につながるということ、そのため国の財源確保が極めて重要であるということについて、社会の各部門の人たちの理解が得られるよう一層尽力をすると同時に、「元気で長生き」を旨として、人々の健康増進が達成されるよう総力をあげて取り組むことが厳しく求められている。そのことが21世紀の日本の医療の健全な発展にとって不可欠の条件になっていると思われる。

その場合、健康診査の実施が、医療費の軽減にどれだけの効果を有するか、が問われていると思われる。これに対しては既に、平成5年度、平成10年度、平成15年度の全国の市町村の基本健康診査および国民健康保険による診療の実績を対象に行った分析から、それぞれ基本健康診査の実績が大きいところほど、老人1人当たり診療費が低く、平成5年度において約4700億円の老人診療費が軽減されたこと

算出されたこと、また平成 10 年度、15 年度において、それぞれ 6689 億円、1 兆 1272 億円の老人診療費の軽減効果があったと推計されたことが報告されている。

| 基本健康診査受診率区分別老人 1 人当たり診療費 (円) | | | |
|------------------------------|------------------|------------------|-----------------|
| | 平成 5 年度 | 平成 10 年度 | 平成 15 年度 |
| ～ 9% | 670,749 | 667,449 | 659,855 |
| 10～ 19% | 670,676 | 655,089 | 643,312 |
| 20～ 29% | 638,805 | 648,684 | 626,987 |
| 30～ 39% | 627,852 | 625,245 | 605,969 |
| 40～ 49% | 607,442 | 597,403 | 588,576 |
| 50～ 59% | 589,909 | 592,803 | 577,255 |
| 60%～ | 577,541 | 576,856 | 562,742 |
| 総数 | 611,995(n=3,252) | 607,375(n=3,243) | 589,492(n=3138) |



また、平成 15 年度の国民健康保険の老人保健医療給付対象者の 1 人当たり診療費について、老人 1 人当たり診療費 = 老人受診率 × 1 件当たり日数 × 1 日当たり診療費であるので、これらの診療 3 要素と基本健康診査受診率の相関関係をみると、1 件当たり日数において、総数、入院、入院外ともに分析を行った全ての人口区分

で負の係数が得られたとされている。1件当たり日数が短くなるということは、疾病が軽症になっているということを示しており、基本健康診査の結果、疾病の早期発見が行われ、早期の治療が可能となったことを示唆していると考えられる。そして、このことは老人保健法による基本健康診査の方式が、今回の健診・保健指導においても受け継がれれば、貴重な成果をあげることが期待できることを意味していると思われる。

(この項の出典は、「基本健康診査の受診率向上が老人診療費に及ぼす影響に関する研究、日医総研 Annual Report 2005, 2006年3月」である。)

上記のとおり理解から、今回の医療制度改革によって健診・保健指導事業が保険者の義務とされ、健康保険制度の中で実施されることになったことは、現在の保険制度の限界に対し、その克服にかけがえのない基盤を与えるものであり、生活習慣病の予防、早期発見、早期治療に向けて、わが国の第一線医療において、戦略的な新たな展開への道を開くものとして評価すべきである。

4 . 健診・保健指導の原則

(1) 健診と保健指導は一体

健診は、人々が自らの健康状態について、「自覚」をするために受診するのであり、その知見をもとに人々は自らの健康づくりに努めなければならない(健康増進法第 2 条)。保健指導は、健診で得られた知見をもとに健康づくりに向けた、道筋とその方法を示す作業である。このことは、健診と保健指導は、一体のものとして実施されてこそ、本来の成果を達成することができることを意味している。

(2) 健診・保健指導と医療は一体

健診・保健指導は、日ごろの医療の基盤になるものであり、医療は、健診・保健指導との連動があつてこそ、本来の成果の達成が期待できると思われる。つまり、健診・保健指導と医療は、一体のものとして、位置づけられ、運営されることが、健診・保健指導の原則であり、そのことが、21 世紀におけるわが国の医療の基盤とならなければならない。

(3) 健診・保健指導の結果は生涯保健のデータベース

健診・保健指導の結果や内容は、医療における診療録にならんで、例えば「生涯保健の記録帳」(平成 18 年 3 月・公衆衛生委員会答申)によって記録し、保管され、人々の健康状態のフォローに活用されなければならない。また、医療においては、生涯にわたる患者の健康情報を提供してくれるデータベースとして活用されなければならない。

(4) 健診・保健指導を担うのは医師、および保健医療専門職

医療制度改革によって、健診・保健指導の実施は保険者の義務とされた。しかし、保険者が実施できるのは、健診・保健指導事業であつて、決して健診・保健指導自

体ではない。健診・保健指導を担うのは、医師、および保健医療専門職であるということを深く認識しなければならない。

5 . 医師の役割

平成 14 年に制定された健康増進法では、「国民の健康の増進の重要性が著しく増大している」とされ、国民が「自らの健康状態を自覚する」ことは、国民の責務とされた。そうであるとすれば、健診・保健指導の実践を通じて、全ての国民がすすめる健康づくりに対し、国民の責務の遂行を支え、牽引することは、わが国の全ての医師の責務である。保健活動や福祉活動は、医療活動の前後に密接に連動するものであり、それぞれの活動に軽重をつけることは、本来の医師の姿ではない。誰もが自分の将来に大きな疾病の罹患は望んでいない。従って、健診、その事後措置としての保健指導は、医療活動と同じレベルの活動が求められており、予防医学の実践者としても、医師は地域の人たちからの期待に応える義務と責任がある。その際、保健医療専門職の人たちと協働で行うことにより、より効果が上がるものと思われる。また、健診・保健指導を受ける人の立場に立った指導が大切であり、それに即応した自らの真摯な研鑽が必要である。

医師は、医療保険制度を基盤として、診療の記録、生涯保健の記録帳を管理して、生涯を通じた人々の医療、健診・保健指導を実施する。管理の一環として、医療、健診・保健指導で得られた知見は全て、電子化を行う必要がある。健診・保健指導のデータは、基本的に受診者本人が責任をもって管理するのが理想であり、そうすれば地域、職域の健康情報の一貫した管理が可能になる。医師による管理は、とくに移動がほとんどない高齢者にとって、かかりつけ医の役割として信頼感の観点からも望ましいと思われる。最も危惧されるのは、管理が行き届きにくい、新しいビジネスになろうとしている、健診・保健指導企業の存在である。そうした企業が、中長期にわたって契約者の健診データの管理を続け、地域に侵入するようなことを許してはならない。

医師は、産業医、健康スポーツ医、学校医などの役割、技能、見識を重ねた健診・保健指導を実施する。医師は、保健所、保健センター、地域産業保健センター、産業保健推進センターとの連携をもとに健診・保健指導をすすめる。

6．医師会の役割

医療と健診・保健指導は、連携して、一体として運営されなければならないことは先に述べたとおりである。しかし、医療と健診・保健指導は、それぞれ基本的な固有の特徴を有している。

医療では、対象となるのは、症状をもって訪れる個々の患者であるが、健診・保健指導では、対象となるのは、住民全員である、ということである。医療では、自ら治療を求めて患者が訪れてくれる。健診・保健指導では、住民は自分から訪問するという動機は持っていない。医療では、発熱や疼痛、苦痛などの症状があって、人々には自分から治療を求める動機が明瞭に存在している。健診・保健指導では、一般的に住民には受診しなければならないという動機は存在していないため、住民全員を対象に、受診することの意義を伝え、全員の受診を可能とする体制を準備する必要がある。このような事業は、個々の医師が行うことは困難である。それ故、これまでも、健診・保健指導は、保健施設活動として保険者によって、あるいは法律による事業として自治体等によって実施されてきたという経過がある。

今回の医療制度改革によって、健診・保健指導事業の実施義務を保険者は課せられた。しかし、保険者は健診・保健指導の意義を伝え、啓発する力も、健診・保健指導を実施する技術も有していないことは明らかである。それ故、保険者は、健診・保健指導事業の実施にあたっては、健診・保健指導の啓発と実施を他者に委託せざるを得ない。これに対し、健診は医師の診療技術を基盤とした業務であり、保健指導は医療に並んで、医師法に定められた医師の業務であるので、当然、保険者からの委託を受けて、事業遂行の中核を担うのは医師でなければならない。

そして、健診・保健指導の遂行には、人口の全数を対象とした啓発事業と受け入れ体制、またフォロー体制の確立が不可欠である。そのため個々の健診・保健指導

の業務を担うのは、個々の医師、あるいは関連の専門職の人たちであるとしても、全数を対象にした事業の遂行に対しては、医師会による組織的な対応が不可欠である。

健診・保健指導は、その効果が直ぐには見られないものが多く、それを支えるには学術集団としての医師会の努力があって初めて社会に理解されるものと思われる。医師会が、地域の医療、また、保健状況を、どのように集積、分析し、予防医学を展開していくかは、極めて重要である。保険者は、健診・保健指導の体制を設定しても、その成果をどのように分析し、活用するかの学術的検討は行わず、結果としての保険財政への効果だけを期待するものである。その経過が最も重要であるにもかかわらず、苦勞が多く、その評価が表面に現れないのが、健診であり、保健指導である。しかし、それなくしては予防医学の充実はあり得ず、医師会の息の長い地道な活動が、いずれ大輪の花を咲かすことになることを実践によって証明していくことが必要である。

(1) 郡市区医師会

郡市区医師会は、会員の中から、健診・保健指導事業に参加する医師の登録を行う。健診・保健指導の充実に対しては、地域医療、また地域保健に精通した医師で、医師会活動をリードできる医師の参加を得ることが絶対的条件である。

登録した医師からなる、健診・保健指導委員会を設置する。また、健診・保健指導の実績、および記録を管理する情報委員会を設置し、医師が日常的に利用可能なデータバンクを構築する。データ管理、データ分析については、保険者自身による管理もあると思われるが、とくに中小企業についてどうするかが重要である。ひとつの案としては、郡市区医師会と地域産業保健センターで健診データ共同集積セン

ターを設立することも考えられる。中小企業の労働者は地域への依存度が高く、そのまま地域の健診・保健指導へ移行することも多いことから、地域の医師との関わりが強い集団として、関与していくことが必要である。

郡市区医師会は、健診センターなどの拠点施設を確保し、健診・保健指導機能の強化、充実を図る。国保の健診・保健指導については、郡市区医師会が一括、受託する体制も真剣に考えることが必要であり、そのためにも、その受け皿となる活動拠点が必要である。既存の施設の活用、あるいは新たな視点での活動拠点の建設について検討する必要がある。

郡市区医師会は、参加医療機関の活動を支えるため、他の専門職の団体の協力を得て、保健師、管理栄養士などの人材を確保する。

郡市区医師会は、2次医療圏に設置される地域・職域連携推進協議会に委員として参加する。

(2) 都道府県医師会

都道府県医師会は、郡市区医師会の健診・保健指導委員会を構成員とする健診・保健指導協議会を設置する。健診・保健指導協議会は、健診・保健指導委員会の委託を受けて、保険者と健診・保健指導の受託に関して契約を結ぶ。

健診・保健指導協議会は、統一した契約書を作成する。そして、健診・保健指導協議会は、健診・保健指導事業の推進に対し、保険者と定期的に緊密な協議を行う。その際、健診・保健指導事業をどのような形ですすめるかということについて協議することが重要であり、協議が保険財政への効果を論ずるだけの場になってはなら

ない。

都道府県医師会は、健診・保健指導の推進に向けて会員対象の研修会を開催する。「個々の患者は個々のかかりつけ医で」という、最も基礎的な医療形態を支えるのが、医師会の役割であり、かかりつけ医の集団である医師会自ら研修の充実を図る必要がある。その点、健診・保健指導に従事する医師の研修会への出席を義務化するなど、会員一人ひとりがその重要性を理解した努力の集積が必要である。

都道府県医師会は、保健師、管理栄養士など、他の専門職の団体と連携し、事業の推進に向けた連携体制を構築する。

都道府県医師会は、地域・職域連携推進協議会に委員として参加する。

(3) 日本医師会

都道府県医師会の健診・保健指導協議会を構成員とする、全国健診・保健指導連絡協議会を設置する。

健診・保健指導事業の充実、国民への啓発に努める。健診受診率の向上のために事業の普及、啓発活動の重要性は、どのように強調しても、しすぎということはないと思われる。

健診・保健指導のスムーズな実施のため、健診・保健指導マニュアルを作成する。

(4) 保険者協議会、地域・職域連携推進協議会との関わり

医師国保は、保険者協議会に委員として参加する。

都道府県医師会は、保険者協議会に実質的に参加し、発言する機会を積極的に確保するようにする。

都道府県医師会、および都市区医師会は、地域・職域連携推進協議会に委員として参加する。

(5) 健診・保健指導における質の管理

保険者、および実施者等のアウトソーシングのレベルにおいて、質の管理の点検を実施する体制が都道府県単位で確立されなければならない。健診・保健指導実施上の質の管理は、参加医療機関の責務とすることを基本として、都市区医師会は、保健所、保健センター、地域産業保健センター、産業保健推進センターの協力を得て、医療機関の責務の遂行を支援する。

健診を担う機関は、内部・外部精度管理を行うことはもとより、全国的に検査値の標準化を行う。健診・保健指導における質の管理においては、単なる構造評価やプロセスに加えて、アウトカム評価を恒常的に行ってモニタリングを行う必要がある。平成10年度以降、一般財源化されたがん検診においては、競争入札のもとで、検診の質が低下したことが懸念されている。この苦い経験から学び、健診・保健指導において質の低下を招来することのないよう管理を行う必要がある。

健診・保健指導がどのような形で実施されるかは極めて重要である。どのような精度管理、分析を行い、どのような理解を得て、どのような結果を期待するのか、が重要である。

保険者といっても、その規模はさまざまであり、地域性、職業性などについても

複雑であり、健診・保健指導の質的な管理について、統一性を担保する体制をつくることが大切で、その作業を医師会が軸となって担うことが重要である。その際、とくに大きな企業では産業医、地域での中小企業については地域産業保健センターの相談事業の活用を真剣に考えることが必要である。

また、保健指導の内容として、運動を実施、指導する施設においては、日医認定健康スポーツ医が必ず配置され、その監督下で保健指導を行うことが必要である。

(6) 健診・保健指導のデータ管理、データ分析

健診・保健指導で得られたデータの管理は、参加医療機関が、受診者の了承を得た上で行う。データ管理・データ分析に当たって、個人情報の保護を徹底する。

郡市区医師会は、参加医療機関のデータ処理機能をサポートする。

郡市区医師会は、匿名化されたデータを参加医療機関から取得し、保健所、保健センター、地域産業保健センター、産業保健推進センターなどの協力を得て、データの分析を行い、地域医療、地域保健、職域保健の充実に向けて活用する。

(7) 第三者評価機構

第三者評価機構が設立される必要があり、日本医師会は設立、運営に関与する。機構は、健診・保健指導に理解のある専門家をメンバーとする。

第三者評価は、構造、プロセス、アウトカムに対する評価、モニタリングを行うべきである。がんの分野におけるモデルとしては、米国がん研究所の「Cancer Trends Progress Report 2005 Update」が参考となる。米国では、喫煙、食事、

運動、がん検診、がんの罹患率、生存率、死亡率の推移など、Healthy People 2010 において取り組んだ成果を、28 分野の 467 の個別の目標毎に、詳細なプロセスとアウトカムの目標値と達成値との対比を示し中間評価（Healthy People 2010 Midcourse Review）を行っている。

地域レベルでの評価機構をどうするかについては、中央の中核機関と都道府県レベルのサブ機構を設置すること、場合によっては2次医療圏に設置して、きめの細かな評価を行うことも重要である。

7. おわりに

わが国は、昭和 36 年に国民皆保険体制を達成し、全ての国民はいつでも、どこでも、誰でも、大きな支障なく医療を受けることができる体制を確立した。そして昭和 61 年には、男女ともに平均寿命世界一の輝かしい記録を達成した。結果として、高度の人口高齢化時代に直面し、最も多様な健康状態の人が生活する社会を迎えている。そして生活習慣病の患者数、死亡数の大きな増加という事態に直面している。その生活習慣病によって、約 60 万人の人が亡くなっている。生活習慣病に対する闘いは、21 世紀のわが国の最大の課題になっているといっても過言ではない。

昭和 23 年（1948 年）に発足したイギリスの国民保健サービスは、人類の医療の歴史の中で、各国の改革モデルとしてかけがえのない役割を果たしてきたと思われる。その国民保健サービスにおいて、一般医に対する「新しい契約」によって平成 16 年（2004 年）4 月から、これまでのイギリスの人たちのプライマリケアを支えてきた 2 つの柱が大きく改革されることになった。

その内容は、第 1 に、これまでの 24 時間、365 日の責任に対して、一般医は月曜から金曜まで、午前 8 時半から午後 6 時までの、診療には責任をもつが、夜間、週末、休日の診療からは開放されることになった。これらの時間外の診療が必要な場合、患者は、所定の電話番号に電話すれば、自動的にトラストによって運営される、時間外担当の医師に紹介されるということになった。

第 2 に、健康の管理に対し、冠疾患の 2 次予防（15 項目）、脳卒中（10 項目）、高血圧（5 項目）、糖尿病（18 項目）、慢性閉塞性肺疾患（8 項目）、てんかん（4 項目）、甲状腺機能低下症（2 項目）、がん（2 項目）、精神保健（5 項目）、喘息（7

項目)を対象に、各診療プラクティスを単位として、具体的に計76項目(平成18年度に82項目に増加)の指標と、各指標に対する達成目標と点数(合計550点)が示され、達成割合に応じて点数が計算され、合計点数に応じて診療報酬が加算されるということになった。例えば、冠疾患の2次予防では、新しく狭心症と診断された患者で、運動試験や/あるいは専門医に紹介した人の割合という項目があり、7点のポイントが与えられており、達成目標は25-90%であり、例えば、あるヘルスセンターで、この割合が75%とすると $(75-25)/(90-25) \times 7 = 5.38$ で、5.38点の点数が与えられるというものである。

これらの2つの一般医サービスに導入された診療方式は、患者の症状の発症に対し、24時間365日の患者の受け入れ体制を確保することを特徴としてきた、これまでの一般医のいわば受け身の診療体制を、健康管理による戦略的な診療体制の構築を目指すものに、つまり patient's agenda による診療体制から doctor's agenda の診療体制に、基本的に変身せしめるものであるといえる。

わが国では、症状の存在が前提とされている健康保険制度の基本の特徴に対し、症状が現れてからでは手遅れという生活習慣病に対する挑戦の中で、疾病の症状に依拠した受け身の医療体制から脱皮し、人々の健康の実態に迫る医療体制の構築を図ることが不可欠であることが、厳しく認識されてきたと思われる。

医療制度改革によって発足する健診・保健指導を基盤に、人々の健康の実態を直視し、実態に迫る医療が実践されるよう、わが国の医療の現場における健診・保健指導の確立、推進、充実が達成されるのに、本中間答申が、いくらかでも役立つところがあれば幸甚である。