健診制度が変わった～その狙いは医療費の抑制

特定健診・特定保健指導の仕組みと問題点、そして、私たちのたたかいと対応

北海道勤医協本部　組織広報部　　吉岡　恒雄

08年4月から住民健診が変わった

健診がどのように変わったのか　国・自治体の責任から保険者の責任に

	07年度まで	08年4月から
法　律	老人保健法	高齢者の医療の確保に関する法律
名　称	基本健診・保健指導	特定健診・特定保健指導
責　任	国	医療保険者（国保・政管健保等）
実施責任	自治体	医療保険者
対象者	40歳以上の住民	40歳から74歳までの内、 医療保険の被保険者と被扶養者

対象者は
5700万人

＊癌検診は市町村が一般財源で行う～やるかやらないかは市町村の判断

従来の健診・保健指導との目的の違い

以前は

様々な病気の
早期発見

健診＋保健指導

→

今は

メタボリック症候群と
糖尿病などの削減

保健指導
健診は振り分けの手段

保険者が責任を持つと云うけれど

医療保険の種類と保険者の数

08，10から公法人化

			保険者数	人数(06,3)
医療保険	1 健康保険	政府管掌健康保険	1	3，565万人
		組合管掌健康保険	1，561	3，012
	2 船員保険		1	19
	3 国家公務員等共済組合		＊27	959
	4 地方公務員等共済組合		＊54	
	5 私立学校教職員共済組合		1	
	6 第3条2の被保険者		1	
	7 国民健康保険（市町村国保）		1，835	4，769
	8 国民健康保険組合（組合国保）		約160	393

3500以上の保険者が、各々個別に特定健診・指導を実施する事になる

2，老人保健～ 08，4から後期高齢者医療制度

健診は努力義務
（広域連合に実施責任）

3，医療扶助ー生活保護による医療扶助

健診は自治体の判断

4，公費負担ー法律に基づく医療・予算措置に基づく医療

都道府県も「医療費適正化計画」で保険者と一体となって推進

《(新)医療費適正化計画》

・医療費の現状と分析　・平均在院日数の短縮に関する数値目標

・糖尿病等患者・予備群の減少に関する数値目標、健診・保健指導の実施率の数値目標

・目標実現の取り組み方策　・医療費適正化を行うことによる医療費の見通し　・PDCA

相互に整合

《医療計画》 医療圏の設定、基準病床数、救急医療の確保、医療従事者の確保等

・(新)脳卒中、癌、糖尿病等の疾病別患者の年間総入院日数の短縮に関する数値目標

・(新)在宅での看取りや地域クリティカルパスの普及等に関する取り組み

・(新)脳卒中、癌、糖尿病等ごとの医療機関の機能分化と連携

《健康増進計画》 地域の実情をふまえた目標等

・(新)糖尿病等患者・予備群の減少に関する数値目標

・(新)健診及び保健指導の実施率に関する数値目標　・(新)上記の取り組み方策

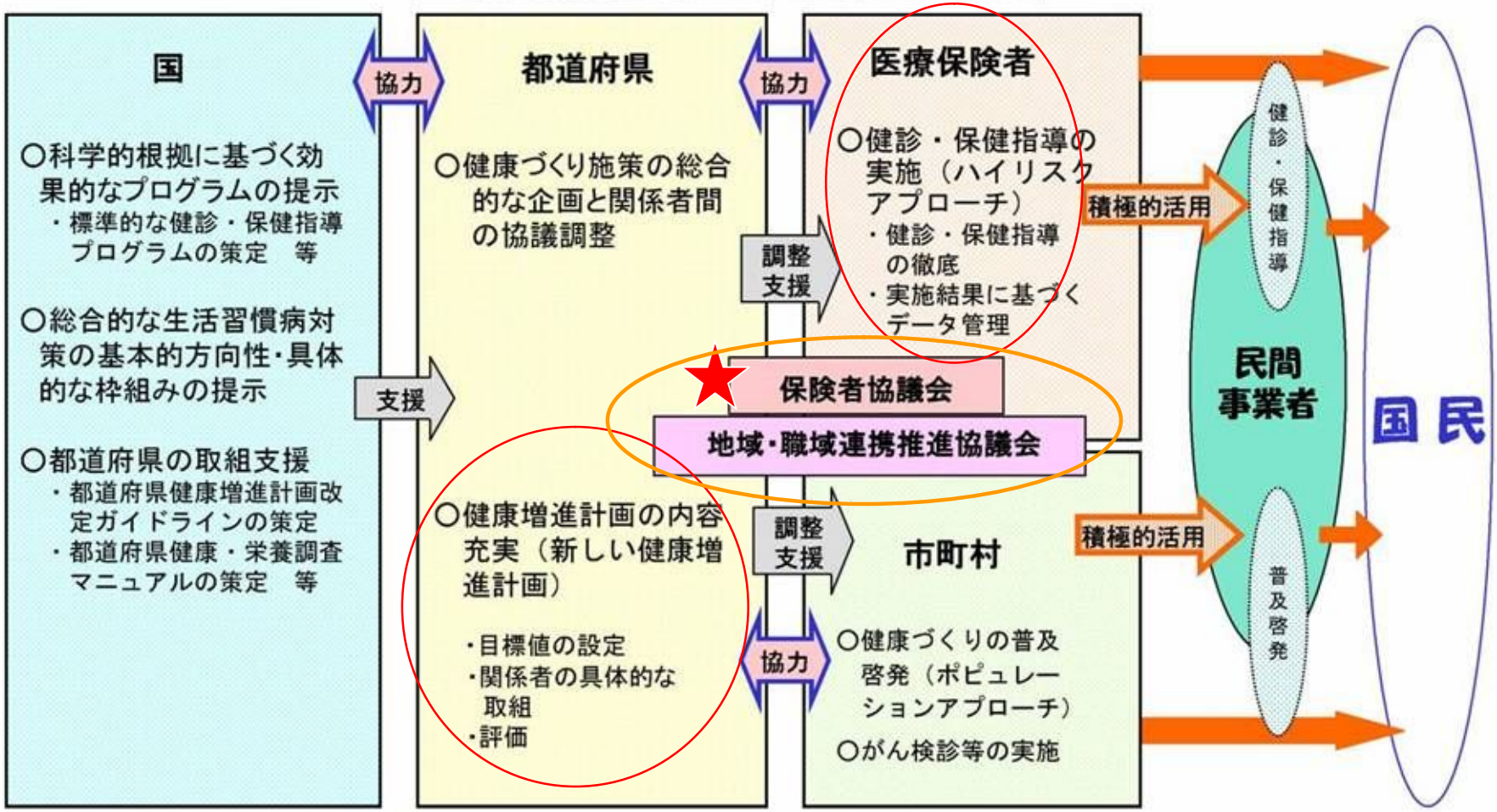
《介護保険事業支援計画》 サービス従事者の確保・資質の向上等

・区域ごと種類ごとの介護給付量の見込み

・施設における生活環境の改善を図るための事業

3計画

生活習慣病対策の推進体制の構築



保険者協議会～医療費適正化の取り組みを保険者が共同で実施するための組織

地域・職域連携推進協議会～健康づくりに関わる者が集まり、地域・職域が実施している保健事業の情報共有や連携・協業を行うための組織

実施責任の移行と費用負担－健診部分－

以前　基本健診・癌健診ともに40歳以上の住民（国の責任で自治体が実施）

費用分担

国　1/3	都道府県　1/3	市町村　1/3

40～74歳

08年～　実施責任は保険者（国民保険・社会保険）

特定健診

国保

国　1/3	都道府県　1/3	保険料と自己負担1/3

社保

本人は事業主健診と重複部分は事業主、それ以外は保険者が負担
社保家族は保険者と自己負担＋国の補助の予定（負担割合1／3）

癌健診

自　治　体　の　一　般　財　源

75歳～

特定健診・保健指導は努力義務＝高齢者の病気の予防は必要ない？
従って、国などからの財政補助はない。保険料からの捻出と自己負担

健診のターゲットは生活習慣病

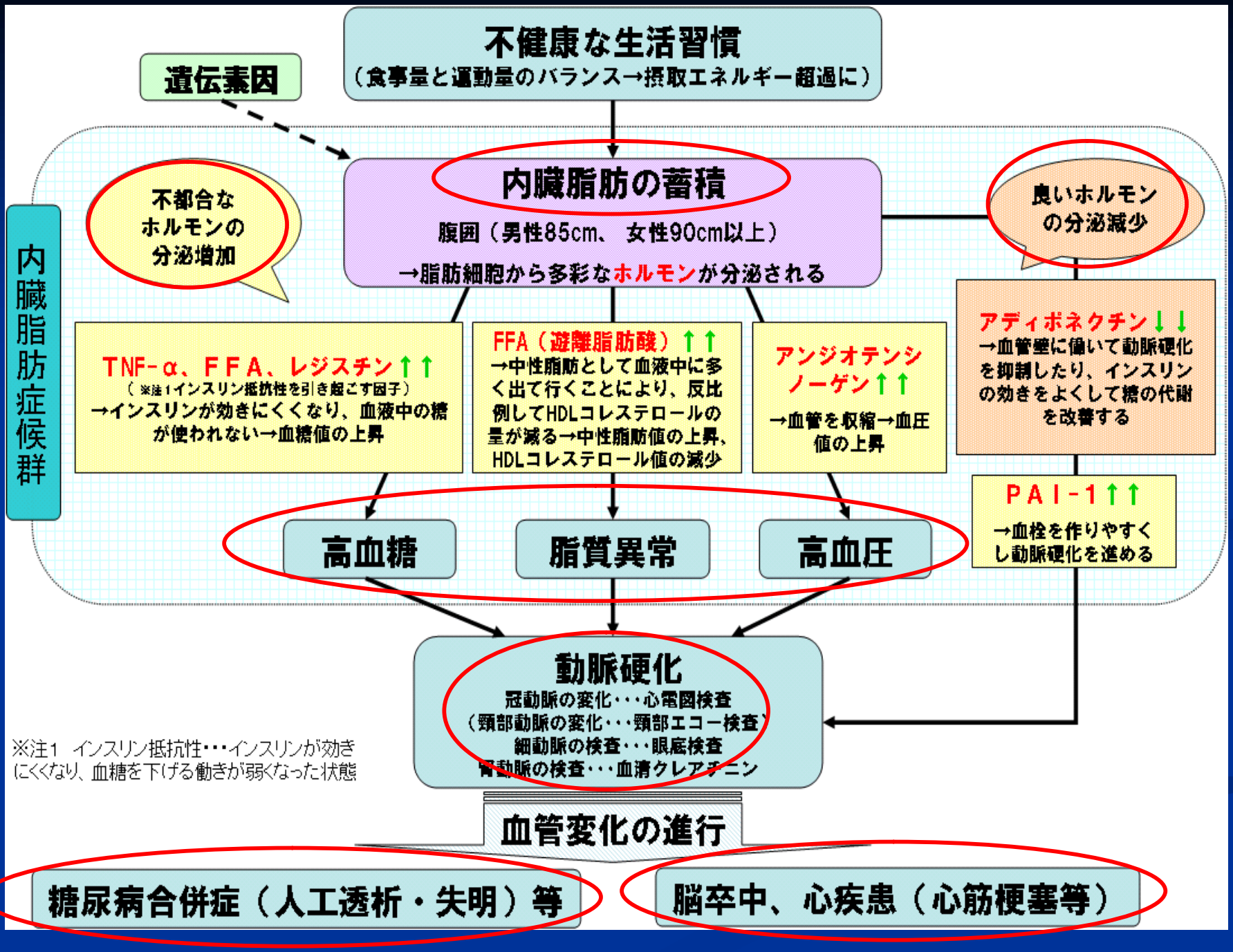
2015年までに生活習慣病有病者・予備軍の25％削減を目標

生活習慣病～心臓病・高血圧症・糖尿病・癌・高脂血症など、不適切な食事、運動不足、喫煙、飲酒など生活習慣に起因すると考えられる病気。従来は成人病と呼ばれてきたが、平成8年（1996年）に厚労省がこの名称を導入した。

厚労省は、なぜ生活習慣病をターゲットにしたか

生活習慣病は、国民医療費の約3割を占め、死亡数割合では約6割を占める。大幅な医療費削減のためには生活習慣病有病者・予備軍の削減が打ってつけのターゲット

疾患名	医療費	死因別死亡割合
悪性新生物	2. 8兆円	30. 5%
心疾患	0. 8兆円	15. 7%
脳血管疾患	2. 0兆円	13. 0%
糖尿病	1. 9兆円	1. 3%
高血圧性疾患	2. 8兆円	0. 6%
生活習慣病合計	10. 2兆円	61. 1%
その他	21. 3兆円	38. 9%


不健康な生活習慣
（食事量と運動量のバランス→摂取エネルギー超過に）
遺伝素因
内臓脂肪症候群
内臓脂肪の蓄積
腹囲（男性85cm、 女性90cm以上）
→脂肪細胞から多彩なホルモンが分泌される
不都合な
ホルモンの
分泌増加
良いホルモン
の分泌減少
TNF-α、ＦＦＡ、レジスチン↑↑
（ ※注1インスリン抵抗性を引き起こす因子）
→インスリンが効きにくくなり、血液中の糖
が使われない→血糖値の上昇
FFA（遊離脂肪酸）↑↑
→中性脂肪として血液中に多
く出て行くことにより、反比
例してHDLコレステロールの
量が減る→中性脂肪値の上昇、
HDLコレステロール値の減少
アンジオテンシ
ノーゲン↑↑
→血管を収縮→血圧
値の上昇
アディポネクチン↓↓
→血管壁に働いて動脈硬化
を抑制したり、インスリン
の効きをよくして糖の代謝
を改善する
ＰＡＩ-１↑↑
→血栓を作りやすく
し動脈硬化を進める
高血糖
脂質異常
高血圧
動脈硬化
冠動脈の変化・・・心電図検査
（頸部動脈の変化・・・頸部エコー検査）
細動脈の検査・・・眼底検査
腎動脈の検査・・・血清クレアチニン
※注1 インスリン抵抗性・・・インスリンが効き
にくくなり、血糖を下げる働きが弱くなった状態
血管変化の進行
糖尿病合併症（人工透析・失明）等
脳卒中、心疾患（心筋梗塞等）

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の診断基準

メタボリックシンドロームの診断基準

必須項目

内臓脂肪蓄積
ウエスト周囲径　男性≧85cm
女性≧90cm
(内臓脂肪面積　男女とも≧100cm²に相当)

＋

選択項目

これらの項目のうち２項目以上

高トリグリセリド血症	≧150mg/dL
かつ／または	
低HDLコレステロール血症	＜ 40mg/dL
収縮期（最大）血圧	≧130mmHg
かつ／または	
拡張期（最小）血圧	≧ 85mmHg
空腹時高血糖	≧110mg/dL

＊CTスキャンなどで内臓脂肪量測定を行うことが望ましい。
＊ウエスト周囲径は立ったまま、軽く息をはいた状態でへそまわりを測定する。
＊高トリグリセリド血症、低HDLコレステロール血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。

日本内科学会雑誌 94(4),188,2005

洋なし型　皮下脂肪型肥満

リンゴ型　内臓脂肪型肥満

特定健診の検査項目～メタボ対応にシフト

- 質問（問診～服薬歴、喫煙歴など）：22項目
- 身体計測～身長・体重・BMI（肥満度・標準体重）・腹囲
- 理学的検査（身体診察）
- 血圧測定
- 血液検査
  脂質検査～中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール
  肝機能検査～GOT（AST）・GPT（ALT）・γ－GTP（γ－GT）
  血糖検査～空腹時血糖　or　ヘモグロビンA1C
- 検尿～尿糖・尿蛋白

BMI＝体重（kg）÷身長（m）^{2}

18．5未満	やせ
18．5～25未満	標準
25～30未満	肥満
30以上	高度肥満

二次検査（医師の判断に基づき選択的に実施する項目
○血液～ヘマトクリット・血色素・赤血球（貧血の既往歴。視診等で貧血が疑われる者）
○12誘導心電図（前年健診でメタボ基準すべてに該当する者）
○眼底検査　（　同上　）

特定保健指導

特定健診を受けた者を対象に、質問項目と健診結果から「プログラム」に沿ったステップに従って自動的に以下のどれかに振り分けて実施する

① 情報提供

検診結果送付に合わせて、情報提供用紙を送付

② 動機付け支援～自主的取り組みで生活改善できるように、保健師等の面接指導で行動計画を策定。6ヶ月後に実績評価を行う。

健診後、1回20分以上の個別面接、または80分以上の集団指導

③ 積極的支援～対象者の主体的な取り組みに資する適切な働きかけを相当な期間継続して行う。そのための行動計画策定。6ヶ月後の評価

3ヶ月以上の継続的な支援

・個別支援・グループ支援・電話・e-mail

実施後には効果を測定

食事指導は管理栄養士、運動指導は健康運動指導士が行う。

特定保健指導の振り分け基準

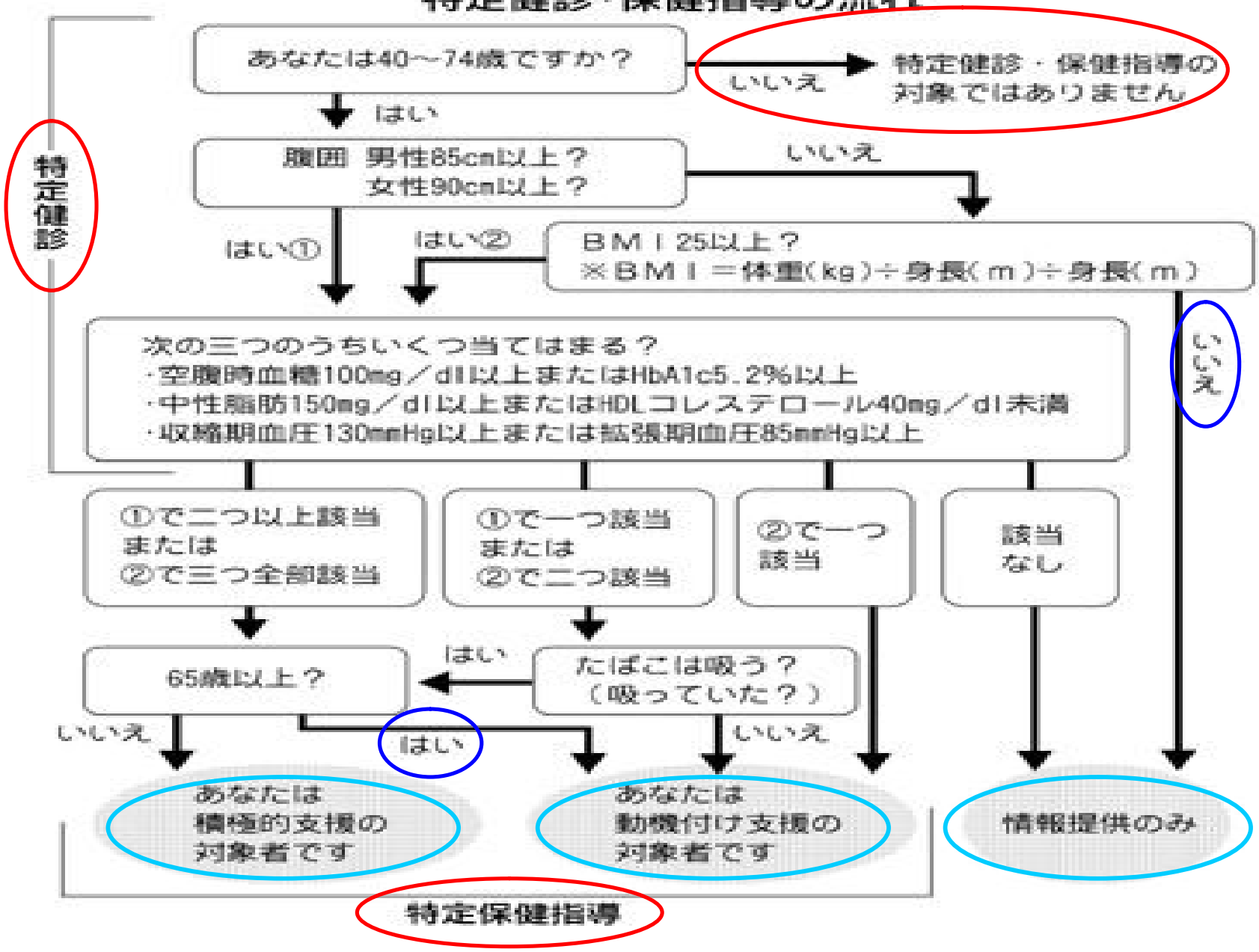
リスク判定基準

① 血糖　空腹時血糖100mg/dl以上 or HbA1c5. 2%以上
② 脂質　中性脂肪150 mg/dl以上 or HDLコレステロール40 mg/dl未満
③ 血圧　収縮期血圧130mmHg以上 or 拡張期血圧85 mmHg以上
④ 質問票　喫煙歴有り(リスクが一つ以上の場合にのみカウント)

保健指導レベル	男性85cm以上 女性90cm以上	男性85cm未満かつBMI 25以上 女性90cm未満かつBMI 25以上
情報提供	リスク要因　0個	リスク要因　0個
動機づけ支援	リスク要因　1個	リスク要因　1または2個
積極的支援	リスク要因　2個以上	リスク要因　3個以上

＊服薬中の者は、特定保健指導の対象としない
＊前期高齢者(65歳以上)は、積極的支援該当者でも動機付け支援となる

特定健診・保健指導の流れ



国は、各保険者に目標値を明示
保険者は、特定健診等実施計画を策定する

	2012年参酌標準	2015年目標値
特定健康診査の実施率	単一保険80% 政管健保70% 国保65%	80%
特定保健指導の実施率	45%	60%
メタボ該当者及び予備軍の減少率	10%(08比)	25%(08比)

道の健康増進計画の数値目標と一致

この実施率・減少率で、後期高齢者医療制度に対する支援金の加減(±10%)が決まる
財政の豊かな保険者ほど有利な仕組み(市町村国保には厳しい目標)

医療保険者による後期高齢者医療支援金の加算・減算

平成20年度
健診・保健指導事業の義務化

→

平成25年度
後期高齢者医療支援金の加算・減算を開始（以降、毎年度）

＜加算・減算の方法＞

①目標の達成状況の数値化

○　基となるデータ

・特定健診の受診率（又は結果把握率）
・特定保健指導の実施率（又は結果把握率）
・目標設定時と比べた内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率

②　各医療保険者（政管等は各都道府県支部ごと）間の数値を比較し、高い保険者については後期高齢者医療支援金の減算、低い保険者については加算を行う。
医療保険者全体を通じた減算額と加算額は同額。

他の健診制度との関連性（他法優先）

検診の種類	法　律		実施責任
被保険者・被扶養者の特定健診	高齢者医療確保法	義　務	医療保険者
75才以上の健康診査	高齢者医療確保法	努力義務	後期高齢者広域連合
生保受給者など上記以外の健康診査	健康増進法	努力義務	市町村衛生担当部局
65才以上の介護保険第1号被保険者生活機能評価	介護保険法	義　務	市町村介護担当部局
がん検診・肝炎ウィルス検診など	健康増進法	努力義務	市町村衛生担当部局
労働安全法による健診「事業者検診」	労働安全衛生法	義　務	事業者

他法優先～以下の健診と重複する部分は、それらの健診で行い（データを入手）
不足する部分を特定健診分として保険者が負担する。

「事業者検診」・「生活機能評価」・「被爆者健診」　＞　「特定健診」

特定健診・特定保健指導を受ける場所

今までのように、各自治体の決められた医療機関や健診センターで誰でも受ける訳にはいかない。
今度は、各保険者毎に決めた（契約を結んだ）健診場所（医療機関等）や保健指導を受ける場所に行かなければなりません。　その際、下記のような受診券・利用券の発行されます

特定健康診査受診券

平成　年　月　日交付

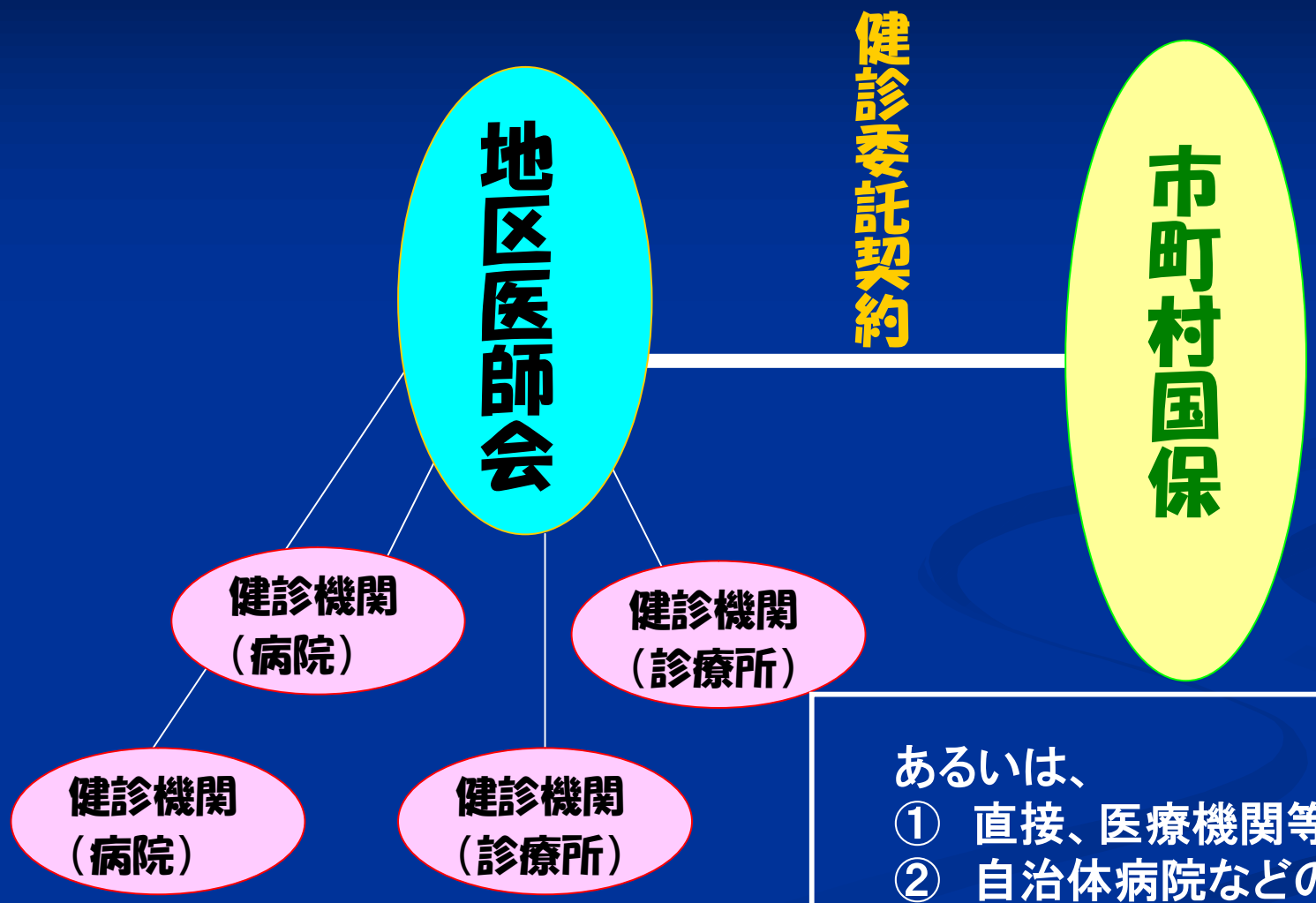
受診券整理番号　○○○○○○○○
被保険者証の記号及び番号　○○○○○○－○○○○○○○
受診者の氏名
性別
生年月日
有効期限　平成　年　月　日
健診内容　・特定健康診査
・その他（　　）
窓口での自己負担　・なし
・定額（　　円）
・あり（費用の　割に相当する額）
・あり（費用のうち、　　円を超える額）
保険者所在地
保険者番号・名称
印
契約とりまとめ機関名
支払代行機関名

特定保健指導利用券

平成　年　月　日交付

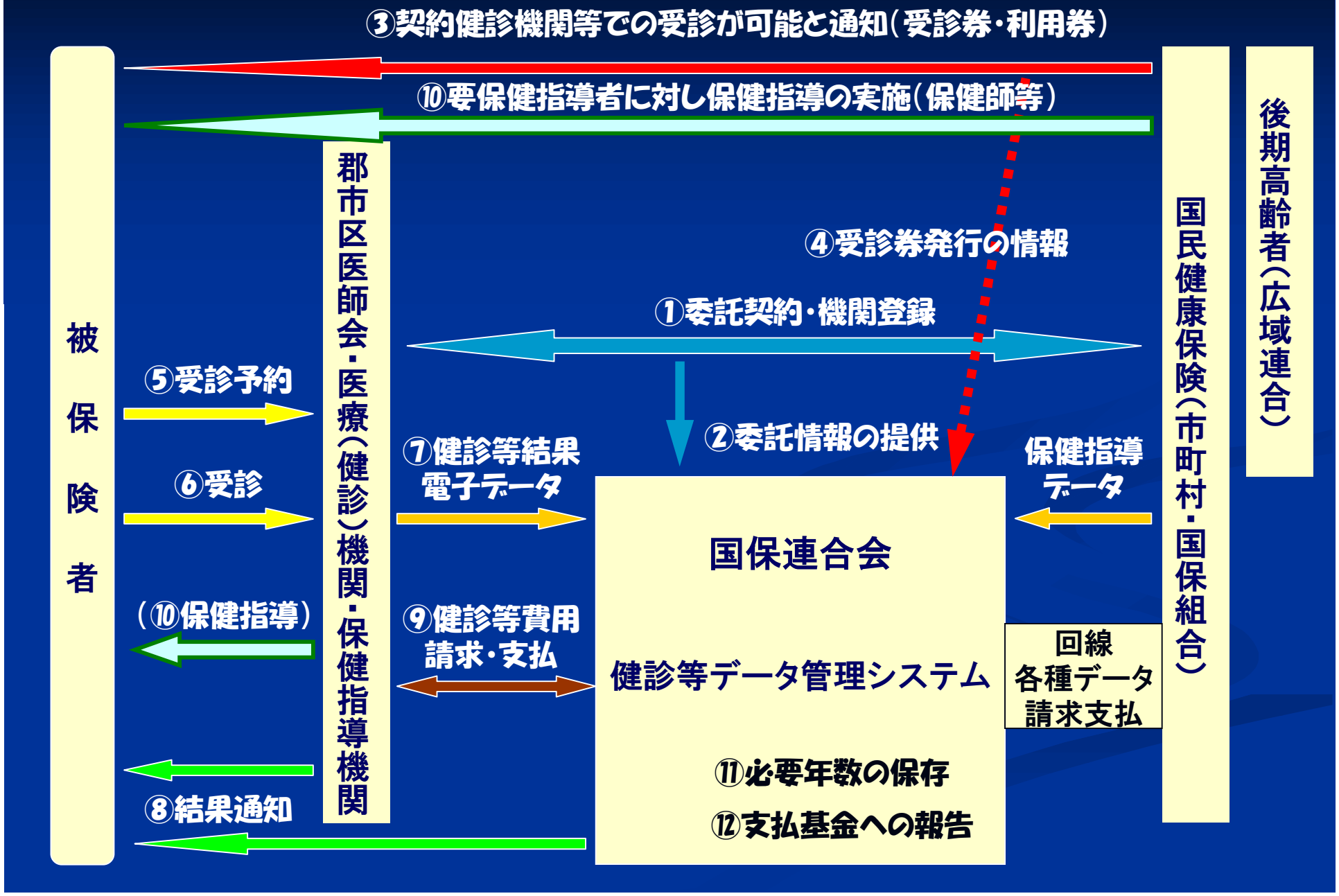
利用券整理番号　○○○○○○○○
特定健康診査受診番号　○○○○○○○○
被保険者証の記号及び番号　○○○○○○－○○○○○○○
受診者の氏名
性別
生年月日
有効期限　平成　年　月　日
特定保健指導区分　・動機付け支援
・積極的支援
窓口での自己負担　・なし
・定額（　　円）
・あり（費用の　割に相当する額）
・あり（費用のうち、　　円を超える額）
保険者所在地
保険者番号・名称
印
契約とりまとめ機関名
支払代行機関名

実施の仕組み①～国保の場合（特定健診）



あるいは、
① 直接、医療機関等との契約
② 自治体病院などの自前方式
③ 巡回検診等、健診機関と委託

国保における特定健診・保健指導の流れ図



各自治体国保の特定健診・指導の実施案

- **札幌市**

目標

	現在	H20	H24
受診率	29%	35%	65%
保健指導実施率	10%	10%前半	45%
メタボ削減率			10%

健診方式～医師会との委託契約および巡回検診方式
健診費用～8,100円　　自己負担～1,200円（非課税は無料）　後期は500円
健診項目～上乗せ無し　　（大腸がん検診を同時に実施）
保健指導～市が実施。手にあまればアウトソーシング
短期保険証・資格証明書の扱い～区別しない

- **当別町**

目標

	H20	H21	H22	H23	H24
受診率	35%	45%	55%	60%	65%
メタボ削減率					10%

健診方式～医療機関との個別の委託契約
健診費用～6,753円　　自己負担～700円
健診項目～尿酸・クレアチニンを上乗せ
保健指導～町が実施。対象多ければアウトソーシング
短期保険証・資格証明書の扱い～資格証明書は対象から外す

- 室蘭市

  目標　　H20　　H24

  受診率　　17%　　65%

  健診方式～医師会との委託契約

  健診費用～8,148円　　自己負担～無料（後期高齢者も）

  健診項目～上乗せ無し　（肝炎ウィルス・PSAを同時に実施）

- 小樽市

  健診方式～市内医療機関との契約・保健センター

  健診費用～7,243円　　自己負担～800円

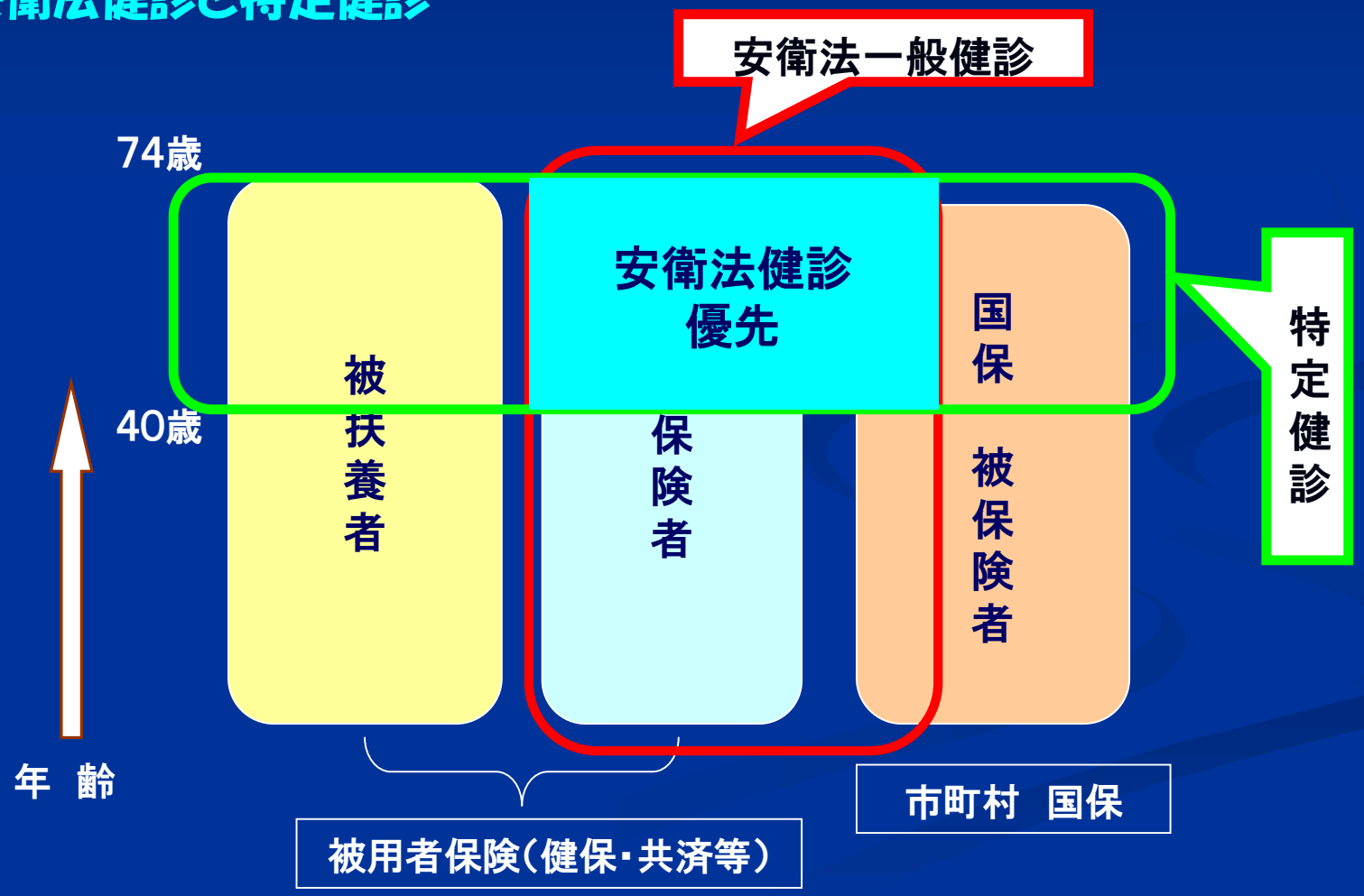
  健診項目～上乗せ無し　（肝炎ウィルスを同時に実施）

- 歌志内市・浦河町は北海道勤医協の診療所が委託機関から外れる

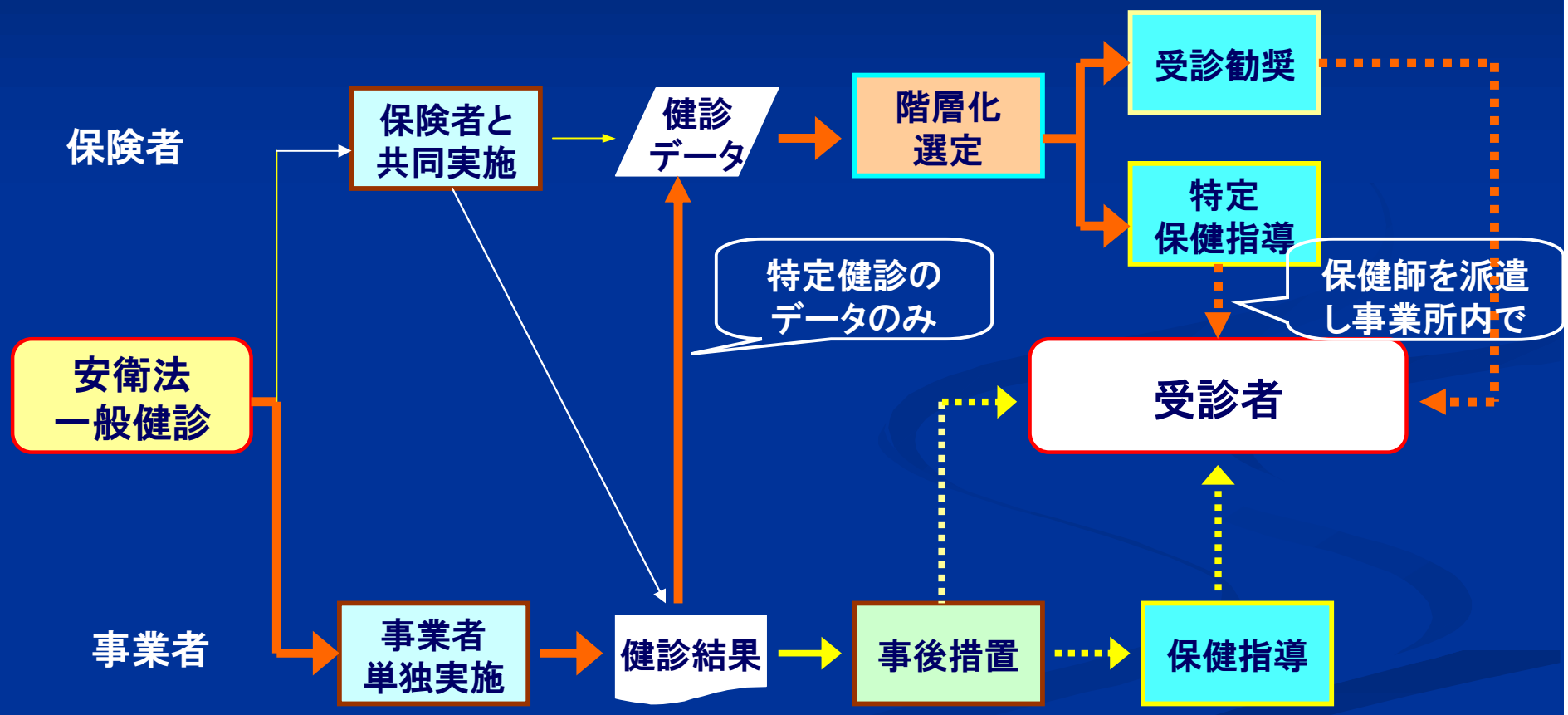
実施の仕組み②～政管健保などの被保険者（サラリーマン本人）

「労働安全衛生法による健診」（事業主健診）を優先し、保健指導も連携する

安衛法健診と特定健診



安衛法健診優先のもとでの特定健診データ、保健指導の流れ

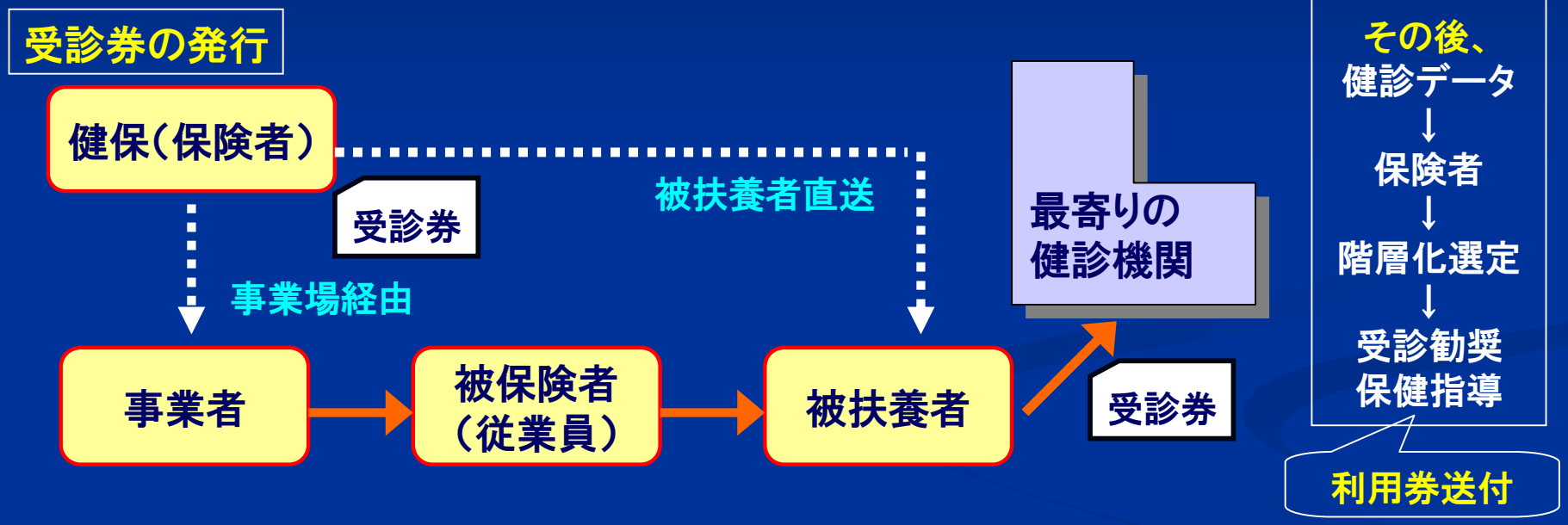


実施の仕組み③～政管健保などの被扶養者（サラリーマン家族）

サラリーマン本人とは別の扱いとなり、各保険者が別の仕組みを作る。多くは、市町村国保の委託先と契約を行い、国保の特定健診と同じ健診先で受ける。

事業所・被保険者（サラリーマン本人）をつうじて積極的な受診勧奨を行う。

受診券を被保険者を通じて配布する。保険者からの直送も？。



北海道は、

北海道医師会と健康保険組合連合会北海道連合会との間で集合契約を結んで被扶養者の健診を行う事になりそう。

現在、政管健保、健保組合、共済組合等が集合契約への参加を表明。

医療機関は、各郡市医師会でとりまとめ可能な医療機関とする。

特定健診単価は、道内統一として、7，460円（基本項目分）

健診のアウトソーシング（委託先）

- 医師・臨床検査技師・看護師などの人員確保
- プライバシーが確保できる部屋と心電図・眼底
- 標準書式報告書と電子式標準方式での報告
- 検査の内部、および、外部精度管理
- 常勤管理者
- 応急処置の体制
- 個人情報保護
- 敷地内全面禁煙

保健指導のアウトソーシング（施設基準）

- 指導用の部屋と食事指導や運動指導の施設
- 敷地内全面禁煙
- 土日祝日の指導実施など受診者の利便性向上
- 応急処置の体制
- 指導内容の電子式標準書式での報告
- 苦情窓口の設置

（保健指導の人員基準）

- 保健指導管理者は医師・保健師・管理栄養士のいずれかで保健指導講習受講者
- 食事指導は管理栄養士
- 運動指導は健康運動指導士か健康スポーツ医

＊健康運動指導士～下記条件を満たす者で講習＋試験により資格取得

- 体育系大学・医学部保健学科卒業者
- 保健師、管理栄養士
- 看護師、臨床検査技師、PT・OT等で、大学卒か、1年以上の運動指導経験
- 栄養士などで、大学卒か、2年以上の運動指導経験

健診データの一元管理

特定健診及び特定保健指導の結果は、決められた様式に基づいて、「電子化」（データファイル仕様）で送ることが義務となっている。

○　保険者が健診・保健指導を実施することにより、個人個人の健診データ、保健指導のデータが保険者に集まる。（電子化）

○　一方で、病気などで医療機関にかかった際の情報やデータ、かかった医療費もレセプト（診療報酬明細書）の形で集まる。
（H23年度から電子化を標準化）

○　これらのデータを合わせて保険者が管理できるシステムとなる。～健診受診の有無と発病にいたるまでの経過をチェック

特定健診・特定保健指導の問題点は何か

○住民健診は、そもそも自治体の仕事～国の責任の放棄

○病気の早期発見から、メタボリックシンドローム対策に偏った制度に転換

○労働者や国民の健康を守る視点ではなく、医療費削減政策を優先

○自己責任論のもと公的支援は最小限に押さえる
「不適切な食生活、運動不足、喫煙などで起こる～」
社会的要因、居住環境、労働環境、生活環境を覆い隠す
自主的（主体的）取り組みで生活改善

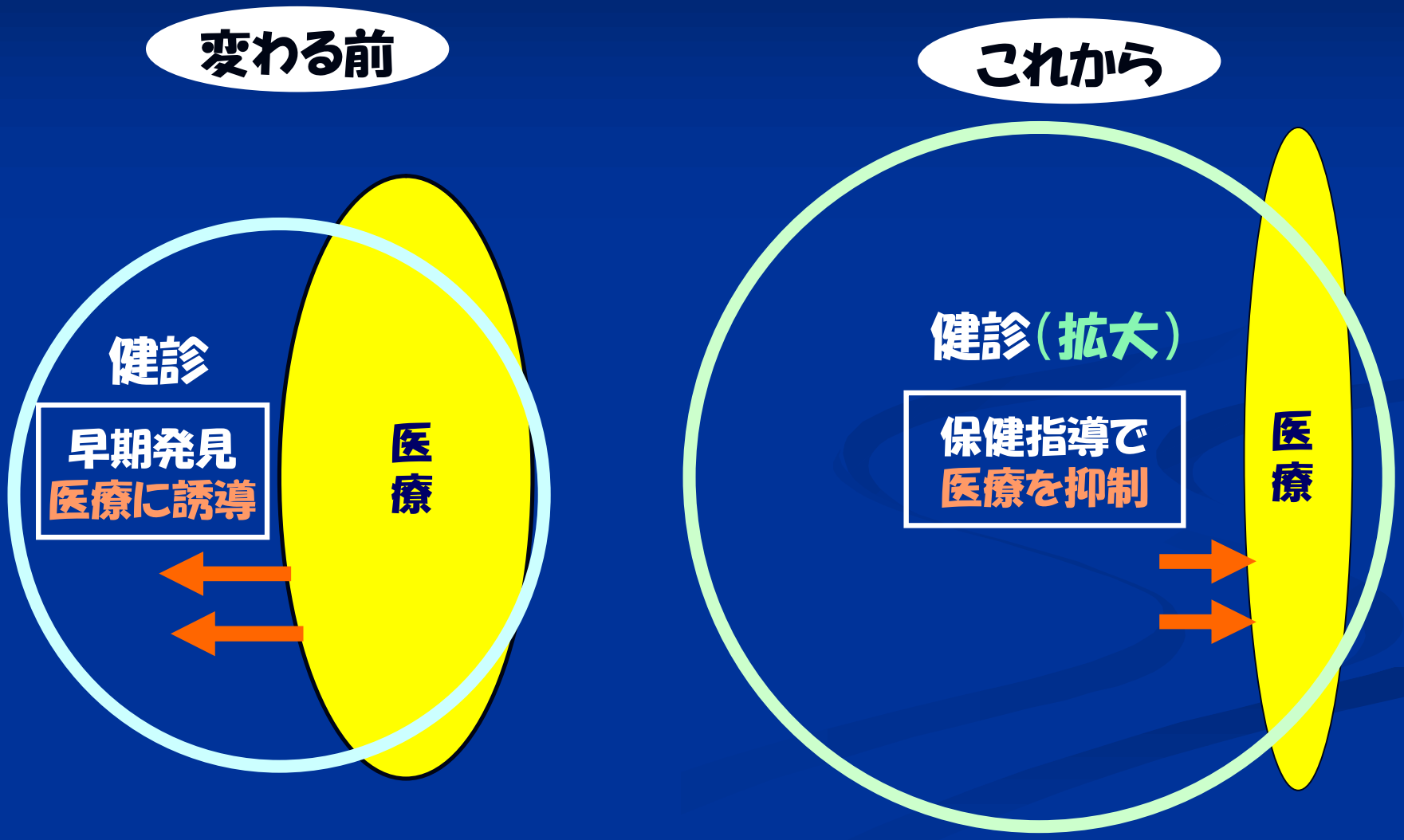
○健診事業への民間企業の参入～企業の利益追求の商品化

○健診から排除される人が増加

○保険者・個人へのペナルティを科して目標達成に向かわせる

○公衆衛生の無料化の原則を崩し、自己負担（受益者負担の考え）を一般化

新たな健診制度の狙いは医療費の抑制



06年医療改悪関連法の狙い
2025年までに8兆円の医療給付費削減

①診療報酬の引き下げで　1兆円削減
②患者負担の引き上げで　1兆円削減

短期的対策

③生活習慣病対策（有病者と予備軍25%削減）で　2兆円削減

④平均在院日数の短縮(36日→31.5日）・病床削減で　4兆円削減

中長期的対策

この削減計画を進めるために、国ではなく都道府県が「計画」を作り、実施の具体化と計画目標達成に責任を持たせることになった。

⑤都道府県に「医療費適正化計画」の作成実施を義務化

削減効果を担保する対策

⑥<医療保険制度を都道府県単位に再編>
　〇医療保険の「一元化」の第一段階　⇒　後期高齢者医療制度の創設

対象から外れる人が

40歳から74歳までの医療保険の被保険者と被扶養者に限定

北海道は実施
1割負担

（1）後期高齢者医療保険の75歳以上（1，300万人）

任意事業＝努力義務（実施してもしなくても良い）の扱い

- 生活習慣改善の保健指導ではなく、医療機関への受診勧奨が中心
- 広域連合が実施の判断を行い、市町村に実施を委託する
- 健診項目は特定健診と同じだが、「腹囲」は医師の判断（除外）
- 生活習慣病で受診している場合は、健診実施の必要ない
- 心電図が必要な場合は、健診ではなく医療機関で行う

（2）生活保護世帯（107万世帯）

特定健診・特定保健指導の対象外。市町村による健診となる。

（3）無保険者、国保資格証明書発行世帯（32万世帯）

札幌市は区別しない
T町は資格証対象外

- 除外される可能性が高い
- 国の考えは、資格証明書世帯は償還払い（全額窓口で支払う）
- 国保料滞納世帯（480万世帯）にはペナルティが科せられる可能性が

ペナルティが心配

- 保険者に対して

  保険者毎の健診受診率、保健指導の実施率、メタボリックシンドロームの該当者・予備軍の減少の度合いが評価される。

  その成果の善し悪しで、「後期高齢者医療保険」への拠出金が±10%の幅で増減される。～保険者間の競い合いと力の弱い保険者にはペナルティの可能性大

国保は、加入者の半数以上が無職、圧倒的に低所得者。かつ、労働者のように組織的な管理が出来ない。国が示す数値目標を達成するのは至難の業。
国保のような弱小保険者ほどペナルティの可能性が高く、自己負担も高く発生。
ペナルティを科せられると、その分保険料に跳ね返る。

- 個人に対して

  「健診や特定指導を受けていない」、「特定指導を途中で止めた」、「メタボリックシンドロームや糖尿病が改善していない」などの場合に、例えば糖尿病になった時に医療費（自己負担）などでのペナルティが危惧される。～病気の個人責任論

メタボ診断基準に疑義あり

腹囲「男性85cm、女性90cm」は日本だけ

根拠となった日本肥満学会の論文(02年)に各方面から批判がおきていた。

「日本の基準は奇妙」(国際糖尿病連合　06年)

中性脂肪は、500 mg/dlまで大丈夫(大櫛東海大教授)

遺伝性を別にして、ほとんどの人は気にする必要がない。

コレステロールは低い方が危険(浜崎富山大教授・大櫛東海大教授の研究)

血中の総コレステロール値が低い人は死亡リスクが高い、高い人ほど低くなる

「糖尿病は減らせない」(平尾紘一HECサイエンスクリニック所長)

何故、メタボでないと指導から外されるのか。腹囲の数字を追いかける健康作りは間違い。

日本人には、肥満とは関係ない「分泌低下」が多く、太らないうちに糖尿病になる。

「病人増やす」(日本人間ドック学会)

国の「受診勧奨判定値」は厳しすぎる。受診の必要のない人まで「病人」になるおそれがある。独自の判定値を決める。

基準値を適用すれば男性の9割以上、女性の8割以上が異常となる

特定検診の判定値の妥当性

	保健指導判定値		受診勧奨判定値	日本人間ドック学会受診勧奨判定値	医療機関正常参考値
① 空腹時血糖	100	118	126	140	70～109＊
HbA1c	5. 2	5. 4＊	6. 1	6. 5	4. 3～5. 8＊
② 中性脂肪	150	129	300	400	50～149
HDLコレステロール	40	48	34	29	41～ 86
③ 収縮期血圧	130	130＊	140	160	100～140＊
拡張期血圧	85	78	90	100	50～ 90＊
＊ LDLコレステロール	120	＊＊	140	180	70～139＊
＊ GOT	31	13	61	61	10～ 40＊
＊ GPT	31	14	61	61	5～ 40＊
＊ γ－GTP	51	27	101	101	12～ 70＊
④ 質問票 喫煙歴有り		昔(＋)			

合計3個

ウエスト76cm BMI 23

保健指導レベル	男性85cm以上 女性90cm以上	男性85cm未満かつBMI 25以上 女性90cm未満かつBMI 25以上
情報提供	リスク要因 0個	リスク要因 0個
動機づけ支援	リスク要因 1個	リスク要因 1または2個
積極的支援	リスク要因 2個以上	リスク要因 3個以上

この人はリスク3個だが、肥満ではないので情報提供のみ。だけど糖尿病予備群

目標達成は難しい？

本当に目標は達成できるのか

北海道の受診率（2005年度）

国保～20%　　国保以外～27. 5%　　合計～24. 5%

札幌国保～29%

	2012年参酌標準	2015年目標値
特定健康診査の実施率	単一保険80% 政管健保70% 国保65%	80%
特定保健指導の実施率	45%	60%
メタボ該当者及び予備軍の減少率	10%(08比)	25%(08比)

自治体も保険者も現場も大混乱　4月から始められない

政管健保は、10月に組織替え（全国健康保険協会）になるので扶養者については08年度は手をつけない恐れ。

サラリーマン家族は受けられない人が続出する恐れ

検診体制がどうなる。保健指導はどうなる。

電子化の出来ない医療機関は受託できない

受診の機会が狭められる

健診制度に対する私たちの立場

- 地域丸ごと健康づくりの視点で～住民の健康を守る立場を鮮明に
- 受けやすい自治体健診へ～住民の健康管理は自治体の責任で
- 健康増進活動を重視し、質の向上をめざす
- 中小零細企業など困難を抱える人々への対応をすすめる
- とりわけ健診から締め出される人への対応をすすめる
- 地域医師会や多くの団体と共に、自治体への提案型の運動を

一方で、特定健診は受診率を6割台、8割へと引き上げていく積極的な面を持っている。

- ダイナミックに特定健診やがん検診を広めていくチャンス
- 今まで、民医連を利用していなかった人にも受診を広め、民医連の保健予防活動を前進させる
- 友の会と共に、「地域・職域丸ごと健康づくり」をすすめる
- メタボにシフトした検診内容を豊かに補う「友の会付加健診」は積極的な意義を持つ

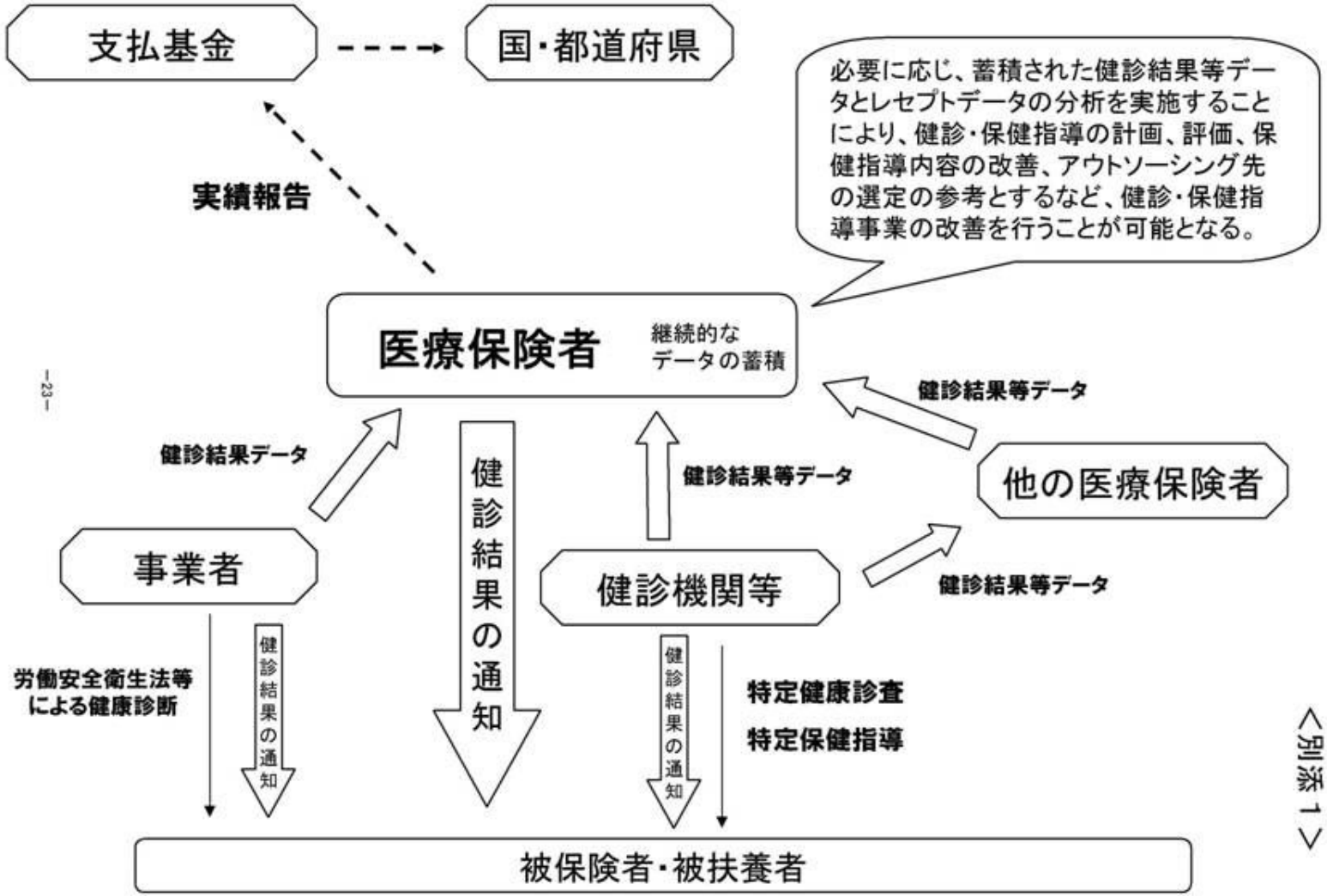
健診の充実をめざすたたかいが重要

- **市町村国保の特定健診**
  受診の利便性をはかれ～通年でどこの医療機関でも受けられるように
  健診項目の独自の上乗せを
  自己負担は、無料にするか可能な限り低く抑えよ
  　　4つの政令指定都市は無料。室蘭・岩見沢などは無料
  低所得者への自己負担の免除または軽減を行え
  資格証明書発行対象者も区別なく受診させよ（＊）
  一般会計からの繰り入れを行い、保険料負担を極力抑えよ
  安易な民間委託をするな（主に保健指導）

- **75歳以上の健康診査～広域連合・市町村に対して**
  検診の自己負担は無料にせよ
  　　約20の府県は無料。室蘭は無料
  医療機関に受診中、慢性疾患で治療を受けていることを理由に健診を拒否するな

- **自治体のがん検診**
  自治体のがん検診を充実させよ
  受診機会の利便性を確保せよ
  自己負担は、無料にするか限りなく抑えよ

健診結果等データの流れ（イメージ図）



老人保健事業の基本健康診査の委託先報告（05年度）

委託先	受診者数の割合	市区町村数の割合
医師会委託タイプ	65. 1%	29. 6%
病院委託タイプ	4. 2%	18. 3%
健診機関委託タイプ	27. 4%	45. 1%
民間企業タイプ	0. 1%	0. 2%
そ の 他	1. 4%	3. 7%
自治体直営タイプ	1. 9%	3. 2%

	受診者数	割 合
個別健診	8, 211, 233	63. 4%
集団検診	4, 734, 804	36. 6%
合 計	12, 946, 037	100. 0%

負担はどうなる？　受診の利便性は？

現在の健診～対象・自己負担・健診場所

国は、自己負担を
非課税世帯1割、課税世帯
3割と指導している

自治体名	名　称	自己負担	無料対象	期間	委託
札幌市	すこやか健診	1，200	70↑・生保・非課税	通年	○
小樽市	さわやか運河健診	1，200	〃	通年	○
苫小牧市	生活習慣病健診	1，200	〃	通年	○
室蘭市	基本健康診査	1，500	〃	通年	○
歌志内市	住民健診	18↑ 1，300	〃	5日	×
芦別市	市民健診・老人健診	18↑ 1，500	〃　国保	2ヶ月	△
当別町	基本健康診査	1，500	国保1，000	通年	○
余市町	生活習慣病健診	65↑ 1，600	生保・非課税	4ヶ月	○
黒松内町	基本健康診査	65↑ 1，200	〃	1ヶ月	○
日高町	集団検診・個別健診	35↑ 1，300	〃	14日	△
浦河町	基本健診・お達者健診	2，100	なし　生保半額	2日	×
上砂川町	基本健康診査	800　1，300	生保・非課税	1ヶ月	×

新たな健診の自己負担がこれ以下になることは考えにくい
特定保健指導も負担額は未定だが、かなりの額になるでしょう

「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」06/12/15）

- 08年40～74歳人口　…5745万人
- 特定健診受診者（実施率60%）…3447万人
- 保健指導対象者（実施率20%）…動機付け支援122万人（17.8%）
  積極的支援　113万人（16.5%）
  （国民健康・栄養調査から試算）

指導実施が可能な有資格者	医師	保健師	管理栄養士
市町村	不明	22313	1542
病院・診療所	256668	9826	17754
事業所	690	2415	1715
潜在	2059	19712	5772
新規登録	7568	7425	7637

「1件に20分、1日18人なら1341人の実施者がいれば実現可能」（厚労省）

管理栄養士～「特定保健指導担当管理栄養士」
北海道栄養士会が「特定保健指導実践者育成研修会」
4日間、約20時間の講義と演習。5年ごとの更新

健康運動指導士（健康・体力づくり事業財団認定）
120単位、現在21日間の講習