



福岡医発第116号(地)
平成19年 4月20日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義 武
(公印省略)

日本医師会公衆衛生委員会中間答申の送付について

日本医師会公衆衛生委員会では、日本医師会 唐澤会長からの諮問「健診・保健指導における医師会の役割」に対して、この度、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ことに鑑み、本答申に先立ち中間答申が提出され、本会宛中間答申書が送付してまいりましたので、一部お送りいたします。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽



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 1 9 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 1 8 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 2 0 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）郡市区医師会	
	（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のぐのを避けるため、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のせて、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えることができる。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、ＴＨＰ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

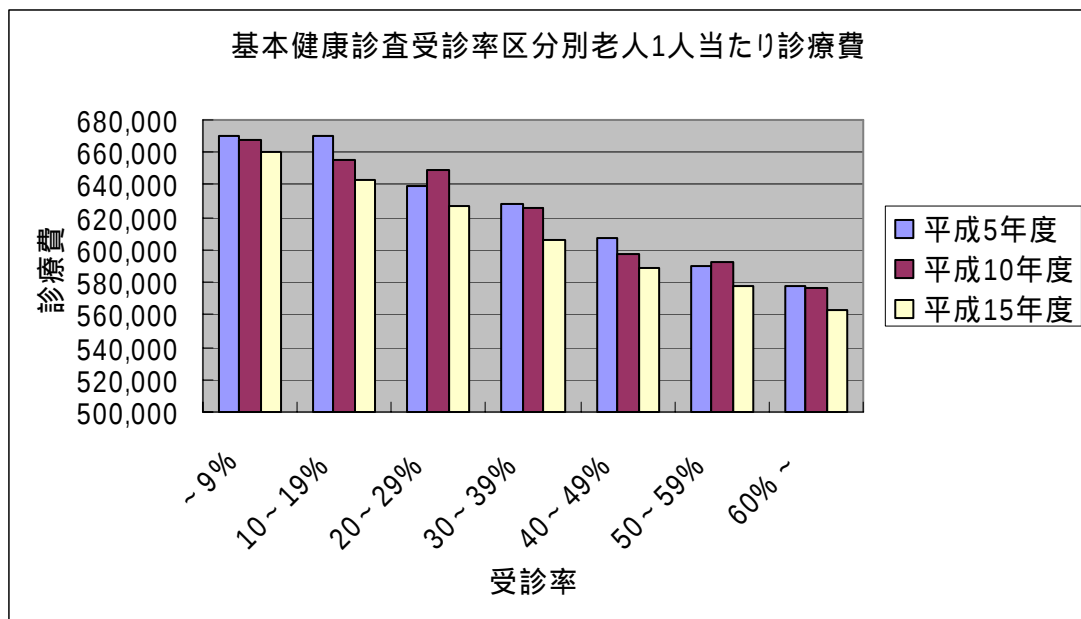
	(万)		
	総人口	65 歳以上	75 歳以上
平成 12 年	12,693	2,204	900
平成 37 年	12,114	3,473	2,026
平成 12 年-37 年	579	1,269	1,126
毎年の増加	23.2	50.8	45.0

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、活用するかは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、および郡市区医師会は、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、郡市区医師会は、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。