

5歳未満の小児に対する視覚障害スクリーニング

勧告の要約

USPSTF は 5 歳未満の小児に対し、弱視、斜視および視力障害を発見するためにスクリーニングを実施することを勧告する。勧告レベル B。

臨床上の検討事項

- 小児における視覚障害の最も多い原因は、(1) 弱視とその危険因子、(2) 弱視によらない屈折障害である。弱視とは眼に検出可能な器質的病変が認められない視力減退をいい、通常は斜視（視軸のずれ）、不同視（両眼の屈折度が大幅に異なること）、白内障（水晶体混濁）、眼瞼下垂症（眼瞼が下垂していること）といった両眼の視覚を妨げるような弱視の危険因子に関連する。弱視によらない屈折障害は主として、近視や遠視であり、両方とも発見時の年齢にかかわらず治療可能である。
- 米国では、小児の視覚障害を特定するために各種検査が広く用いられているので、検査法の選択は小児の年齢により左右される。生後 1 年間は、カバーテスト、ヒルシュベルグテストを用いて斜視を評価する。3 歳未満の小児に対して視覚検査を行うことは、それよりも年長の小児に検査を行うよりも困難なため、通常は特別な訓練を受けたスタッフが必要である。こうした小児を検査するために、新しい自動検査法を用いることができる。検査時に写真撮影をすることで、斜視、重度の屈折障害、中間透光体混濁 (media opacity) といった弱視に関連した危険因子は発見できるが、弱視を発見することはできない。
- 伝統的な視覚検査法では、小児が協力的でしゃべれる必要があり、3~4 歳までは信頼性のある結果を得ることはできない。4 歳以上の小児では、ランダムドット E テスト、もしくは Titmus Fly 法によるステレオテストを用いて、立体視（両眼を同時に機能させる能力）を評価することが可能である；視力は HOTV 視力検査表、Lea Symbol、tumbling E のような検査法により評価可能である。これらの検査法の中には、他の検査法よりも良好な検査特性をもつものがある。
- USPSTF は現在のエビデンスのレビューでは、最適なスクリーニング検査法、スクリーニングの間隔、スクリーニングを行う臨床家に求められる技術的な熟練度を決定することはできなかった。専門家の見解に基づき、米國小児科学会 (American Academy of Pediatrics : AAP) は、以下の視覚障害スクリーニングを新生児から 3 歳までの小児に対し、小児科検診のたびに実施することを推奨している；眼の病歴、視力評価、眼および眼瞼の視診、眼の可動性評

価、瞳孔検査、赤色反射検査。AAP は 3～5 歳の小児に対しては、年齢に応じた適切な視力測定（HOTV 視力検査表もしくは tumbling E テスト）と検眼鏡検査に加えて、上記のスクリーニングを推奨している¹⁾。

- USPSTF は弱視や弱視の危険因子を早期発見・治療することが、視力の改善につながることを見出した。こうした治療には、斜視や白内障の手術、眼鏡やコンタクトレンズの使用、屈折障害を矯正するための屈折手術、視覚機能トレーニング、眼帯をすること、弱視治療のために弱視ではない方の眼に対するアトロピン治療などがある。
- こうした推奨は、大角膜、白内障、網膜異常、新生児神経芽細胞腫といった他の解剖学的、もしくは病理学的問題のスクリーニングには言及しておらず、現在研究が行われている比較的新しいスクリーニング法にも言及していない。

Reference

1. American Academy of Pediatrics Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Section on Ophthalmology, American Association of Certified Orthoptists, American Association of Pediatric Ophthalmology and Strabismus, American Academy of Ophthalmology. Eye examination in infants, children, and young adults by pediatricians: policy statement. *Pediatrics*. 2003;111(4):902-907.

USPSTFの本勧告は*Ann Fam Med*. 2004;2:263-266で最初に公表された。

健診及びレセプトデータの活用に関する研究

分担研究者 奥 真也 研究協力者 満武 巨裕

研究要旨 本研究では、レセプトデータおよび健診データの突合分析を行い、生活習慣病のリスク要因と医療費（点数）との関係等の把握を試みた。保険者のレセプトデータおよび健診データを活用し、特定健診・特定保健指導の導入に伴い希求される医療費、健診データの突合分析手法の構築を目指すとともに、厚労省検討会で提示されている階層化基準を適用し、各階層が消費する医療費の実態を分析し、保健事業の医療費適正化に対するインパクトなどに関する知見を得ることを目的とした。一人当たり平均医療費は積極的支援群の医療費が最も高額であったが、全体の医療費に占める割合は低く、医療費適正化の実現には、積極的支援群および動機づけ支援群に対する特定保健指導に加えて、情報提供群に対する啓発・教育事業が重要であることが示唆された。

A. 研究目的

医療制度改革では中長期的な医療費適正化対策の一つとして、2008年度から40歳以上の被扶養者を含む全国民に対する健診を医療保険者に義務化とすることで、生活習慣病の予防を推進していくこととなった。また、健診結果は標準的なフォーマットに従った電子データでの保存が義務化されることになり、レセプトデータとの連携の在り方も検討されている。また、国の検討会からは、健診受診後に保健指導対象者および保健指導内容を決定する前に、健診受診情報とレセプトを突合すべき、とすることが示された。

本研究では、はじめにレセプトデータを分析することで、対象とした保険者の疾病傾向を把握し、特に生活習慣病医療費が全体医療費に占める割合を把握する。次に、レセプトデータおよび健診データの突合分析を行い、生活習慣病のリスク要因と医療

費（点数）との関係等の把握を試みる。特に、特定健診・特定保健指導義務化に伴い求められる医療費、健診データの突合分析手法の構築を目指すとともに、厚生労働省試案で提示されている階層化基準を適用し、各階層が消費する医療費の実態を分析し、保健事業の医療費適正化に対するインパクトなどに関する知見を得ることを目的とした。

B. データおよび方法

データは、被保険者のレセプトおよび健診データである。

レセプトデータは、医科、調剤および歯科を入手した。期間は2005年4月から2006年3月の一年間である。データ項目は、事業所記号、被保険者番号、性別、生年月日、点数表、区分2、疾病コード1、診療年月、診療実日数、決定点数である。

健診は、2005年度の健診受診結果である。

健診項目は、ユーザ識別コード（被保険者番号）、健診日、身長、体重、血圧、最低血圧、白血球数、ヘモグロビン量、ヘマトクリット、血小板数、総コレステロール、中性脂肪、HDL コレステロール、GOT(AST)、GPT (ALT)、ガンマ GTP、アルカリフォスファターゼ、総ビリルビン(T-Bil)、尿酸、血清クレアチニン、尿素窒素(BUN)、空腹時血糖、ヘモグロビン A1c (HbA1c) 等である。

レセプトは被保険者のうち医療機関を受診した者のデータであるために、当然のことながら医療機関を受診しなかった者のデータは存在しない。同様に、健診データも受診者のみであり、健診を受診しなかった者のデータも存在しない。そこで、レセプトデータおよび健診データの突合分析では、健診を受診しかつ医療機関を受診した者を対象とした。

レセプトデータは、被保険者 ID をもとに個人ごと年間医療費を算出した。医療費は、医科、調剤、歯科ごとに算出した。疾病傾向の分析は、レセプトの主病名を用いた。また、レセプトは一月毎に発生するために、対象とした一年間では、毎月医療機関を受診していると12枚発生することになる。さらに、複数の医療機関を受診していた場合は、受診医療機関分だけのレセプトが発生することになり、主病名も複数発生している可能性がある。そこで今回の分析では、個人毎のレセプトを月ごとに比較し、決定点数の一番高額であったレセプトの主病名を、その個人の主病名と定義した。また、健診データより、標準的な健診・保健指導プログラム暫定版で示された階層化の基準を参考に階層化をおこなった。ただし、腹

位のデータは存在しないために BMI を利用し、 $BMI \geq 25.0$ で、下記の健診結果の値を用いた階層化をおこなった。

- 1) トリグリセライド $\geq 150\text{mg/dl}$ または低 HDL コレステロール血症 $< 40\text{mg/dl}$
- 2) 収縮期血圧 $\geq 130\text{mmHg}$ または 拡張期血圧 $40\text{mg/dl} \geq 85\text{mmHg}$
- 3) 空腹時血糖 $\geq 110\text{mg/dl} \%$

階層化は積極的支援群、動機付け支援群、情報提供群の3群とした。積極的支援群は、BMI 25 以上および上記リスクが3つとした。動機付け支援群は、BMI 25 以上および上記リスクが1,2つとした。情報提供群は、それ以外である。

これら3群とレセプト情報を突合することで、各群の医療費消費状況を比較した。

C. 結果

レセプトから、対象期間中に一度でも医療機関を受診した人数は6760人であった。性別は、男性が5702人、女性が1058人であり、男性比率が84.3%と男性が多い。平均年齢は約42.2歳($SD = \pm 9.99$)であった。図1に、年齢階層別のヒストグラムを示した。30歳代から50歳代の被保険者が大きな割合を占めていることがわかる。

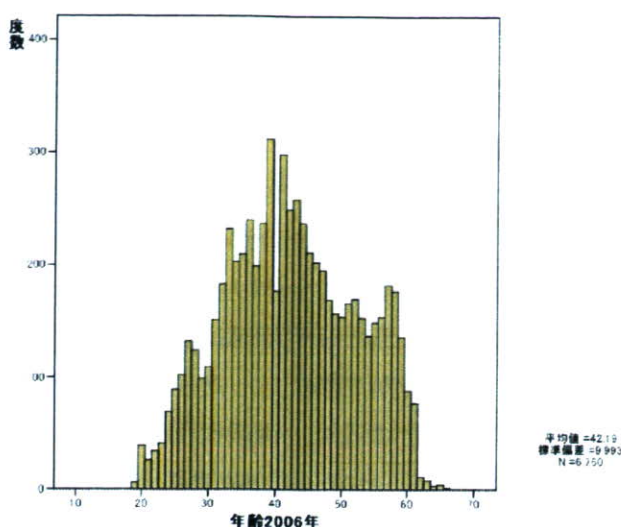


図1 年齢階層別のヒストグラム

C-1. 医療費分析

一人あたりの平均医療費は、11918点であった。このうち、医科の医療費は7853点、調剤の医療費は2295点、歯科の医療費は1769点であった。

表1、図2に、疾患別の人数、平均医療費、合計点数および医療費全体に占める割合を示した。高血圧疾患の合計点数は5,744,956点であり、全体医療費に占める割合が最も高い(7.1%)ことが示された。人数も306人と最も多い。第2位が悪性新生物(4.6%)、第3位が消化器系の疾患(4.2%)、第4位が糖尿病(4.0%)であった。このように、メタボリックシンドロームに含まれる高血圧および糖尿病の医療費が、高齢者がいない集団においても全体の10%以上を占めることから、生活習慣病予防の対策の必要性が示唆された。

C-2. 健診データと医療費の突合分析(健康診断受診者を母集団として)

健診を2005年度に受診した被保険者は、

5190人であった。この5190人でレセプトが発生していた人数は4441人(平均85.6%)であった。

積極的支援群は75名(約1.4%)、動機付け支援群は1126名(約21.7%)、情報提供群は3989名(約76.9%)であった。

階層別での医療費合計は全体で48,964,023点中、積極的支援群が1,621,827点(3.3%)、動機付け支援群が12,533,914点(25.6%)、情報提供群が34,808,282点(71.1%)であった。

階層化別での個人ごと平均医療費は、全体が11025点、積極的支援群が25341点、動機付け支援群が12816点、情報提供群が11025点であった。

D. 考察

本分析から、対象とした健康保険組合では高血圧性疾患に対する医療費消費割合が最も高いことが明らかになった。また、第4位が糖尿病であり、高血圧性疾患と糖尿病で全体の1割以上を占めている。よって、生活習慣病の医療費適正化が重要な課題であることは明らかである。

健診受診者では情報提供群の人数が最も多く、医療費割合も高いことがわかった。よって、2008年4月から義務化される特定健診および特定保健指導では、積極的支援群および動機付け支援群に対する保健指導に加えて、情報提供群に対する予防啓発(啓蒙)なども重要であると同時に医療費適正化の効果も高いと考えられる。もともと、一人当たり平均医療費は積極的支援群の医療費が高額であることから、既に疾患を発症している群への保健指導も重要である。

表2には、高額医療費消費者1位から25

位までの被保険者の健診受診の有無である。特に 10 位以内では健診受診者は腎不全患者の 1 名であり、高額医療消費者は入院やその他の事情のために健診受診の機会がないことも考えられる。例えば、医療機関受診などの理由で健診が受診できない層も存在することから、健診受診率などを計算して特定健診を評価する際にはこの群を除外して計算する必要があるであろう。さらに、一部の高額医療費消費者によって医療費の大半が消費されるために（平成 8 年度政府管掌健康保険の医療費動向等に関する調査研究では、上位より 1%未満によって全医療費の 26%が消費されるという報告もある）、適正化できる医療費については、別途検討しなければならない。

最後に、本分析の対象となった健康保険組合は 30 歳代から 50 歳代が大半を占める集団のために、高齢者集団が分析には含まれていない。例えば、退職前は発症していないもののリスクを保持していた群が退職後に国民健康保険に加入した後に発症、あるいは退職後に複数の疾患を併発（合併症）し、高額な医療費が発生する場合も考えられる。よって、今度の課題としては、高齢者を対象とした同様の分析が必要だと考え

られた。

E. 結論

対象とした健康保険組合では高血圧性疾患に対する医療費消費割合が最も高く、高血圧性疾患と糖尿病で全体の 1 割以上を占めていた。一人当たり平均医療費は積極的支援群の医療費が高額であったが全体医療費に占める割合は低く、情報提供群の医療費割合が高いことから、医療費適正化の実現には、積極的支援群および動機付け支援群に対する保健指導に加えて、情報提供群に対する啓発・教育も重要であることが示唆された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

表1 疾患別の人数、平均医療費、合計点数および医療費全体に占める割合

病名	人数	平均点数	合計点数	割合
高血圧性疾患	6760	11917.6	80563177	100
良性新生物及びその他の新生物	306	18774.4	5744956	7.1
その他の消化器系の疾患	183	20368.9	3727511	4.6
糖尿病	119	28367.0	3375674	4.2
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	125	25458.0	3182250	4.0
その他の損傷及びその他の外因の影響	136	22313.5	3034633	3.8
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	292	9379.0	2738674	3.4
その他の神経系の疾患	147	15211.4	2236078	2.8
虚血性心疾患	91	24189.5	2201249	2.7
その他の悪性新生物	40	53392.2	2135688	2.7
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	22	87132.0	1916905	2.4
骨折	173	10186.7	1762302	2.2
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	88	19988.8	1759011	2.2
屈折及び調節の障害	147	10804.5	1588266	2.0
くも膜下出血	337	4585.1	1545162	1.9
歯肉炎及び歯周疾患	6	256977.0	1541862	1.9
腎不全	350	4239.9	1483973	1.8
腎不全	5	286744.6	1433723	1.8
胃炎及び十二指腸炎	130	10180.8	1323509	1.6
椎間板障害	140	9181.6	1285419	1.6
その他の眼及び付属器の疾患	167	7684.4	1283303	1.6
喘息	115	10688.7	1229197	1.5
その他の急性上気道感染症	115	10688.7	1229197	1.5
アレルギー性鼻炎	290	4190.1	1215138	1.5
アレルギー性鼻炎	220	5442.6	1197371	1.5
白血病	1	1170137.0	1170137	1.5
乳房の悪性新生物	10	114166.9	1141669	1.4
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	138	8104.0	1118352	1.4

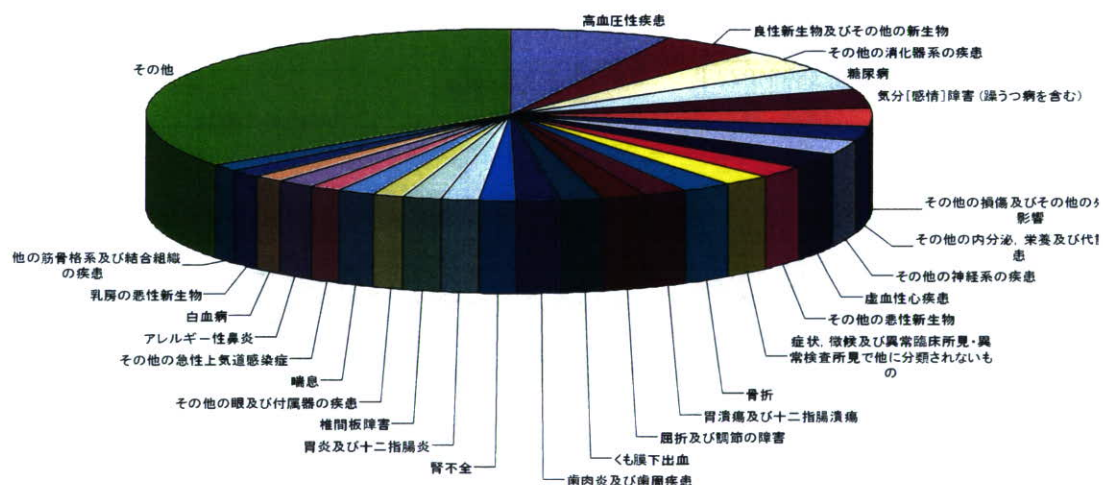


図2 疾患別の全体医療費に占める割合

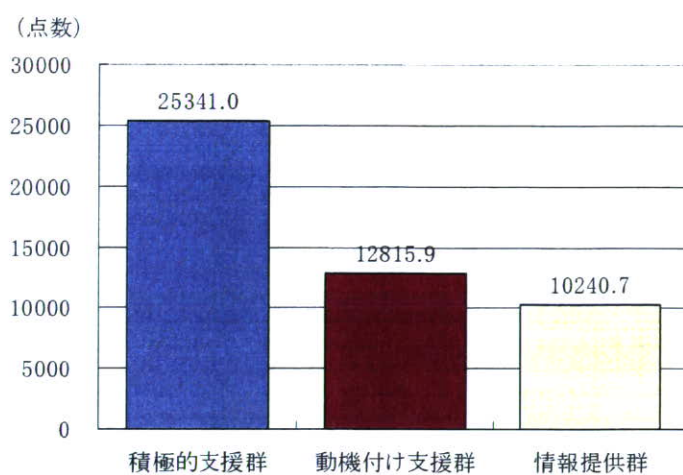


図3 階層化別の医療費消費実態 (平均)

	点数	割合(%)
積極的支援群	1621827	3.3
動機付け支援群	12533914	25.6
情報提供群	34808282	71.1
合計	48964023	100.0

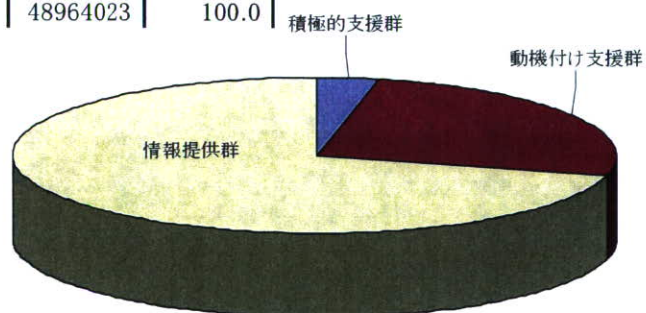


図4 医療費全体に占める階層化別医療費消費割合

表2 高額医療費消費者の健康診断受診の有無

順位	年齢	性別	診療実日数	合計点数	病名	健診受診の有無
1	26	1	229	1170137	白血病	未
2	61	1	213	879580	くも膜下出血	未
3	55	1	90	789523	悪性リンパ腫	未
4	58	1	136	729738	動脈硬化(症)	未
5	41	2	133	603943	子宮の悪性新生物	未
6	51	1	264	602851	くも膜下出血	未
7	43	1	157	595598	腎不全	受診
8	46	1	146	585829	良性新生物及びその他の新生物	未
9	51	1	111	532620	その他の神経系の疾患	未
10	52	2	41	504858	乳房の悪性新生物	未
11	32	1	145	483142	腎不全	未
12	55	1	142	415117	その他の悪性新生物	未
13	34	2	365	412618	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	未
14	59	2	146	364734	その他の悪性新生物	未
15	41	2	87	351130	乳房の悪性新生物	受診
16	34	1	105	309984	気管, 気管支及び肺の悪性新生物	未
17	47	1	60	290085	その他の悪性新生物	受診
18	48	1	78	286743	腎不全	受診
19	60	1	31	284359	虚血性心疾患	受診
20	51	1	46	260228	虚血性心疾患	受診
21	58	1	37	249619	虚血性心疾患	受診
22	56	2	49	246555	虚血性心疾患	受診
23	46	1	76	245828	その他の消化器系の疾患	未
24	53	1	91	240353	ウイルス肝炎	受診
25	41	1	34	229064	その他の内分泌, 栄養及び代謝疾患	未

厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業)
分担研究報告書

医療保険者による現状把握及び意識啓発に関する研究
分担研究者 古井 祐司

研究要旨 2008年度から医療保険者に実施が義務づけられる特定健診・特定保健指導を円滑に行うために、組合員の健康状況などの把握と意識啓発は不可欠である。本研究では、啓発を効果的に行うための事業スキームを整理し、試行的な保健事業の実施の中で啓発効果の可能性が示唆された。また、階層化や重点化によって被保険者・被扶養者の現状把握を行うことは、対象者の抽出や実施方法の検討につながることを示された。

A. 研究目的

2008年度から医療保険者に実施が義務づけられる特定健診・特定保健指導の実施にあたっては、医療保険者が組合員の現状把握を行うことや、予防の重要性や意義を周知し実際のプログラムへの参加を促進することが重要となる。

本研究では、一般に健診受診率が低い被扶養者の健康状況や生活習慣などの現状把握を行うと同時に意識啓発を図ることを目的として試行的な保健事業を実施した。

B. 研究方法

(1) 事業スキームの検討

生活習慣病の予防を担うこととなる医療保険者が実施する保健事業の枠組みの中で、意識啓発を行うこととした(図1参照)。

2008年度から実施される特定健診・特定保健指導では、成果を国が評価し、その評価結果に基づき高齢者支援金の加減算が行われる。医療保険者の保健事業に啓発事業をビルトインすることは、特定健診・特定

保健指導の参加率を高めたり、結果として生活習慣病の予防効果が現れやすい可能性があり、保健事業として啓発事業を展開することは有意義であると考えられる。

また、啓発後に健康知識の取得や行動変容につながりやすくする視点から、被扶養者個々の健康状況に応じた健康情報の提供を行うこととした。

(2) 対象

実施主体はデータの捕捉やアクセスが比較的行いやすい健康保険組合(協力の得られた20健保組合;報告書には既に分析済みの18健保組合の結果のみ記載)とし、実際の啓発対象は一般に健診の受診率が低い被扶養者とした。被保険者に関しては、労働安全衛生法の中で実施されている法定健診を受けている割合が高いことから、本研究では意識啓発の必要度・優先度がより高い被扶養者(51,666名;18健保組合)を対象とした。

(3) 意識啓発及び情報提供の実施

対象者に意識啓発冊子を配布し、同時に

個々の健康状況を把握し情報提供を行うための問診票を同封した。配布方法は健康保険組合ごとに、自宅への郵送、事業所の協力のもとでの被保険者（社員）からの手渡し of the どちらかを選択した。

問診票への記載結果に基づき健康状況を分析し、個々の健康状況に応じて作成したオーダーメイドの健康冊子（バリアブル冊子）を情報提供として参加者に配布し、不参加者には全員に一律の健康冊子（オフセット冊子）を配布した。

（４）アンケートの実施

対象者にアンケートを行い、今回の啓発事業に対する意見・要望などを把握した。

（５）階層化の実施

問診票への回答結果データに基づき、18 健保組合ごとの階層化を行った。さらに、健保組合ごとに階層化別の生活習慣や意識の状況を分析し、特定保健指導の実施方法における対象者の抽出（重点化）の方法の検討に活用することとした。

C. 研究結果

（１）参加状況

対象者 51,666 名全体では、本事業に参加したのは 28,362 名、54.9%であった。18 の健康保険組合ごとに参加率は異なっていた（図 2 参照）。

（２）参加理由及び健康支援サービスのニーズ

今回のプログラムに参加（問診票へ記載）した理由については、インセンティブとし

て付加した景品（健康増進施設・健診施設の利用券、特保商品など）企画があったためとの回答が 32.7%、参加することで自分の健康にあった個別情報が得られるためとしたのは 65.8%であった（図 3-1 参照）。

また、今回の個別情報提供以外に、さらなる健康支援サービスは必要かとの質問に対しては、健診受診の有無別にみると、毎年受診している者では、ほかの支援も期待するとした割合は 50.6%であるのに対して、受診していない場合には 81.3%が期待していた（図 3-2 参照）。これを年齢階級別にみると、60 歳以上では 39.3%であるのに対して、40 歳代では 56.7%、40 歳未満では 82.6%とさらなる健康支援サービスに期待する割合が高くなっていた（図 3-3 参照）。

今回の個別情報提供以外に、どのような健康支援サービスが必要かとの質問に関しては、どの年齢階級でも「専門家の定期的なアドバイス」と回答した割合が最も高く、40 歳以上では「セミナー」、「面接指導」などが続いた（図 3-4 参照）。

（３）階層化結果

法定階層化を行った結果、動機づけ支援、積極的支援、受診勧奨の割合は 18 健保組合ごとに大きく異なっていた（図 4 参照）。

ここで、G 健保組合を例に、被扶養者の生活習慣や意識の状況を分析した結果をみると、食生活では間食や就寝前に食べる習慣を有する者の割合が積極的支援で高かった（図 5-1 参照）。運動習慣については、食習慣ほど階層別の違いはみられないなどの特性が把握された（図 5-2 参照）。

D. 考察

(1) 意識啓発効果のある事業スキーム

今回の啓発事業への参加率が被扶養者で54.9%であったことは、被扶養者の健診への参加率(受診率)が厚労省資料で8.6%、昨年度研究で把握した健診受診率は20~30%である健保組合が多かったことから鑑みても、本事業スキームでの意識啓発効果があった可能性が考えられる。

参加した理由として、景品によるインセンティブは3分の1程度の参加者でプラスに作用したことが示唆されたが、自分の健康状況に合った個別情報を得られるため3分の2を占めており、個々に適した情報提供を求めていることがうかがえる。今回の個別情報提供以外の健康支援サービスについては、健診の未受診者の8割以上が期待するとしており、特に未受診者での意識啓発の感度が高いと考えられる。年齢階級では、40歳代や40歳未満で感度が高いことが示唆された。

個別情報提供以外に、「専門家の定期的なアドバイス」、「セミナー」、「面接指導」などのニーズが高かったことは、2008年度の特定保健指導の導入にあたっての実施方法の検討に資するものと考えられる。

従来、被用者保険では、一般的に被保険者に事業の重きを置く保険者が多く、今後、保険者から被扶養者への働きかけは重要と考えられる。

(2) 「特定健康診査等実施計画」における階層化と重点化

特定健診・特定保健指導の実施にあたっては、階層化や重点化により被保険者・被扶養者の状況を把握した上で対象者の抽出

や実施方法を検討することが、効果的かつ効率的な事業実施に不可欠となる。

高齢者の医療の確保に関する法律第十九条で2007年度中に医療保険者に作成・提出が義務づけられた「特定健康診査等実施計画」は次の7項目から構成される(図6参照)。なお、作成の考え方と計画書イメージの一部を図7に示した。

- 1 達成しようとする目標
- 2 特定健康診査等の対象者
- 3 特定健康診査・特定保健指導の実施方法
- 4 個人情報の保護
- 5 特定健康診査等実施計画の公表・周知
- 6 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し
- 7 その他、特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項

本研究で行った法定階層化結果をみると、動機づけ支援、積極的支援、受診勧奨の割合は18健保組合ごとに大きく異なっており、「2 特定健康診査等の対象者」の把握・推計に現状把握が重要であることがうかがえる。

次に、組合員の生活習慣や意識に関する独自階層化分析により、食習慣や運動習慣などについて階層別の特性が把握されることから、「3 特定健康診査等の実施方法」の具体的検討に活用できることが示された。たとえば、G健保組合の被扶養者で積極的支援レベルの者については、特に食間や就寝前の過ごし方のアドバイスを保健指導に取り入れることが効果的となる可能性がある。また、G健保組合の積極的支援レベルにおける重点化に関しては、食習慣や喫煙

の有無により対象者を優先して抽出することが考えられる。重点化に関しては、このような生活習慣のほかにも、年齢や疾病リスク、前年度からの健康状況の変化などから優先度をつける方法も考えられるが、いずれにしても当該保険者における組合員の特性を把握することで、種々の施策判断に活用できる。

特定健診・特定保健指導の実施率を高め、メタボリックシンドロームを減少させていくためには、以下の点に留意することが必要と考えられる。

- ①当該保険者の特性（被保険者・被扶養者の健康状況、生活習慣、意識等の現状把握結果）に応じて優先度をつけること
- ②1年の取り組みではなく中期的（第Ⅰ期5年間）に成果を上げる方法とすること
- ③特定保健指導の対象者に限定することなく、情報提供レベルの者や健診の未受診者、40歳未満の者に対しても、現状に応じて必要な啓発・教育を行いメタボリックシンドロームの減少に寄与する方法をとること

今回の特定健診・特定保健指導の制度化は、保険者機能を発揮する好機であり、本研究により組合員への意識啓発とデータに基づく現状把握を併せて行うことが、保健事業の効果的かつ効率的な実施方法の検討につながることを示唆された。

E. 結論

本研究では、組合員の意識啓発を効果的に行うための事業スキームを整理し、試行

的な保健事業の実施の中で啓発効果の可能性が示唆された。また、階層化や重点化によって被保険者・被扶養者の現状把握を行うことは、対象者の抽出や実施方法の検討につながることを示された。

F. 健康危険情報

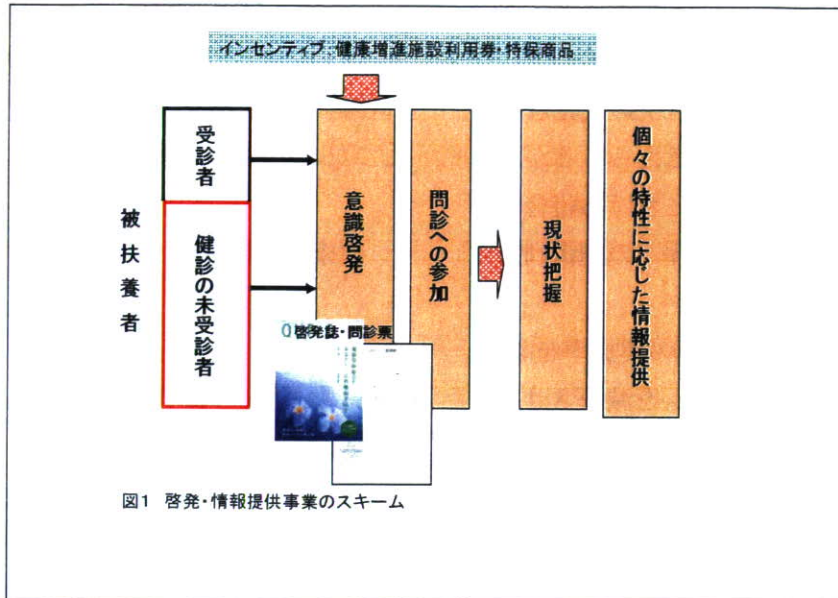
特になし

G. 研究発表

- 1] 古井 祐司：医療保険者の保健事業としての一次予防プログラムの実践:HCCプロジェクト 第26回医療情報学連合大会論文集, 70-71, 2006
- 2] 古井 祐司：職域での先進的な生活習慣病の予防教育 企業における健康づくりシンポジウム2006, 2006
- 3] 古井 祐司：医療保険者による健診・保健指導の取り組み～先行事例より 平成18年度地域総合推進事業発表会抄録集, 169-170, 2007
- 4] 古井 祐司：生活習慣病予防・管理のためのコンソーシアム:ヘルスサポートの方法と実践, 東京大学出版会, 215-219, 2007

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし



厚生労働省「生活習慣病健診・保健指導の在り方に関する検討会」
(委員長 永井良三), 2005年8月4日改変

No	健保	形態	配送方法	発送数	参加数	参加率
1	A健保	総合	健保納品	900	866	96.2%
2	B健保	単一	対象者直送	100	91	91.0%
3	C健保	単一	直送/納品	9,905	7,242	73.1%
4	D健保	単一	健保納品	113	80	70.8%
5	E健保	単一	対象者直送	1,718	1,119	65.1%
6	F健保	連合	直送/納品	11,003	7,070	64.3%
7	G健保	単一	対象者直送	271	168	62.0%
8	H健保	単一	対象者直送	506	297	58.7%
9	I健保	単一	対象者直送	2,960	1,618	54.7%
10	J健保	単一	直送/納品	1,276	663	52.0%
11	K健保	単一	健保納品	1,977	946	47.9%
12	L健保	単一	対象者直送	445	210	47.2%
13	M健保	単一	対象者直送	967	444	45.9%
14	N健保	総合	対象者直送	1,179	518	43.9%
15	O健保	総合	対象者直送	916	371	40.5%
16	P健保	単一	対象者直送	14,677	5,763	39.3%
17	Q健保	単一	健保納品	2,553	844	33.1%
18	R健保	単一	対象者直送	200	52	26.0%
合計				51,666	28,362	54.9%

図2 啓発・情報提供事業への参加状況

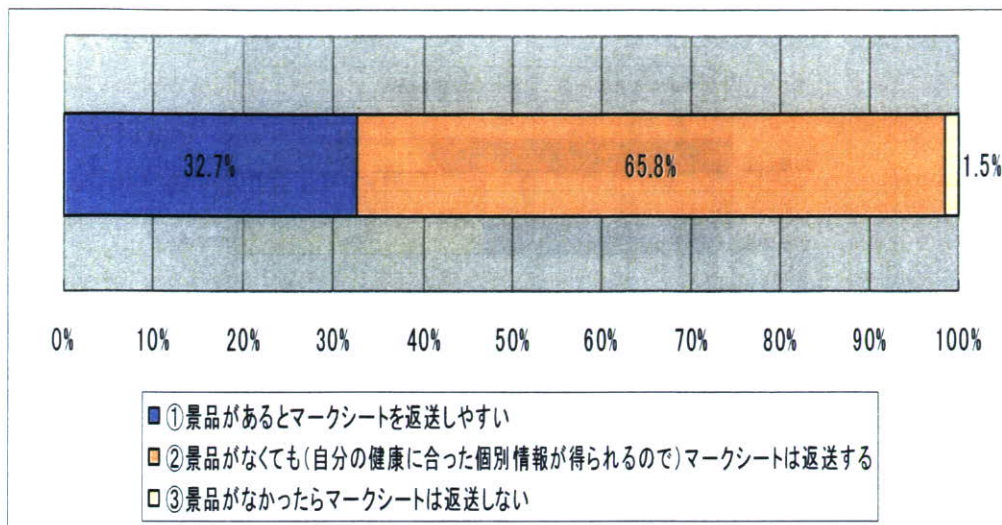


図3-1 問診を受診した理由

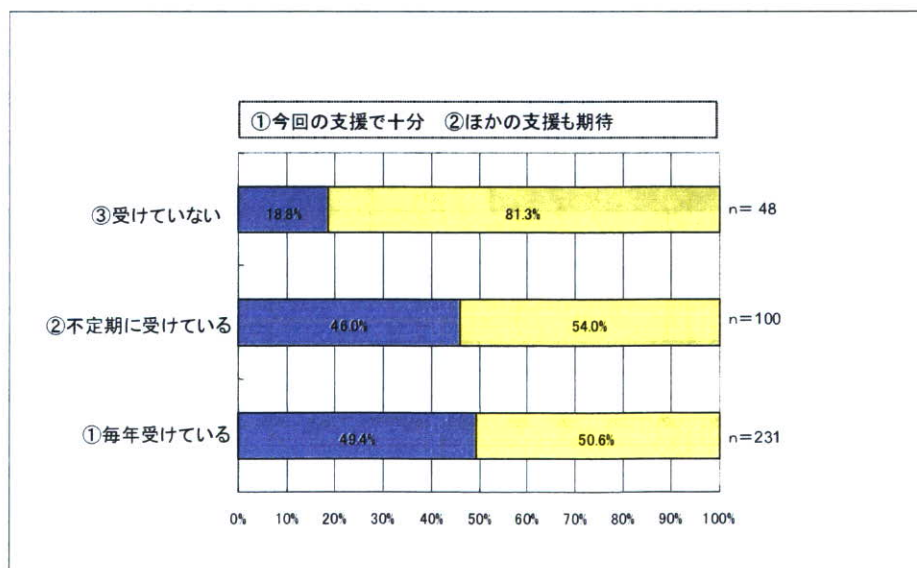


図3-2 今回の個別情報提供以外にさらなる健康支援サービスは必要か (健診受診の有無別)

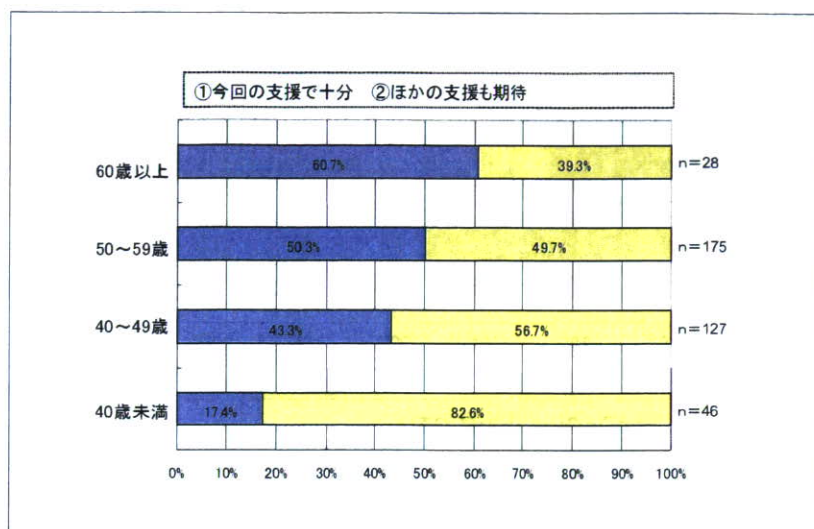


図3-3 今回の個別情報提供以外にさらなる健康支援サービスは必要か（年齢階級別）

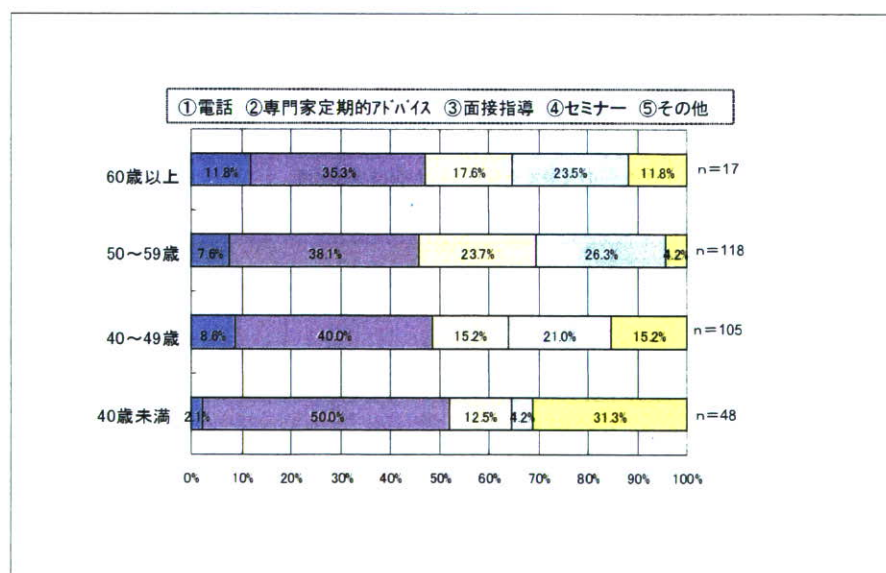


図3-4 今回の個別情報提供以外にどのような健康支援サービスが必要か（年齢階級別）

法定階層化では、この段階で受診勧奨者を特定することができ、それに伴い特定保健指導の対象者が把握できます。

動機づけ支援レベル／積極的支援レベルにおいては、受診勧奨者の割合が多いことが予想されることから、受診勧奨者の特定は大切だと考えられます。

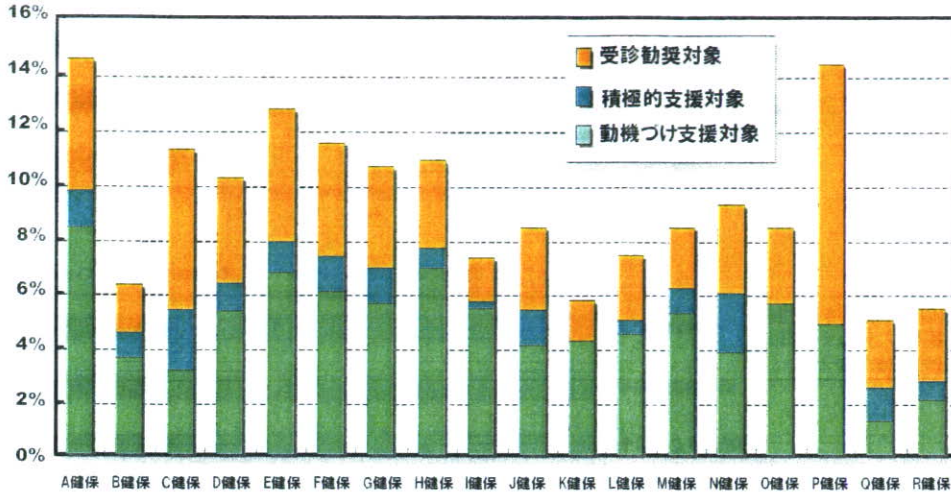


図4 法定階層化結果

※ここでは、服薬歴のある方を受診勧奨レベルとしている

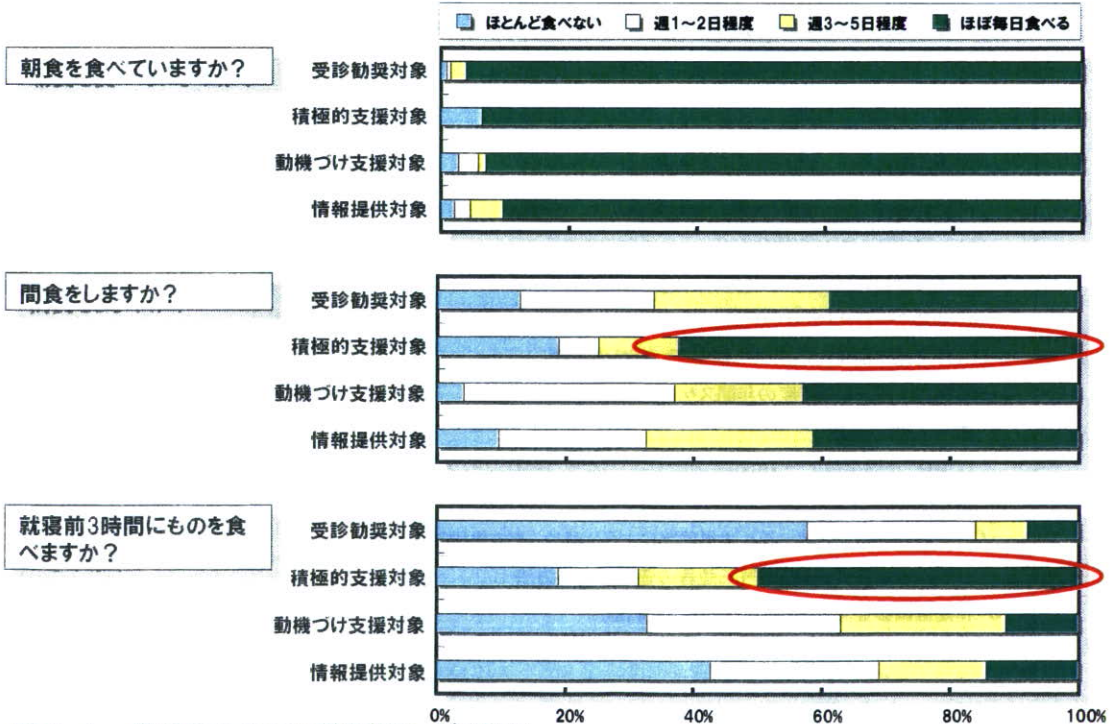


図5-1 階層化別の生活習慣状況 (食習慣)

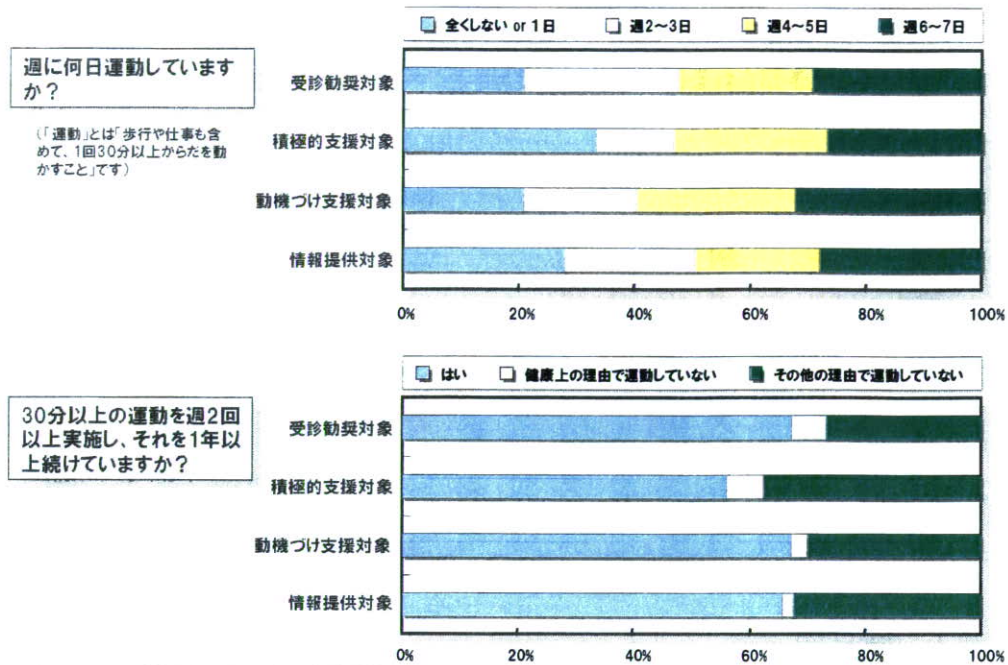


図5-2 階層化別の生活習慣状況（運動習慣）

- 「特定健康診査等実施計画」**
- 1 達成しようとする目標
 - 2 特定健康診査等の対象者
 - 3 特定健康診査・特定保健指導の実施方法
 - (1)実施場所、実施項目(内容)、実施時期あるいは期間
 - (2)外部委託の有無や契約形態、外部委託者選定に当たっての考え方
 - (3)周知や案内(受診券や利用券の送付等)の方法
 - (4)事業主健診等ほかの健診受診者の健診データをデータ保有者から受領する方法
 - (5)特定保健指導の対象者の抽出(重点化)の方法
 - (6)実施に関する毎年度の年間スケジュール、等
 - 4 個人情報の保護
 - (1)健診・保健指導データの保管方法や保管体制、保管などにおける外部委託の有無、等
 - 5 特定健康診査等実施計画の公表・周知
 - (1)広報誌やホームページへの掲載等による公表や、その他周知の方法
 - (2)特定健康診査等を実施する趣旨の普及啓発の方法
 - 6 特定健康診査等実施計画の評価及び見直し
 - (1)評価結果(進捗・達成状況等)や、その後の状況変化等に基づく計画の見直しに関する考え方
 - 7 その他、特定健康診査等の円滑な実施を確保するために保険者が必要と認める事項

図6 記載項目

「特定健康診査等実施計画」(被用者保険)

1 達成しようとする目標

下表の3つの指標に関するH24年度目標値を設定します。

評価方法(評価ウェイトなどを含む)に関しては、事業の進捗状況等を鑑みてH23年度頃に決定されることから、保険者が目標値を設定する際には、以下の点に留意する必要があります。

- 当該保険者の現状に見合った目標値を設定し、取り組みの成果を年々上げていくこと(相対評価の視点)
- 参酌標準をひとつの目安とし、できるだけこれを達成するよう努めること(絶対評価の視点)
- 目標値を達成するための事業の実施対象及び方法を具体化すること

評価項目	現状			平成24年度に向けての段階目標				平成24年度目標値			参酌標準	
	男性	女性	合計	20年度	21年度	22年度	23年度	男性	女性	合計		
(1) 特定健康診査の実施率	実施率	0%	00%	000%					●%	●●%	●●●%	80%≒/70%
	対象者	0人	00人	000人					●人	●●人	●●●人	-
	実施者	△人	△△人	△△△人					▲人	▲▲人	▲▲▲人	-
(2) 特定保健指導の実施率	実施率	-	-	-					■%	■■%	■■■%	45%
	対象者	-	-	-					■人	■■人	■■■人	-
	実施者	-	-	-					▲人	▲▲人	▲▲▲人	-
(3) メタボリックシンドロームの該当者・予備員の減少率	減少率	-	-	-					◎%	◎◎%	◎◎◎%	10%
	メタボ者	-	-	-					●人	●●人	●●●人	-
	メタボ準	-	-	-					●人	●●人	●●●人	-

※40歳以上の加入者に占める被扶養者の割合が0.25を超える保険者にとっては、当該割合に0.2を乗じて得た値を0.85から減じて得た値とする。

2 特定健康診査等の対象者

(1) 特定健康診査の対象者数(計画期間中の各年度の見込み数)

特定健康診査の対象者数の見込み推計にあたっては、以下の点に留意する必要があります。

- 当該保険者の現状については、特定健康診査の実施方法が異なる可能性の高い男性・女性(被保険者・被扶養者)及び年齢階級ごとに把握すること
- 「3 特定健康診査・特定保健指導の実施方法」を検討する際に活用できること

なお、特定健康診査は入院者は対象外となりますが、計画作成時でレセプト等からこれを正確に把握することは容易ではないこと、入院者割合は極めて小さいと推測されることから(患者調査)、見込み数の推計では考慮しなくとも影響は小さいと考えられます。

	現状			平成24年度に向けての段階目標				平成24年度		
	男性	女性	合計	20年度	21年度	22年度	23年度	男性	女性	合計
40~49歳	0人	00人	000人					●人	●●人	●●●人
50~59歳	△人	△△人	△△△人					▲人	▲▲人	▲▲▲人
60~69歳	□人	□□人	□□□人					■人	■■人	■■■人
70~74歳	◇人	◇◇人	◇◇◇人					◆人	◆◆人	◆◆◆人
合計	☆人	☆☆人	☆☆☆人					★人	★★人	★★★人

2 特定健康診査等の対象者

(2) 特定保健指導の対象者数(計画期間中の各年度の見込み数)

特定保健指導の対象者数の見込み推計にあたっては、以下の点に留意することが必要となります。

- 当該保険者の現状については、3階層別割合が大きく異なる可能性の高い男性・女性(被保険者・被扶養者)及び年齢階級ごとに把握すること
- さらに、特定保健指導の対象者数を割り出すために受診勧奨者についても別途把握すること
- 「3 特定健康診査・特定保健指導の実施方法」を検討する際に活用できること

	女性				男性				平成24年度に向けての段階目標				平成24年度			
	情報提供	動機づけ支援	積極的支援	合計	情報提供	動機づけ支援	積極的支援	合計	20年度	21年度	22年度	23年度	情報提供	動機づけ支援	積極的支援	合計
40~49歳	A + D	B + E	C + F													
50~59歳																
60~69歳																
70~74歳																
合計																

	女性		男性		積
	把握者	未把握者	把握者	未把握者	
40~49歳	A	B	C		F
50~59歳					
60~69歳					
70~74歳					

把握者の各割合(A、B、C)等から、未把握者の年齢階級別の3階層別割合により振り分け

3 特定健康診査・特定保健指導の実施方法

(5) 特定保健指導の対象者の抽出(重点化)の方法

		特定保健指導 動機づけ支援レベル者/積極的支援レベル者					その他の実施方法 情報提供レベル者/未受診者				
a	対象者	「2」(2)で推計					「2」(2)で推計(情報提供レベル者)				
		H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度
		□人	□人	□人	□人	□人	□人	□人	□人	□人	□人
b	抽出方法	※5年間で効果的・効率的に実施するための重点化方を具体的に記載					※5年間で効果的・効率的に実施するための重点化方を具体的に記載				
		例1. H20~23年度はリスク度により優先度をつけて抽出/H24年度は対象者全体の45%が参加となるよう抽出 例2. H20~23年度は意識(面接参加意向)により優先度をつけて抽出/H24年度は対象者全体へ実施					例1. 情報提供レベル者からは数年後に特定保健指導の対象者にならないためにリスク者を抽出 例2. 被扶養者は受診率が低く、かつ強制力が作用しないため全員を啓発の重点対象として抽出				
c	抽出数	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	— (H20年度からの実施状況により設定)				
		□人	□人	□人	□人	□人					
d	実施率	「1」に目標値として設定					—				
		H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度					
		□%	□%	□%	□%	□%					
e	実施内容	「1」に記載					「1」に記載				

d = (c × P) / a であることから c > a × d となるよう設定する必要がある
P: 参加・最終到達者率、先行事業・先行研究では P = 0.5 ~ 0.9 とされている

図7 計画作成の考え方とイメージ