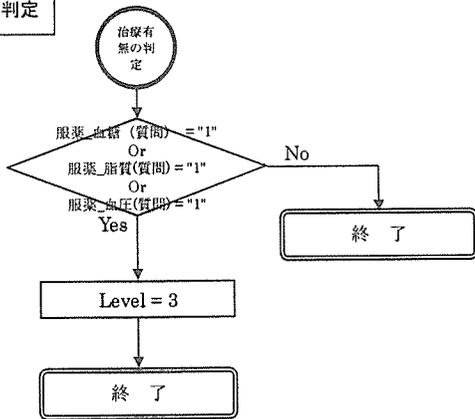


⇒ Step1=1 は(1)の場合、
Step1=2 は(2)の場合
を示す変数

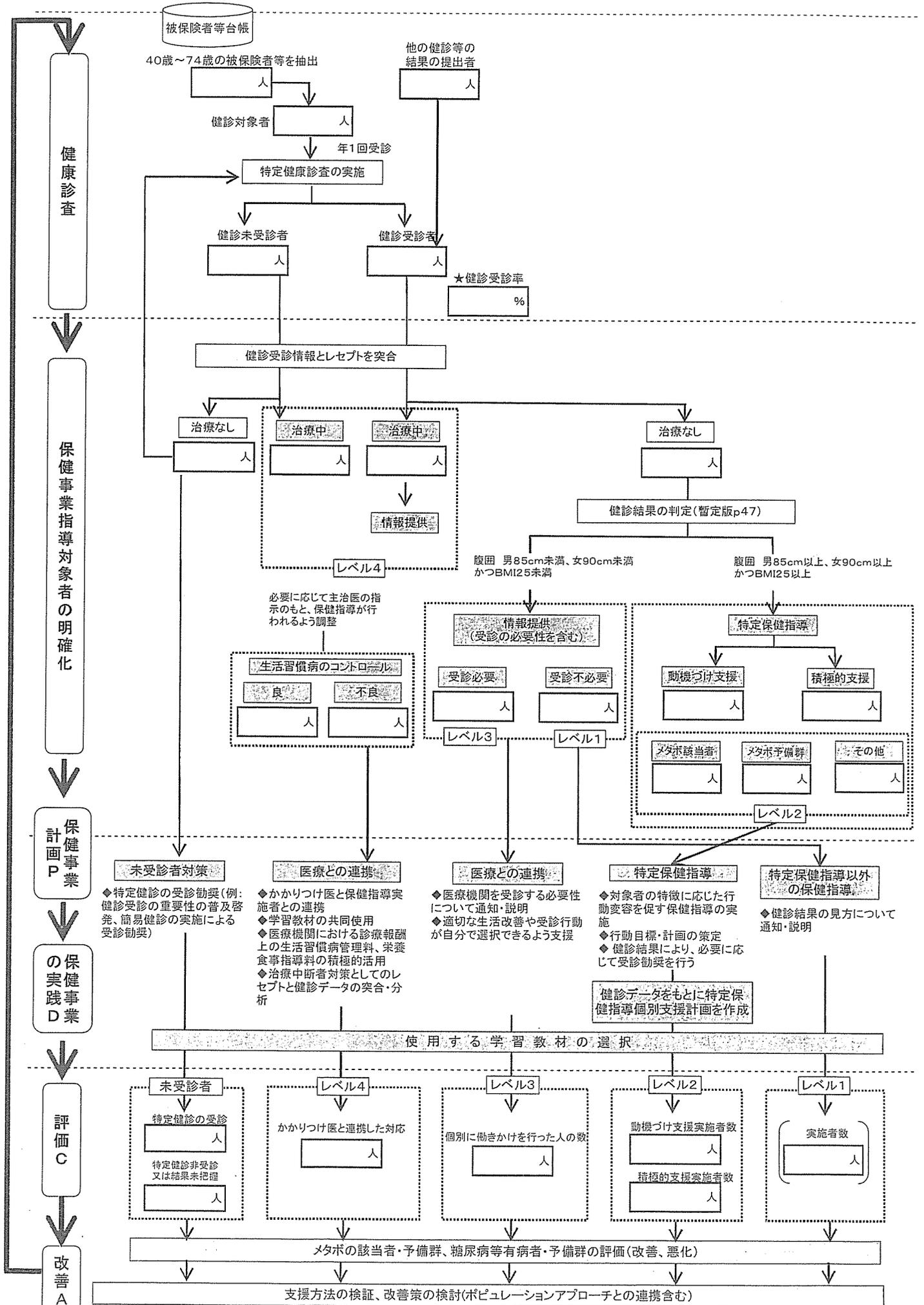
⇒ Level は支援レベルを示す変数で
Level=1 は積極的支援レベルを示す
Level=2 は動機づけ支援レベルを示す
Level=3 は情報提供レベルを示す

治療有無の判定



⇒ いずれかの服薬があれば治療中と判定し、
情報提供レベルとする。

図表8 新しい階層化プログラムの考え方
健診から保健指導実施へのフローチャート



上記のような問題点について厚生科学審議会地域保健栄養部会で検討が行われ、最終的に参考資料1に示したような修正が行われた。主なポイントは、腹囲及びBMIが基準以上でない者は特定健診の判定ロジックと別の対応を行うこと、治療中の者については保健指導の対象としないこと、前期高齢者については積極的支援の対象となった場合も動機付け支援とすること、等である。

この修正内容を受けて図表7・図表8のように階層化プログラムのロジックを修正し、Version 2を作成した。メニュー画面は図表5と同じであるが、出力画面については図表9のように変更を行った。

図表9 支援レベル付出力画面 (Version 2)

| 登録番号 | 38 トリグリセライド (1) | 604 | 55_心電図 | 1 | 1011 目標達成期間 |
|--------------------|--------------------|------|--------------------|---|----------------------------|
| 1.ファイル形式識別記号 | 39_HDLコレステロール (2) | 35 | 56 眼底検査 | 2 | 1012_一日の削減(又は増加) 目標エネルギー量 |
| 2.ファイル仕組番号 | 40_LDLコレステロール(1) | 105 | 101 尿薬1(血圧) | 2 | 1013 運動による目標エネルギー量 |
| 3.送付元種別 | 41_AST(GOT) (2) | 21 | 102 尿薬2(血糖) | 2 | 1014 食事による目標エネルギー量 |
| 4.送付元機関番号 | 42_ALT(GPT) (2) | 32 | 103 尿薬3(脂質) | 2 | 1015 最終的な尿回 |
| 5.送付元名称 | 43_γ-GT(γ-GTP) (2) | 88 | 104 尿往歴1(脳血管) | 2 | 1016 最終的な体重 |
| 6.送付先種別 | 44 空腹時血糖 (1) | | 105 尿往歴2(心血管) | 2 | 1017 保健指導を行った期間 |
| 7.送付先機関番号 | 45 随時血糖 (2) | 128 | 106 尿往歴3(腎不全・人工透析) | 2 | 1018 計画上の指摘回数 |
| 8.送付先名称 | 46 血糖測定 (3) | 75 | 107 喫煙 | 1 | 1019 喫煙の指導回数 |
| 9.ファイル生成日付 | 47 HbA1c (1) | | 108 20歳からの体重変化 | 1 | 1020 保健指導による生活習慣の改善(運動習慣1) |
| 10.ファイル更新日付 | 48 血清クレアチニン (2) | 0.8 | 109 食習慣 | 2 | 1021 保健指導による生活習慣の改善(運動習慣2) |
| 11.格納記録数 | 49 尿酸 (1) | | 110 30分以上の運動習慣 | 2 | 1022 保健指導による生活習慣の改善(喫煙) |
| 12.作成日付 | 50 ヘマトクリット値 (2) | 482 | 111 歩行又は身体活動 | 1 | |
| 13.健診機関番号 | 51 血色素測定 (1) | 15.7 | 112 歩行速度 | 2 | |
| 14.健診機関名称 | 52 赤血球数 (2) | 492 | 113 1年間の体重変化 | | |
| 15.実施日付 | 53 尿蛋白 (1) | | 114 食べ方1(早食い等) | | |
| 16.保険者番号 | 54 尿潜血 (2) | | 115 食べ方2(朝食前) | | |
| 17.健診データ登録番号 | | | 116 食べ方3(夜食/間食) | | |
| 18.受診者の生年月日 | | | 117 飲酒 | | |
| 19.受診者の性別 | | | 118 睡眠 | | |
| 20.受診者郵便番号 | | | | | |
| 21.身長 | | | | | |
| 22.体重 | | | | | |
| 23.BMI | | | | | |
| 24.尿回 | | | | | |
| 25.理学的検査(身体検査) | | | | | |
| 26.血圧(収縮期) | | | | | |
| 27.血圧(拡張期) | | | | | |
| 28.血圧(収縮期) | | | | | |
| 29.血圧(拡張期) | | | | | |
| 30.血圧(収縮期) | | | | | |
| 31.血圧(拡張期) | | | | | |
| 32.血圧(収縮期) | | | | | |
| 33.血圧(拡張期) | | | | | |
| 34.血圧(収縮期) | | | | | |
| 35.血圧(拡張期) | | | | | |
| 36.血圧(収縮期) | | | | | |
| 37.血圧(拡張期) | | | | | |
| 38.トリグリセライド (1) | | | | | |
| 39.HDLコレステロール (2) | | | | | |
| 40.LDLコレステロール(1) | | | | | |
| 41.AST(GOT) (2) | | | | | |
| 42.ALT(GPT) (2) | | | | | |
| 43.γ-GT(γ-GTP) (2) | | | | | |
| 44.空腹時血糖 (1) | | | | | |
| 45.随時血糖 (2) | | | | | |
| 46.血糖測定 (3) | | | | | |
| 47.HbA1c (1) | | | | | |
| 48.血清クレアチニン (2) | | | | | |
| 49.尿酸 (1) | | | | | |
| 50.ヘマトクリット値 (2) | | | | | |
| 51.血色素測定 (1) | | | | | |
| 52.赤血球数 (2) | | | | | |
| 53.尿蛋白 (1) | | | | | |
| 54.尿潜血 (2) | | | | | |
| 55.心電図 | | | | | |
| 56.眼底検査 | | | | | |
| 101 尿薬1(血圧) | | | | | |
| 102 尿薬2(血糖) | | | | | |
| 103 尿薬3(脂質) | | | | | |
| 104 尿往歴1(脳血管) | | | | | |
| 105 尿往歴2(心血管) | | | | | |
| 106 尿往歴3(腎不全・人工透析) | | | | | |
| 107 喫煙 | | | | | |
| 108 20歳からの体重変化 | | | | | |
| 109 食習慣 | | | | | |
| 110 30分以上の運動習慣 | | | | | |
| 111 歩行又は身体活動 | | | | | |
| 112 歩行速度 | | | | | |
| 113 1年間の体重変化 | | | | | |
| 114 食べ方1(早食い等) | | | | | |
| 115 食べ方2(朝食前) | | | | | |
| 116 食べ方3(夜食/間食) | | | | | |
| 117 飲酒 | | | | | |
| 118 睡眠 | | | | | |
| 1001 保健指導機関番号 | | | | | |
| 1002 保健指導機関名称 | | | | | |
| 1003 保健指導実施日付 | | | | | |
| 1004 支援レベル1 | | | | | 血糖 |
| 1005 支援レベル2 | | | | | 脂質 |
| 1006 支援レベル3 | | | | | 保健指導 |
| 1007 指導形態(動機づけ支援) | | | | | 支援レベル更新 |
| 1008 実施内容(積極的支援) | | | | | 血圧 |
| 1009 目標尿回 | | | | | 保健指導 |
| 1010 目標体重 | | | | | |

なお、作成した階層化プログラムは産業医科大学医学部公衆衛生学教室のホームページよりダウンロード可能である。

図表10は福岡県JAモデル事業のデータを用いて旧ロジックと新ロジックにおける各レベルの対象者数を見たものである。積極的支援は約3分の2、動機付け支援は約4分の1に減少している。

図表 10 旧ロジックと新ロジックとの比較
(福岡県 JA モデル事業データ)

| | 旧ロジック | | 新ロジック | |
|--------|-------|--------|-------|--------|
| | 件数 | % | 件数 | % |
| 積極的支援 | 83 | 39.0% | 48 | 22.5% |
| 動機付け支援 | 52 | 24.4% | 13 | 6.1% |
| 情報提供 | 78 | 36.6% | 152 | 71.4% |
| | 213 | 100.0% | 213 | 100.0% |

なお、平成 19 年度における各保険者の試行事業では、本研究で開発されたこのプログラムが利用される。今後、まだ種々の問題点の指摘が予想されることから、平成 19 年度研究ではそのような指摘を踏まえてプログラムの修正を行いたい。

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

(1) 保健指導対象者の選定と階層化の基準

1) 基本的考え方

生活習慣病の予防を期待できる内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の選定及び階層化や、生活習慣病の有病者・予備群を適切に減少させることができたかを的確に評価するために、保健指導対象者の選定及び階層化の標準的な数値基準が必要となる。

2) 具体的な選定・階層化の基準

①内臓脂肪型肥満を伴う場合の選定

内臓脂肪蓄積の程度を判定するため、その基準として腹囲を用いるとともに、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の判定基準となる高血糖、高血圧等のリスクを評価する健診項目（血糖や血圧等の測定）を用いる。

②内臓脂肪型肥満を伴わない場合の選定

腹囲計測によって内臓脂肪型肥満と判定されない場合にも、高血糖、高血圧等のリスクを評価する健診項目（血糖や血圧等の測定）を基本的な健診として実施することにより、内臓脂肪型肥満を伴わない糖尿病、高血圧症等の個別の生活習慣病を判定することができるようにする。

③健診項目の判定基準

「健診項目の基準値等の標準化」と同様以下のようにする。

| | |
|---------------------|---|
| 血糖 | |
| 情報提供 | 空腹時血糖 100mg/dl 未満、随時血糖 140mg/dl 未満、かつ、HbA1c 5.5% 未満 |
| 保健指導 | 空腹時血糖 100mg/dl 以上 126mg/dl 未満、随時血糖 140mg/dl 以上 180mg/dl 未満、又は、HbA1c 5.5% 以上 6.1% 未満 |
| 受診勧奨 | 空腹時血糖 126mg/dl 以上、随時血糖 180mg/dl 以上、又は、HbA1c 6.1% 以上 |
| 脂質（中性脂肪、HDLコレステロール） | |
| 情報提供 | 中性脂肪 150mg/dl 未満、かつ、HDLコレステロール 40mg/dl 以上 |
| 保健指導 | 中性脂肪 150mg/dl 以上、又は、HDLコレステロール 40mg/dl 未満 |
| 受診勧奨 | （同上）中性脂肪 150mg/dl 以上、又は、HDLコレステロール 40mg/dl 未満 |
| 血圧 | |
| 情報提供 | 収縮期血圧 130mmHg 未満、かつ、拡張期血圧 85mmHg 未満 |
| 保健指導 | 収縮期血圧 130mmHg 以上 140mmHg 未満、又は、拡張期血圧 85mmHg 以上 90mmHg 未満 |
| 受診勧奨 | 収縮期血圧 140mmHg 以上、又は、拡張期血圧 90mmHg 以上 |

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

(1) 保健指導対象者の選定と階層化の基準

1) 基本的考え方

生活習慣病の予防を期待できる内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の選定及び階層化や、生活習慣病の有病者・予備群を適切に減少させることができたかを的確に評価するために、保健指導対象者の選定及び階層化の標準的な数値基準が必要となる。

2) 具体的な選定・階層化の基準

①内臓脂肪型肥満を伴う場合の選定

内臓脂肪蓄積の程度を判定するため、その基準として腹囲を用いるとともに、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の判定基準となる高血糖、高血圧等のリスクを評価する健診項目（血糖や血圧等の測定）を用いる。

②内臓脂肪型肥満を伴わない場合の選定

腹囲計測によって内臓脂肪型肥満と判定されない場合にも、高血糖、高血圧等のリスクを評価する健診項目（血糖や血圧等の測定）を基本的な健診として実施することにより、内臓脂肪型肥満を伴わない糖尿病、高血圧症等の個別の生活習慣病を判定することができるようにする。

③健診項目の判定基準

「健診項目の基準値等の標準化」については別紙5参照。

| | |
|-------------|-------------------------|
| LDL コレステロール | |
| 情報提供 | 120mg/dl 未満 |
| 保健指導 | 120mg/dl 以上 140mg/dl 未満 |
| 受診勧奨 | 140mg/dl 以上 |
| 血清尿酸 | |
| 情報提供 | 7.0mg/dl 未満 |
| 保健指導 | 7.0mg/dl 以上 8.0mg/dl 未満 |
| 受診勧奨 | 8.0mg/dl 以上 |

3) 質問票による階層区分の変更

健診結果による階層化を行った後、生活習慣の状況に関する質問票により、保健指導の対象者区分の変更を行う。

4) 対象者が治療中の場合

対象者が現在医療機関において治療を行っている場合の保健指導については、事例毎の特性を踏まえた上で、主治医との連携の下に行うことが望ましい。

なお、現在治療を行っている医療機関は、診療報酬における生活習慣病管理料や管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を積極的に活用することが望まれる。

また、医療保険者は、生活習慣指導料等の情報を積極的に活用することが望まれる。

【具体的な事例】

- 1) 医療機関受診中だが、糖尿病等の生活習慣病については治療を行っていない事例
- 2) 医療機関で生活習慣病について治療を行っているが、健診で動機づけ支援、積極的支援の保健指導の対象となつたリスクに関連する生活習慣病については治療を行っていない事例（高血圧の治療を行っているが、HbA1cが5.5%以上6.1%未満の場合）
- 3) 医療機関で生活習慣病について治療中であり、健診で動機づけ支援、積極的支援の保健指導の対象となつたリスクに関連する生活習慣病については治療を行っている事例
- 4) 医療機関で生活習慣病について治療を行っているが、さらに生活習慣改善等の保健指導を行う必要がある事例

(2) 保健指導対象者の選定と階層化の方法

1) 基本的考え方

○ 内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因（高血圧、高血糖、脂質異常等）が増え、リスク要因が増加するほど心疾患等が発症しやすくなる。このため、保健指導対象者の選定は、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数のに着目することが重要となる。

○ このため、内臓脂肪の蓄積を基本とし、リスク要因の数によって保健指導レベルを設定していく。

○ なお、内臓脂肪蓄積の寄与が比較的少ないと考えられる高血圧症、糖尿病等については、減量等を中心とした生活習慣改善をメニューとする保健指導とは異なる手法の保健指導となる。

2) 具体的な選定・階層化の方法

ステップ1

○ 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する

- ・腹囲 M \geq 85cm、F \geq 90cm →(1)
- ・腹囲 M $<$ 85cm、F $<$ 90cm かつ BMI \geq 25 →(2)
- ・(1)、(2)以外 →(3)

ステップ2

○ 検査結果、質問票より追加リスクをカウントする。

○ ①～③は内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の判定項目、④～⑥はその他の関連リスクとし、④～⑥については①～③のリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

①血糖

a 空腹時血糖 110mg/dl以上 又は
(但し、(1)の動機づけ支援レベル判定及び(2)、(3)の場合には、100mg/dl)
b 随時血糖の場合 140mg/dl以上 又は

c HbA1c 5.5% 以上 又は

d 薬剤治療を受けている場合（質問票より）

a 中性脂肪 150mg/dl以上 又は

b HDLコレステロール 40mg/dl未満 又は

c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）

a 収縮期 130mmHg以上 又は

b 拡張期 85mmHg以上 又は

c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）

④LDLコレステロール 120mg/dl以上

⑤質問票 喫煙歴あり

⑥血清尿酸 7.0mg/dl以上

(2) 保健指導対象者の選定と階層化の方法

1) 基本的考え方

○ 内臓脂肪の蓄積により、心疾患等のリスク要因（高血圧、高血糖、脂質異常等）が増え、リスク要因が増加するほど心疾患等が発症しやすくなる。このため、保健指導対象者の選定は、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数のに着目することが重要となる。

○ このため、内臓脂肪の蓄積を基本とし、リスク要因の数によって保健指導レベルを設定していくとともに、比較的若い時期（65歳未満）に生活習慣の改善を行った方が予防効果が期待できると考えられるため、年齢に応じた保健指導レベルの設定をしていく。

○ その際、効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が多く期待できる者を明確にし、保健指導対象者を選定する。

○ 特定健康診査に相当する健診結果を提出した者に対しても、特定健康診査を受診した者と同様に、特定保健指導を実施する。

2) 具体的な選定・階層化の方法

ステップ1

○ 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する

- ・腹囲 M \geq 85cm、F \geq 90cm →(1)
- ・腹囲 M $<$ 85cm、F $<$ 90cm かつ BMI \geq 25 →(2)

※(1)、(2)以外の者への対応については、3)留意事項参照

ステップ2

○ 検査結果、質問票より追加リスクをカウントする。

○ ①～③は内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の判定項目、④はその他の関連リスクとし、④喫煙歴については①から③のリスクが1つ以上場合にのみをカウントする。

①血糖

a 空腹時血糖 100mg/dl以上 又は

b HbA1cの場合 5.2% 以上 又は

c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）

a 中性脂肪 150mg/dl以上 又は

b HDLコレステロール 40mg/dl未満 又は

c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）

a 収縮期 130mmHg以上 又は

b 拡張期 85mmHg以上 又は

c 薬剤治療を受けている場合（質問票より）

④質問票

喫煙歴あり

ステップ3

ステップ1、2から保健指導レベルをグループ分け

(1)の場合

①～⑥のリスクのうち

追加リスクが 2以上の対象者（内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）基準適合者）は 積極的支援レベル
0又は1の対象者は 動機づけ支援レベル

とする。

(2)の場合

①～⑥のリスクのうち

追加リスクが 3以上の対象者は 積極的支援レベル
1又は2の対象者は 動機づけ支援レベル
0の対象者は 情報提供レベル

とする。

(3)の場合

①～⑥のリスクのうち

追加リスクが 4以上の対象者は 積極的支援レベル
1から3の対象者は 動機づけ支援レベル
0の対象者は 情報提供レベル

とする。

〔注〕 (3)の場合の支援法は、「内臓脂肪減少」を目的としたプログラムではなく、個人個人の病態に応じた対応が必要。

ステップ4

同時に実施する質問票^{*1}を用い、生活習慣改善の必要性を判定し、健診結果の保健指導レベルと、質問結果の生活習慣改善の必要性との関係^{*2}から、追加的に保健指導のレベルを決定する。

※1 生活習慣改善の必要性を判断するための質問票

| 質問項目 | はい | いいえ | 判定 |
|----------------------------------|--------|---------|----------------|
| 1. 20歳の時の体重から10kg以上増加している | はい(1点) | いいえ(0点) | 1点 |
| 2. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施 | はい | いいえ | 全て 「いいえ」は1点 |
| 3. 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施 | はい | いいえ | |
| 4. 同世代の同性と比較して歩く速度が速い | はい | いいえ | 1点 |
| 5. たばこを吸っている | はい(1点) | いいえ(0点) | 1点 |
| 合計 | | | *点 |

なお、本質問票は自記式を想定しており、回答の際の目安については、別添Q&Aを作成し、提示していく。

ステップ3

ステップ1、2から保健指導レベルをグループ分け

(1)の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが 2以上の対象者は 積極的支援レベル
1の対象者は 動機づけ支援レベル
0の対象者は 情報提供レベル

とする。

(2)の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが 3以上の対象者は 積極的支援レベル
1又は2の対象者は 動機づけ支援レベル
0の対象者は 情報提供レベル

とする。

※2 健診結果の保健指導レベルと質問項目の合計点数による保健指導の判定

| 質問項目の合計点数 | 健診結果の保健指導レベル | | |
|-----------|--------------|-----------|----------|
| | 情報提供レベル | 動機づけ支援レベル | 積極的支援レベル |
| 3点 | 情報提供 | 動機づけ支援 | 積極的支援 |
| 2点 | 情報提供 | 動機づけ支援 | 動機づけ支援 |
| 1点 | 情報提供 | 動機づけ支援 | 情報提供 |
| 0点 | 情報提供 | 情報提供 | 情報提供 |
| 0点 | 情報提供 | 情報提供 | 情報提供 |

※ 印の該当者については、状況を確認の上、医療機関受診を検討する。

対象者が医療機関で治療中の場合も、医療機関と連携を図り、医療機関で保健指導が十分でない場合には、主治医の指示の下、必要な保健指導が確保されるよう調整を行うことが望ましい。

なお、現在治療を行っている医療機関は、診療報酬上の生活習慣病管理料や管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を積極的に活用することが望まれる。

また、医療保険者は、生活習慣病管理料等の情報を積極的に活用することが望まれる。

（例：高血圧の治療中であっても、血糖にリスクがある場合は、糖尿病予防のための保健指導が必要であり、医療機関と連携した上で、必要な保健指導が確保されるよう調整することが重要。）

【詳細な健診（精密健診）】

現行の老人保健事業での基本健康診査における判断基準を踏まえ、一定の基準の下、重症化の進展を早期にチェックするため、医師が必要と判断した場合は、詳細な健診（精密健診）として、眼底検査、心電図等のうちから選択的に行うこととする。

【受診動奨検査結果が、】

- ① 血糖
 - a 空腹時血糖 126mg/dl 以上 又は
 - b 随時血糖の場合 180mg/dl 以上 又は
 - c HbA1c 6.1% 以上
- ② 脂質
 - a 中性脂肪 150mg/dl 以上 又は
 - b HDL コレステロール 40mg/dl 未満
- ③ 血圧
 - a 収縮期 140mmHg 以上 又は
 - b 拡張期 90mmHg 以上
- ④ 血清尿酸 8.0mg/dl 以上
- ⑤ LDL コレステロール 140mg/dl 以上

の場合で、治療が行われていない場合は、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療が必要であることを指導し、治療の中断による重症化が起きないよう保健指導を継続することが重要である。

なお、治療中であっても重症化を予防するためには生活習慣の改善が重要であることから、現在治療を行っている医療機関は、診療報酬における生活習慣病管理料や管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を積極的に活用することが望ま

【ステップ4】

○ 血圧降下剤等を服薬中の者（質問票等において把握）については、継続的に医療機関を受診しており、栄養、運動等を含めた必要な保健指導については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

医療機関においては、生活習慣病管理料、管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を活用することが望ましい。

なお、特定保健指導とは別に、医療保険者が、生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために、必要と判断した場合には、主治医の依頼又は、了解の下に、保健指導を行うことができる。

○ 市町村の一般衛生部門においては、主治医の依頼又は、了解の下に、医療保険者と連携し、健診データ・レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、服薬中の者の住民に対する保健指導を行うべきである。

○ 前高齢者（65歳以上75歳未満）については、①予防効果が多く期待できる65歳までに、特定保健指導が既に行われてきていると考えられること、②日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOLの低下に配慮した生活習慣の改善が重要であること等の理由から、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

3) 留意事項

○ 医療保険者の判断により、動機づけ支援、積極的支援の対象者以外の者に対しても、保健指導を実施することができる。

○ 市町村の一般衛生部門においては、医療保険者と連携し、健診結果等から、医療機関を受診する必要があるにもかかわらず、医療機関を受診していない者に対する対策、特定保健指導対象者以外の者に対する保健指導等を行うべきである。

○ 特定保健指導の対象者のうち「積極的支援」が非常に多い場合は、健診結果、質問票等によって、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけ保健指導を実施すべきである（第3編参照）。

○ 保健指導を実施する際に、健診機関の医師が医療機関を直ちに受診する必要があると判断しているにもかかわらず、保健指導対象者が、医療機関を受診していない場合は、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療が必要であることを指導することが重要である。

○ また、健診データ・レセプトデータ等に基づき、治療中断者を把握し、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療の継続が必要であることを指導することが重要である。

| 修正案 | |
|---|---|
| <p>標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）</p> <p>医療機関で保健指導が十分でない場合には、保健指導が確実に確保されるよう、医療機関と調整することが望ましい。</p> <p>また、医療保険者は、生活習慣病管理料等の情報を積極的に活用することが望まれる。</p> <p>3) 留意事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 健保組合や市町村などで、すべての対象者に対して、「動機づけ支援」（個別面接）を行っている場合など、既に濃厚な保健指導を行っている場合は、あえて「情報提供」のみの対象者を選定する必要はない。 ○ 保健指導の対象者のうち「積極的支援」が非常に多い場合は、健診結果によって優先順位をつけ、最も必要な対象者に絞ることも差し支えない。ただし、年次計画を立て、保健指導が必要な対象者に対しては、必ず保健指導が実施されるよう配慮する。 | <p>4) その他</p> <p>健診結果の通知</p> <p>医療保険者は、健診結果について、わかりやすく受診者に通知する必要がある。</p> <p>その際、健診機関は、<u>別紙5</u>に示す判定基準に、機械的に受診者の健診結果を判定値に当てはめるのではなく、検査結果の持つ意義（例：血圧については、白衣高血圧等の問題があり、再測定が重要であること、中性脂肪については、直前の食事摂取に影響を受けると、血糖値については、受診判定値を超えていれば、直ちに医療機関を受診する必要があること）、異常値の程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性を個別に医師が判断し、受診者に通知することが重要である。</p> <p>また、<u>受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧（収縮期血圧140～159mmHg、拡張期血圧90～99mmHg）等であれば、服薬治療よりも、生活習慣の改善を優先して行うことが一般的であり、特定保健指導の対象となった者については、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に依り、受診勧奨を行うことが望ましい。</u></p> <p>詳細な健診</p> <p><u>判断基準を踏まえた一定の基準の下、重症化の進展を早期にチェックするため、医師が必要と判断した場合は、詳細な健診として、眼底検査、心電図等のうちから選択的に行うこととする。</u></p> <p><u>なお、健診機関は、基準を機械的に適用するのではなく、詳細な健診を行う必要性を個別に医師が判断することとし、その判断理由等を医療保険者に通知するとともに、受診者に説明することとする。</u></p> <p>肝機能検査等の取扱い</p> <p><u>LDLコレステロール、AST、ALT、γ-GTP等の階層化に用いられない検査結果についても、保健指導判定値を超えている場合には、特定保健指導の際に、検査結果に応じて、その病態、生活習慣の改善の上での留意点をわかりやすく説明する必要がある。</u></p> |

参考資料2 階層化インポートデータの仕様

| NO | フィールド名 | データ型 | 詳細 |
|----|------------------|--------|------------------|
| 1 | 1_ファイル形式識別記号 | テキスト型 | 50文字まで |
| 2 | 2_ファイル仕様番号 | テキスト型 | 50文字まで |
| 3 | 3_送付元種別 | テキスト型 | 50文字まで |
| 4 | 4_送付元機関番号 | テキスト型 | 50文字まで |
| 5 | 5_送付元名称 | テキスト型 | 100文字まで |
| 6 | 6_送付先種別 | テキスト型 | 50文字まで |
| 7 | 7_送付先機関番号 | テキスト型 | 50文字まで |
| 8 | 8_送付先名称 | テキスト型 | 100文字まで |
| 9 | 9_ファイル生成日付 | 日付/時刻型 | 例)yyyy/mm/dd |
| 10 | 10_ファイル更新日付 | 日付/時刻型 | 例)yyyy/mm/dd |
| 11 | 11_格納記録数 | 数値型 | 長整数型 |
| 12 | 12_作成日付 | 日付/時刻型 | 例)yyyy/mm/dd |
| 13 | 13_健診機関番号 | テキスト型 | 50文字まで |
| 14 | 14_健診機関名称 | テキスト型 | 100文字まで |
| 15 | 15_実施日付 | 日付/時刻型 | 例)yyyy/mm/dd |
| 16 | 16_保険者番号 | テキスト型 | 50文字まで |
| 17 | 17_健診データ登録番号 | テキスト型 | 50文字まで |
| 18 | 18_受診者の生年月日 | 日付/時刻型 | 例)yyyy/mm/dd |
| 19 | 19_受診者の性別 | テキスト型 | 1 or 2 |
| 20 | 20_受診者郵便番号 | テキスト型 | 7文字 |
| 21 | 31_身長 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 22 | 32_体重 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 23 | 33_BMI | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 24 | 34_腹囲 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 25 | 35_理学的検査(身体診察) | テキスト型 | 1 or 2 |
| 26 | 36_血圧(収縮期) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 27 | 37_血圧(拡張期) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 28 | 38_トリグリセライド(1) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 29 | 38_トリグリセライド(2) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 30 | 39_HDLコレステロール | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 31 | 40_LDLコレステロール(1) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 32 | 40_LDLコレステロール(2) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 33 | 41_AST(GOT) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 34 | 42_ALT(GPT) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 35 | 43_γ-GT(γ-GTP) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 36 | 44_空腹時血糖(1) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 37 | 44_空腹時血糖(2) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 38 | 44_空腹時血糖(3) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 39 | 45_随時血糖(1) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 40 | 45_随時血糖(2) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 41 | 45_随時血糖(3) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 42 | 46_血清尿酸(1) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 43 | 46_血清尿酸(2) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 44 | 47_HbA1c(1) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 45 | 47_HbA1c(2) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 46 | 48_血清クレアチニン(1) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 47 | 48_血清クレアチニン(2) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 48 | 48_血清クレアチニン(3) | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 49 | 49_尿糖(1) | テキスト型 | 1 or 2 or 3 or 4 |
| 50 | 49_尿糖(2) | テキスト型 | 1 or 2 or 3 or 4 |
| 51 | 50_ヘマトクリット値 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 52 | 51_血色素測定 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 53 | 52_赤血球数 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 54 | 53_尿蛋白(1) | テキスト型 | 1 or 2 or 3 or 4 |
| 55 | 53_尿蛋白(2) | テキスト型 | 1 or 2 or 3 or 4 |
| 56 | 54_尿潜血(1) | テキスト型 | 1 or 2 or 3 or 4 |
| 57 | 54_尿潜血(2) | テキスト型 | 1 or 2 or 3 or 4 |
| 58 | 55_心電図 | テキスト型 | 50文字まで |
| 59 | 56_眼底検査 | テキスト型 | 50文字まで |
| 60 | 101_服薬1(血圧) | テキスト型 | 1 or 2 |
| 61 | 102_服薬2(血糖) | テキスト型 | 1 or 2 |
| 62 | 103_服薬3(脂質) | テキスト型 | 1 or 2 |
| 63 | 104_既往歴1(脳血管) | テキスト型 | 1 or 2 |

※1 データインポート条件:CSV形式・タブ区切り・区切り記号なし・フィールド数99・先頭行のフィールド名→不要

※2 フィールド名はデータのインポート時是不必要なため、この表と異なってもかまいません

※3 データ型、詳細はMicrosoft ACCESSの仕様で記載していません。

階層化インポートデータ仕様

| NO | フィールド名 | データ型 | 詳細 |
|----|---------------------|--------|-----------------------|
| 64 | 105_既往歴2(心血管) | テキスト型 | 1 or 2 |
| 65 | 106_既往歴3(腎不全・人工透析) | テキスト型 | 1 or 2 |
| 66 | 107_喫煙 | テキスト型 | 1 or 2 |
| 67 | 108_20歳からの体重変化 | テキスト型 | 1 or 2 |
| 68 | 109_食習慣 | テキスト型 | 1 or 2 |
| 69 | 110_30分以上の運動習慣 | テキスト型 | 1 or 2 |
| 70 | 111_歩行又は身体活動 | テキスト型 | 1 or 2 |
| 71 | 112_歩行速度 | テキスト型 | 1 or 2 |
| 72 | 113_1年間の体重変化 | テキスト型 | 1 or 2 |
| 73 | 114_食べ方1(早食い等) | テキスト型 | 1 or 2 |
| 74 | 115_食べ方2(就寝前) | テキスト型 | 1 or 2 |
| 75 | 116_食べ方3(夜食/間食) | テキスト型 | 1 or 2 |
| 76 | 117_飲酒 | テキスト型 | 1 or 2 |
| 77 | 118_睡眠 | テキスト型 | 1 or 2 |
| 78 | 1001_保健指導機関番号 | テキスト型 | 50文字まで |
| 79 | 1002_保健指導機関名称 | テキスト型 | 50文字まで |
| 80 | 1003_保険指導実施日付 | 日付/時刻型 | 例)yyyy/mm/dd |
| 81 | 1004_支援レベルⅠ | テキスト型 | 1 or 2 or 3 |
| 82 | 1001_支援レベルⅡ | テキスト型 | 1 or 2 or 3 |
| 83 | 1006_支援レベルⅢ | テキスト型 | 1 or 2 or 3 |
| 84 | 1007_指導形態(動機づけ支援) | テキスト型 | 0 or 1 or 2 or 3 |
| 85 | 1008_実施内容(積極的支援) | テキスト型 | 0 or 1 or 2 or 3 or 4 |
| 86 | 1009_目標腹囲 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 87 | 1010_目標体重 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 88 | 1011_目標達成期間 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 89 | 1012_一日の削減(又は増加)目標 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 90 | 1013_運動による目標エネルギー量 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 91 | 1014_食事による目標エネルギー量 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 92 | 1015_最終的な腹囲 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 93 | 1016_最終的な体重 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 94 | 1017_保健指導を行った期間 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 95 | 1018_計画上の指導回数 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 96 | 1019_実際の指導回数 | 数値型 | 単精度浮動小数点型 |
| 97 | 1020_保健指導による生活習慣の改善 | テキスト型 | 0 or 1 or 2 |
| 98 | 1021_保健指導による生活習慣の改善 | テキスト型 | 0 or 1 or 2 |
| 99 | 1022_保健指導による生活習慣の改善 | テキスト型 | 0 or 1 or 2 |

職域データを用いた支援レベル階層化プログラム(平成18年7月14日暫定版)の妥当性の検証

松田晋哉(産業医科大学医学部公衆衛生学・教授)

藤野善久(産業医科大学医学部公衆衛生学・講師)

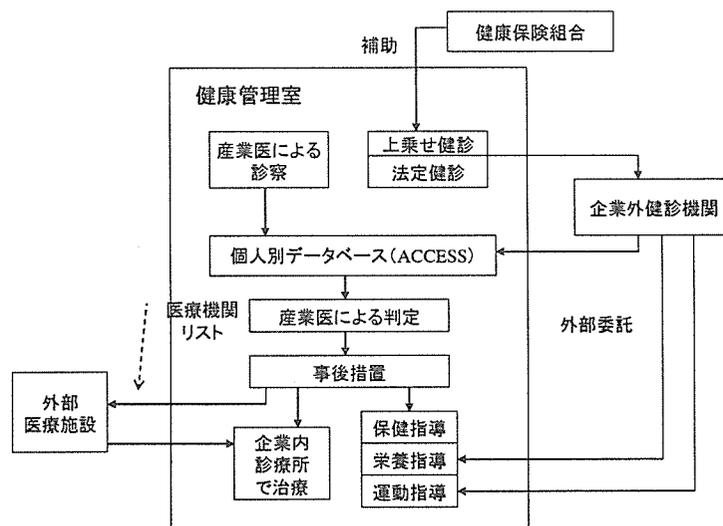
田中政幸(産業医科大学医学部公衆衛生学・専修医)

吉田勝美(聖マリアンナ医科大学予防医学教室・教授)

1. はじめに

労働安全衛生法(以下安衛法)では、事業者の責務として、従業員に定期健康診断を提供しなければならない、また従業員はそれを受けることが義務となっている。そして、健診で異常を指摘されたものに対しては、事後措置を行うことも義務化されている。加えて、多くの企業においては図表1に示したように、安衛法における法定健診に、健康保険組合の補助によるがん検診などが上乗せで提供されている。そして、健診結果に基づいて、産業医、産業保健師などの産業保健職が健康教育や健康指導を行う体制が作られている。図表2は2005年度における職域健診の項目とその異常率を示したものであるが、第一位が高脂血症(29.4%)、第二位が肝機能異常(15.6%)、第三位が高血圧(12.3%)というように、いわゆる生活習慣病に関連する異常が上位を占めている。

図表1 ある事業所における健康管理体制の例



さらに2001年から、健康診断で高血圧、高脂血症、高血糖、肥満の4症状(いわゆる死の四重奏)すべてがある者については、労災保険の枠組みの中で精密検査が行われ、その結果に基づいて産業医が就業上の制限などを助言する仕組みとなっている(図表3: 労災保

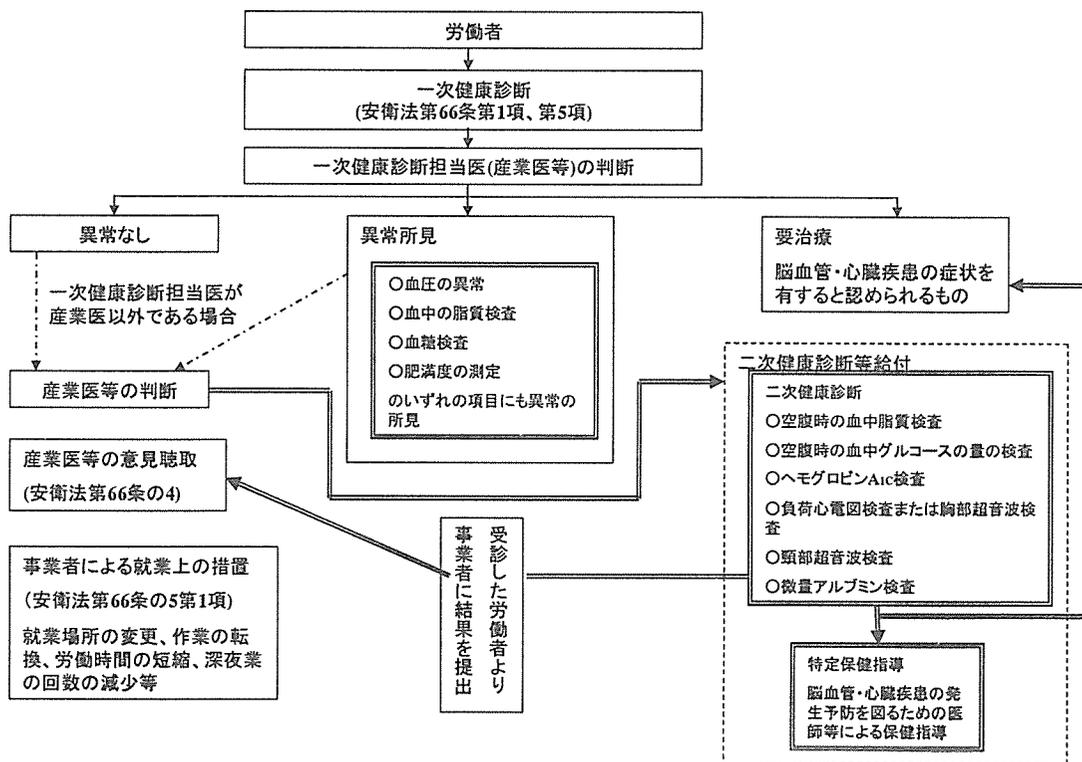
険予防給付)。労働者の場合、傷病のために就業制限がかけられることは、夜勤手当の減少など生活設計に大きな影響を持つだけに、そのコンプライアンスは高い。

図表2 労働安全衛生法に基づく定期健康診断の結果

| 項目 | 有所見率 (%) |
|------------|----------|
| 項目別の有所見率 | |
| 聴力(1000Hz) | 3.7 |
| 聴力(4000Hz) | 8.2 |
| 胸部X線検査 | 3.7 |
| 喀痰検査 | 1.5 |
| 血圧 | 12.3 |
| 貧血検査 | 6.7 |
| 肝機能検査 | 15.6 |
| 血中脂質検査 | 29.4 |
| 血糖検査 | 8.3 |
| 尿検査(糖) | 3.1 |
| 尿検査(蛋白) | 3.5 |
| 心電図 | 9.1 |
| 所見の有った者の割合 | 48.4 |

出典：労働衛生のしおり 平成18年度(2006)

図表3 労災保険予防給付の概要



このような中で、産業保健職も予防活動に関する種々のプログラム開発を行ってきてお

り、その成果は日本産業衛生学会などで発表されてきている。以上のように、安衛法における予防活動については、それが充実している大企業等に限定されているという批判はあるものの、一定の効果が示されている。

平成 20 年度からわが国においては保険者の責任において 40 歳以上のすべての国民を対象に生活習慣病を念頭においた特定健診・保健指導が行なわれることとなった。その主な対象となるのはいわゆるメタボリックシンドロームである（図表 4）。この定義からも明らかのようにこのようなリスクを持つ者は、職域における定期健康診断や労災保険特別給付において健康管理の対象となってきたものである。

図表 4 メタボリックシンドロームの判定基準

| | |
|---------------------------------------|----------------------|
| ウエスト周囲径 | 男性85cm以上 女性90cm以上 |
| (内臓脂肪面積が男女とも100cm ² 以上に相当) | |

上記に加え、以下の3つのリスクのうち2つ以上のリスクを有する場合に、メタボリックシンドロームと診断する。

| | |
|---------------|---------------|
| 高トリグリセリド血症 | 150mg / dL 以上 |
| かつ／または | |
| 低HDLコレステロール血症 | 40mg / dL 未満 |
| 収縮期血圧 | 130mmHg 以上 |
| かつ／または | |
| 拡張期血圧 | 80mmHg 以上 |
| 空腹時高血糖 | 110mg / dL 以上 |

地域における健康管理事業はこれまで主に退職者と家庭の主婦を対象として行われてきており、メタボリックシンドロームのもっとも重要なハイリスクグループである 40 代、50 代の男性を対象とした経験が少ない。しかも老人保健法の枠組みの中では、対象者を時系列で追跡することが困難であり、したがって介入の効果について必ずしも明確にすることはできていない。

他方、職域においてはハイリスクグループである中年男性について、労働安全衛生法に基づく定期健診の結果に基づいて健康管理を行ってきた経験がある。したがって、職域における健康管理の状況について検証することは、わが国における今後の特定健診・特定保健指導の効果的かつ効率的な運営を考えるために非常に重要であると考えられる。

そこで本研究では福岡県内の一企業外労働衛生機関のデータを用いて、支援レベル階層化プログラム（平成 18 年 7 月 14 日版）の妥当性の検証を行い、平成 20 年以降の特定健診・特定保健指導事業展開のための諸条件について整理することを試みた。

2. 対象及び方法

対象は福岡県内の一企業外労働衛生機関において平成 18 年 4 月から 6 月の間に労働安全衛生法に基づく健診を受けた者について抽出したデータである。個人情報の保護を図るために、データの処理は当該労働衛生機関の担当者が行い、我々研究者は事後的に連結不可能な匿名化されたデータのみを解析を行った。

対象者数は合計で 51103 名(男性:37177名、女性:13926名)、その平均年齢は 48.5 歳(男性:48.4 歳、女性:48.9 歳)であった。

なお、LDL 値については労働安全衛生法における健診では法定項目ではないため、T-Chol 値と HDL-Chol 値から簡便法を用いて推計した。

また、腹囲についても測定項目でないため、階層化の判定は BMI によって行った。

3. 結果

図表 5 及び図表 6 に分析結果を示した。

男性 37177 名についてみると 4081 名 (11.0%) が積極的支援、23140 名 (62.2%) が動機づけ支援、9956 名 (26.8%) が情報提供と判定された。年齢階級別にみると積極的支援、動機づけ支援のものは年齢階級が上がるにつれて増加傾向にあるが、30 代ですでにそれぞれ 8.4%と 52.5%であることが注目された。

女性 13926 名についてみると積極的支援 371 名(2.7%)、動機づけ支援 6450 名(46.3%)、情報提供 7105 名 (51.0%) と男性に比較して指導対象の数が少ない。年齢階級別にみると 70 歳以上を除いて積極的支援は 2-3%と少ないが、年齢階級が 10 歳上昇すると約 10%ずつ動機づけ支援の者が増加している。

図表 6 は支援レベル間の検査値の平均を比較したものである。いずれの検査結果でも積極的支援>動機づけ支援>情報提供となっており、一元配置分散分析でもすべて有意の差が認められた ($p<0.01$)。

図表 5 支援レベル階層化プログラム（平成 18 年 7 月 14 日暫定版）を用いた分析結果
性別・年齢階級別にみた支援レベルの分布

| 性別 | | | | 支援レベル | | | 合計 |
|----|------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|
| | | | | 積極的支援 | 動機づけ支援 | 情報提供 | |
| 男 | 年齢階級 | 20 | 度数 | 4 | 24 | 11 | 39 |
| | | | 年齢階級の% | 10.3% | 61.5% | 28.2% | 100.0% |
| | 30 | 度数 | 652 | 4056 | 3025 | 7733 | |
| | | 年齢階級の% | 8.4% | 52.5% | 39.1% | 100.0% | |
| | 40 | 度数 | 1256 | 7227 | 3428 | 11911 | |
| | | 年齢階級の% | 10.5% | 60.7% | 28.8% | 100.0% | |
| | 50 | 度数 | 1679 | 9146 | 2798 | 13623 | |
| | | 年齢階級の% | 12.3% | 67.1% | 20.5% | 100.0% | |
| | 60 | 度数 | 461 | 2508 | 652 | 3621 | |
| | | 年齢階級の% | 12.7% | 69.3% | 18.0% | 100.0% | |
| | 70 | 度数 | 29 | 179 | 42 | 250 | |
| | | 年齢階級の% | 11.6% | 71.6% | 16.8% | 100.0% | |
| | 合計 | 度数 | 4081 | 23140 | 9956 | 37177 | |
| | | 年齢階級の% | 11.0% | 62.2% | 26.8% | 100.0% | |
| 女 | 年齢階級 | 20 | 度数 | 0 | 2 | 12 | 14 |
| | | | 年齢階級の% | .0% | 14.3% | 85.7% | 100.0% |
| | 30 | 度数 | 34 | 651 | 1541 | 2226 | |
| | | 年齢階級の% | 1.5% | 29.2% | 69.2% | 100.0% | |
| | 40 | 度数 | 106 | 1751 | 2731 | 4588 | |
| | | 年齢階級の% | 2.3% | 38.2% | 59.5% | 100.0% | |
| | 50 | 度数 | 193 | 3359 | 2512 | 6064 | |
| | | 年齢階級の% | 3.2% | 55.4% | 41.4% | 100.0% | |
| | 60 | 度数 | 32 | 649 | 301 | 982 | |
| | | 年齢階級の% | 3.3% | 66.1% | 30.7% | 100.0% | |
| | 70 | 度数 | 6 | 38 | 8 | 52 | |
| | | 年齢階級の% | 11.5% | 73.1% | 15.4% | 100.0% | |
| | 合計 | 度数 | 371 | 6450 | 7105 | 13926 | |
| | | 年齢階級の% | 2.7% | 46.3% | 51.0% | 100.0% | |

図表6 支援レベル別に見た健診データの平均

| 支援レベル | SBP | DBP | TG | LDL | GOT | GPT | GGPT | FBS | UA | CRE |
|------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 積極的支援 | 平均値 | 87.52 | 217.85 | 143.06 | 28.17 | 39.37 | 90.07 | 116.80 | 7.140 | .849 |
| | 度数 | 4452 | 4452 | 4452 | 4452 | 4452 | 4452 | 4119 | 4452 | 4452 |
| | 標準偏差 | 18.291 | 11.746 | 143.334 | 36.514 | 15.451 | 26.617 | 100.074 | 1.3683 | .2044 |
| 動機づけ支援 | 平均値 | 132.60 | 79.98 | 145.22 | 122.42 | 28.21 | 59.93 | 106.88 | 5.693 | .769 |
| | 度数 | 29590 | 29590 | 29550 | 29550 | 29550 | 29550 | 25072 | 29550 | 29550 |
| | 標準偏差 | 19.652 | 12.351 | 137.560 | 36.574 | 21.863 | 25.380 | 78.005 | 1.3247 | .3017 |
| 情報提供 | 平均値 | 112.09 | 68.23 | 78.08 | 120.75 | 20.38 | 33.16 | 90.66 | 5.085 | .716 |
| | 度数 | 17059 | 17059 | 17034 | 17034 | 17034 | 17034 | 14239 | 17034 | 17034 |
| | 標準偏差 | 9.881 | 8.169 | 29.426 | 30.201 | 10.063 | 14.303 | 36.683 | 1.3117 | .1680 |
| 合計 | 平均値 | 126.78 | 76.71 | 129.15 | 123.66 | 23.22 | 53.63 | 102.51 | 5.616 | .758 |
| | 度数 | 51101 | 51101 | 51036 | 51036 | 51036 | 51036 | 43430 | 51036 | 51036 |
| | 標準偏差 | 20.097 | 12.768 | 121.422 | 35.096 | 18.349 | 23.047 | 71.584 | 1.4330 | .2592 |
| 分散分析(一元配置) | P < 0.01 |

考察

労働安全衛生法に基づく定期健診結果を用いて階層化プログラムのシミュレーションを行った結果、男性では70%が、女性では50%が特定保健指導の対象となることが推定された。現場で保健指導を実際に行う保健士、管理栄養士の数及び個々の指導に必要な時間等を考慮すると、対象者数は過剰であり、ロジックの見直しが必要であると考えられる。

また、年齢別の状況をみると、男性の場合20台からすでに10%程度の積極的支援の対象者が存在しており、その数はどの年齢階級でも同じくらいのレベルになっている。このことは40歳以上という年齢区分の妥当性に関して再検討が必要であることを示唆している。

他方、女性の場合は積極的支援に区分されるものが70歳以上を除くとほぼ5%未満であり、リスク評価についての再検討が必要であることが示唆された。

健康管理総合データシステムの開発

松田晋哉（産業医科大学医学部公衆衛生学・教授）

藤野善久（産業医科大学医学部公衆衛生学・講師）

田中政幸（産業医科大学医学部公衆衛生学・専修医）

1. はじめに

社会の少子高齢化に伴い保健医療サービス体系のあり方が問題となっている。特に生き生きとした長寿社会を実現するために、効果的な予防プログラムの開発が課題となっている。このためには予防が有効なターゲット集団を適切に把握し、またそれを評価するための枠組みとなる仕組みが必要となる。諸外国に見られない、わが国の保健医療制度のユニークな特徴として、老人保健法、健康保険法、労働安全衛生法など種々の法的枠組みの中で一般健診が行われていることが指摘できる。そして、過去数十年にわたる経験の中で、種々の健康管理手法が開発されてきた。しかしながら、異なる法体系の中で行われてきたために、生涯健康管理という視点での有効性が十分に発揮できていないという指摘がある。

また、労働安全衛生法に基づく職域の健康管理についても、要指導者に対する介入方法は事業所によって異なっており、その有効性を相互比較に基づいて評価することはこれまでなされていない。

さらに対象者個々の生活習慣に強く結びついた傷病の予防及び管理のためには、対象者が健康管理に積極的に係るための動機付けの仕組みも必要である。自分が現在行っている健康管理の取り組みの効果がリアルタイムに近い形で、対象者自身にフィードバックされる仕組みがなければ、継続的な健康管理を行っていくことは難しい。

すなわち、わが国の保健医療システムが持っている長所を活かしながら、生涯健康管理の視点から総合的な健康診査の仕組みを構築していくことが求められている。そのためには介入の効果に関する科学的エビデンスに基づいて、現在の健診制度を見直し、それを整合性のあるものに再構成していくための枠組みが必要になる。

我々はこのような問題意識から、異なった事業所で行われている健康管理活動のデータを一元的に集約し、それを対象事業所の健康管理担当者（産業医、保健師など）が多角的に分析を行い、さらに他の事業所の類似プログラムとの比較などを通してプログラムの有効性を検証できるシステムの開発を平成 17 年度から行っている。このようなシステムを持つことにより、現在国レベルで検討されている標準的な保健指導方法論の有効性の評価と継続的な精緻化を行うことが可能になる。

平成 18 年度は特定健診・特定保健指導事業に関連して収集されたデータを用いてシステムの検証を行ったので、その結果について報告する。