

る集団の特性から成功しやすいノウハウを提供することです。例えば会社勤務でも工場職と事務職では違いますし、主婦の人、地域の人など、それぞれ違いますから、そのあたりのノウハウをどう提供し支援するかということです。

また、できなかった場合も、「できないね」と言うのではなく、できた部分を褒めて自信をつけてもらうことが大事です。

保健指導は、本人が主役であるということです（スライド25）。初めて自転車に乗るときと同じで、最初は支えが要りますが、だんだん楽しみながら健康づくりをやっていただけるようになれば、それが今回の保健指導の目指すところではないかと考えています。

■保険診療と特定保健指導の違い

（スライド26）最後になりますが、保険診療と特定保健指導の違いはこのようになります。

まず、対象者ですが、保険診療は病気の人、特定保健指導は病気とっていない人。セグメントとしては、特定保健指導では属性・生活背景が重要になってきます。

開始・終了は、保険診療は患者・医師の判断ですが、特定保健指導は保険者と指導機関との契約に基づくという違いがあります。

検査データも、保険診療の場合は医師が診断・治療目的で利用することが多いのに対し、特定保健指導では対象者の選択に使われたり、保健指導教材や

保健指導は 健康管理スキル獲得の機会ととらえる

- ・ 本人が主役
- ・ 検査結果がわかる
- ・ どうすれば、よくなるか・悪くなるかがわかる
- ・ 自分なりの「あそび」を知る
- ・ 考える材料や筋道、一定期間の応援
- ・ 自立に向けたお試し期間
- ・ ずっと世話をし続けることではない

スライド25

評価指標として集団の分析に使われます。

価格は保険診療が診療報酬点数に基づきますが、特定保健指導は民民契約で決まります。医療機関だけでなく、民間企業も参加でき、これも大きな違いだと思います。

新しい制度ですから、まだまだ周知度も低いですし、明治維新のように、変わった直後はいろいろ混乱することもあると思いますが、来年になればもう少し落ち着いてくるのではないかと期待しております。ご清聴、ありがとうございました。

座長（富永） ありがとうございます。最後のスライドに津下先生がいちばんおっしゃりたいことが示されていると思います。

●質問……保健指導を担当する職種は？

座長（富永） 質問ですが、保健指導を行うのは管理栄養士と保健師、経験のある看護師ということになっていて、それ以外の職種は駄目といわれているようなのですが、これはどう考えたらいいのでしょうか。

津下 3月10日に出されたものによりますと、初回面接ができるのは医師、保健師、管理栄養士そして経験のある看護師です。経験のある看護師とは産業看護職のことです。継続的支援については看護師、栄養士、歯科医師、薬剤師、理学療法士などができていることになっていますが、6カ月間の継続的な支援を実施するには、看護師の場合、30時間の研修を受け、行動科学やメ

保険診療と特定保健指導のちがい Tsushita 2008

	保険診療	特定保健指導
対象者	糖尿病等の有病者	メタボリックシンドローム・予備群 (薬物治療が必要のないレベル)
セグメント化	主に疾病	階層化基準、属性・生活背景
開始・終了	患者、医師の判断	保険者と保健指導機関の契約に基づく
期間	継続的	3~6ヶ月(契約に基づく)
内容	医師の判断、個別的 食事療法・運動療法 薬物療法等	標準的な保健指導プログラムに基づく、 保険者との契約、生活習慣改善のみ 「療法」ではなく 生活修正
評価	とくになし	保健指導効果、保健指導投入量
検査データ	医師が診断・治療目的で 利用	対象者の選択、保健指導教材、評価 集団の健康課題の分析
価格	診療報酬点数に基づく。 生活習慣管理料等	保険者と保健指導機関との契約
実施機関	医療機関のみ	民間企業もOK
実施者	医師(管理栄養士等)	医師、保健師、管理栄養士等、 研修を受けた看護師、歯科医師、薬剤師等

スライド26

タボなどについていろいろなことを勉強したうえで、保健指導していただくということが大臣告示等に出ています。それをご参考にいただければと思います。

座長（富永） ありがとうございます。では次に、山形大学医学部附属病院の平田昭彦先生のお話をうかがいます。この病院に私も以前所属していました。病院ではありますが、健診だけを取り分けてやっています。これを発展させたかたちとして、今回の特定健診の部分を病院が引き受けることも可能ではないかと思いましたので、今日、その実際を話していただくことにしました。平田先生、よろしくをお願いします。



健康増進施設の活用：その効果と安全管理

津 下 一 代

あいち健康の森健康科学総合センター

日本体質医学会雑誌別刷
第 71 卷 1号 平成21年 2月28日発行

シンポジウム1 体質とスポーツ医科学

平成20年9月27日(土) (14:30~17:00)

オーガナイザー/座長: 佐藤祐造

(愛知学院大学心身科学部健康科学科)

健康増進施設の活用: その効果と安全管理

津 下 一 代

あいち健康の森健康科学総合センター

はじめに

平成18年7月に厚生労働省より、『健康づくりのための運動基準2006~身体活動・運動・体力~』¹⁾と『健康づくりのための運動指針2006~生活習慣病予防のために~ (エクササイズガイド2006)』²⁾が発表された。策定の背景には、糖尿病や肥満をはじめとする生活習慣病の増加に歯止めがかからないことや、健康日本21中間評価においても運動習慣のあるものは3割に過ぎず、歩数はむしろ減少傾向がみられるなどの現状があり、身体活動・運動施策をこれまで以上に推進することが必要と考えられたためである³⁾。

さらに、平成20年4月、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、「特定健康診査・特定保健指導」という制度が始まった^{4),5)}。40~74歳の国民を対象にメタボリックシンドローム (MetS) の概念に基づく生活習慣病健診を行い、保健指導体制を整えることによって生活習慣病の抑制をめざすという制度であり、医療保険者にその実施を義務づけるものである。

このような動きにより、これまで運動習慣のない人も、減量を目的として運動を始めることが多くなると考えられる。運動による脂肪燃焼効果や体力増進効果などが期待されるが、一方では事故や障害の危険性も考慮しなければならない。

本シンポジウムでは、Ⅰ.「健康増進施設を活用した保健指導の効果」として、メタボリックシンドロームに対する継続的な支援による体質改善の状況を報告、その後、Ⅱ.「中高年における運動時の事

故と安全確保」として、健康運動指導士が遭遇した内科的事故の状況とリスクマネジメントについての調査結果を発表した。

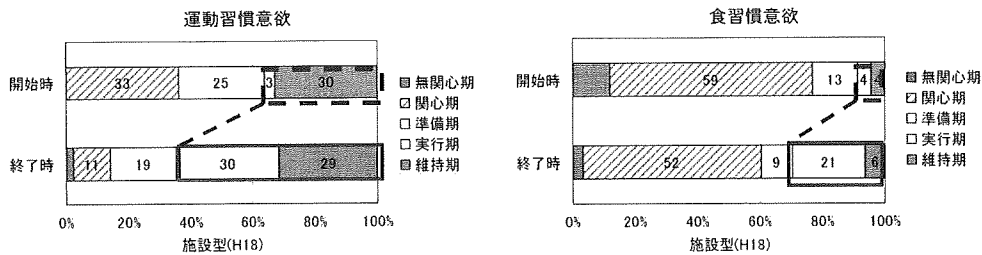
Ⅰ. 健康増進施設を活用した保健指導の効果
~愛知県県民トータルケア事業から~

特定保健指導のプレ事業として、平成18~19年度に健康増進施設を活用した保健指導 (積極的支援型) の効果検証を行った。

【対象】大府市、北名古屋市、東浦町の40~64歳の国保加入者のうち、血圧、脂質、血糖、肥満等の動脈硬化リスクを重複して持つものを対象とした。健康増進施設型に参加したものは、平成18年度91名 (男性39名、女性51名)、平成19年度91名 (男性43名、女性48名) であった。

【方法】事前にメディカルチェックと生活習慣アセスメントを実施、結果説明、メタボリックシンドローム改善のための行動目標を設定した。その後、当センター内の健康増進施設に週1回健康増進施設に通い、健康運動指導士によるサポートを3ヶ月間実施した。3ヶ月の継続期間中、毎日体重や歩数、間食回数、目標の自己評価を記録表に記入してもらい、健康運動指導士が確認した。家庭実践記録表や対象者との会話の中で、生活習慣の変化を把握し、実施状況に合わせて目標の変更を促した。平成18年度は健康運動指導士のための継続支援、平成19年度は健康運動指導士の支援に加えて、管理栄養士による食生活指導を1回実施した。また継続支援の方法として、運動だけでなく、食生活についての実施状況についても確認できるようにマニュアルを作成した。

●18年度 (n=91) 運動支援のみ



●19年度 (n=91) 運動支援を中心とするが、食事指導を1回加えた。運動指導時に食生活についての実施状況も確認

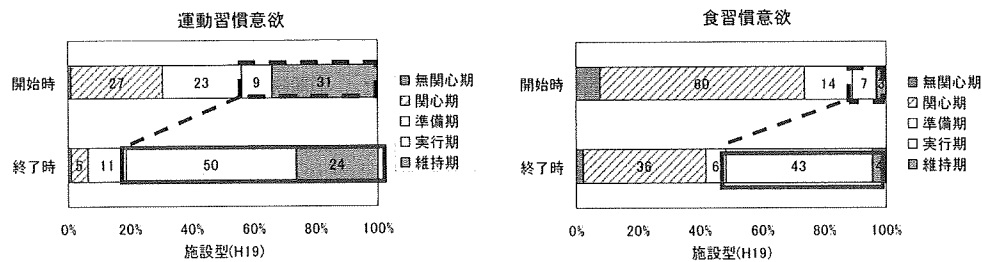


図1 健康増進施設を活用した保健指導プログラム生活習慣改善意欲の変化

【結果】行動変容ステージの変化を比較すると、平成18年度は運動習慣のステージにおいて実行期が増加したものの、食習慣のステージは関心期にとどまるものが多かった。平成19年度では運動習慣のみならず、食習慣のステージが向上しているものが多かった(図1)。メタボリックシンドローム該当者の減少率を比較すると、18年度は30.8%、19年度は46.2%であり、介入の前後(3ヶ月間)で有意に改善した項目数も増加した(図2)。

【考察】メタボリックシンドロームは男性に該当者が多く、勤労者でも継続しやすい保健指導プログラムが必要となる。今回、教室型、健康増進施設型、IT型の三つのパターンで募集をかけたが、男性では健康増進施設型を希望するものが最も多かった。運動

を中心とするというプログラムの特性、ならびに、いつでも自分の都合のよい時間に参加できるという利便性が好まれたものと考えられる。

今回は、健康増進施設を活用した保健指導の実施方法の違いによる効果を検証した。プログラム中の事故や脱落はなく、全員最終評価まで継続できた。保健指導プログラムの効果では、運動だけの支援の場合(平成18年度)と比較すると、1回でも食生活改善指導を行うこと(平成19年度)により、食習慣改善意欲の向上やメタボリックシンドロームの減少効果が増大した。このことから、特定保健指導において、健康増進施設を活用したプログラムを実施する場合にも、運動だけでなく食生活についてもサポートできる体制が必要であると考えられた。

ただし、平成19年度の実施方法は、前年度の経験をもとに一部修正したものであり、食生活指導以外にもプログラム運営面における経験の効果が否定できないこと、対象者の男女比が若干異なることなどが課題であり、今後更なる検討を要すると考えている。

図2 メタボリックシンドローム該当者数の変化
健康増進施設を活用した保健指導プログラムの検証：
18年度と19年度の比較

年度	人数 (男・女)	年齢(歳)	MetS該当者減少率	MetS該当者+予備群減少率
18年度	91 (39・52)	57.0±7.8	30.8% 26人 ⇒ 18人	4.3% 46人 ⇒ 44人
19年度	91 (43・48)	58.1±7.2	46.2% 26人 ⇒ 14人	14.6% 48人 ⇒ 41人

●有意に改善した検査項目

- <18年度> 体重、BMI、腹囲(男性)、HbA1c、γGTP
- <19年度> 体重、BMI、腹囲(男性)、腹囲(女性)、収縮期血圧、拡張期血圧、HDLコレステロール、トリグリセリド、空腹時血糖、HbA1c、AST、γGTP

II. 中高年における運動時の事故と安全確保

【目的】健康運動指導士が経験した内科的事故と健康増進施設における安全管理の現状を調査し、安全に運動指導できる体制について検討した。

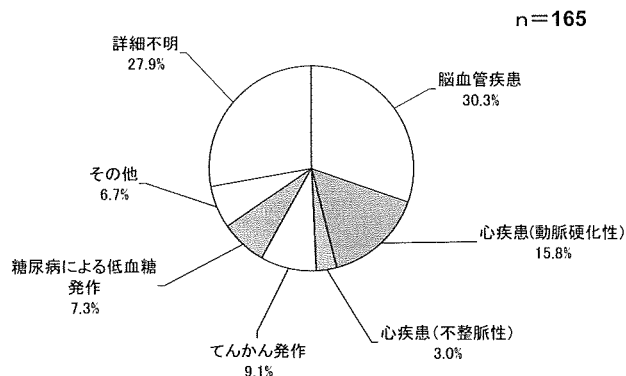


図3 健康運動指導士が遭遇した内科的事故の疾患分類
健康運動指導士1,617人のうち、内科的事故に遭遇した165人の記述より
津下・松本

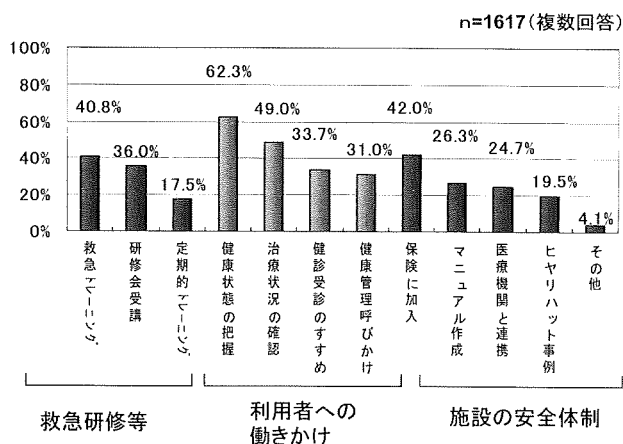


図4 健康運動指導士が行っている事故対策

【方法】健康運動指導士6,210名を対象に、運動指導の状況、事故・ヒヤリハット事例、運動指導中の安全管理・危険だと感じる事、安全確保に必要な体制等のアンケートを実施し、1,955名より回答を得た（回収率31.5%）。解析は指導経験のある健康運動指導士1,617名で行った。

【結果】指導中に危険を感じたことがある指導員は55.4%（896人）で、指導中の事故経験は25.0%（404人）であった。内科的事故は、死亡17例、心肺停止8例、意識低下42例、疾患別では虚血性心疾患20例、クモ膜下出血20例、脳梗塞19例であった（図3）。事故に遭遇した指導員のうち、31.4%（127人）が自責の念にかられたと回答した。安全管理体制としては、救命救急トレーニングは38.8%で受けているが、定期的な実施は17.5%、マニュアル作成26.3%、ヒヤリハット事例の検討19.5%であった（図4）。

【考察】中高年に対して運動指導している健康運動

指導士を対象に、運動中の事故について思い出し法でアンケート調査を行った。時期や詳細については自由記述としたため、更なる分析が必要であるが、有効回答者の約半数が指導中に危険を感じ、約10%が内科的な事故による救急搬送事例を経験していた。未回答者すべてが事故に遭遇していないと想定しても、2.6%が事故に遭遇していることになり、まねなことではないことがわかる。運動指導時のリスク管理が重要であると考えられる。

メタボリックシンドロームをはじめとする生活習慣病患者は潜在的に動脈硬化が進行している可能性があること、運動習慣がない人が運動を開始することなどから、一般の人に対する運動指導よりもリスクが高い可能性が否定できない。運動による事故を未然に回避するために、運動指導者は安全性を十分に考慮して、運動プログラムの管理を行わなければならない。対象者の身体状況を把握する（図5）

図5 生活習慣病 運動指導前の情報収集

項目	注意すべきポイント
病歴	心臓病などの指摘を受けたことがあるか？ 治療中の病気（高血圧、糖尿病など） 内服薬の有無、種類 主治医の指示（運動制限？ 運動を勧められているか？）
自覚症状	運動中や終了後などに胸苦しさを感じたり、意識を失ったりしたことがないか？ 足、膝、腰などの痛みやしびれ 運動で症状が悪化するか？
家族歴	血縁者に突然死や、50歳以下で心血管疾患となった人がいるか？
健診	定期的に健診を受けているか？ 受けている場合には、血液検査、心電図、眼底などの異常の有無

図6 身体状況によるリスク分類と管理体制

	状況	例	ジムでの対応	その他
0	疾患なし		一般的な説明と管理	健康度評価・教室勸奨
1	運動に障害となる疾患なし	高脂血症単独、白衣性高血圧、脂肪肝、肥満 (BMI<30)		
2	若干の注意を要するもの	高度肥満、コントロール良好な糖尿病 (薬なし)	運動種目、強度などへ配慮	
3	運動実施上注意を要するもの	治療中の糖尿病、高血圧	服薬状況の確認、コントロール状況の確認、運動種目・強度についての指導、運動後の状況確認	紹介状の依頼 主治医との連携
4	運動実施中、絶えず注意を払うべきもの	合併症のある糖尿病、コントロール不良な糖尿病・高血圧症、大血管障害の既往あり (安定期)		
5	運動による病状の悪化、事故をきたす恐れがあるもの	進行した合併症をもつもの (増殖網膜症、腎不全など)、心血管イベントの直後、大動脈瘤など	原則としてトレーニング不可	

(あいち健康プラザ)

とともに、運動の目的をよく考慮して、対象者に適した安全で効果的な運動プログラムを提供することが大切である (図6)⁶⁾。また、運動指導前の体調チェック、運動中の対象者の観察とそれに応じた指導、万一事故が起こった場合のすみやかな救急対応などの安全管理体制を整備することも重要である。

今回の調査では、救急トレーニングの定期的な実施者はいまだ少なく、安全管理マニュアルの整備も不十分な状況が示唆された。救命措置の手順、救急隊や家族への連絡方法、職員の役割と連絡体制、事故記録の作成、保険等の事務手続き等を記載した救急対応マニュアルの整備が急務であると考えられた。

参考文献

- 1) 運動所要量・運動指針の策定検討会：健康づくりのための運動基準2006～身体活動・運動・体力～。2006年7月 厚生労働省
- 2) 運動所要量・運動指針の策定検討会：健康づくりのための運動指針2006～生活習慣病予防のために～ (エクササイズガイド2006)。2006年7月 厚生労働省
- 3) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会：「健康日本21」中間評価報告書。2007年4月10日 厚生労働省
- 4) 厚生労働省健康局。標準的な健診・保健指導プログラム。2007
- 5) 厚生労働省保険局。特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き。2007
- 6) 津下一代。評価方法と運動処方。特定保健指導における運動指導マニュアル。123-149。NPO 法人日本健康運動指導士会。サンライフ出版。2007

特定健診・保健指導の実際

Method of New Health Checkup and Guidance

津下 一代

JJCLA Vol.34-No.2 2009

日本臨床検査自動化学会会誌 別刷

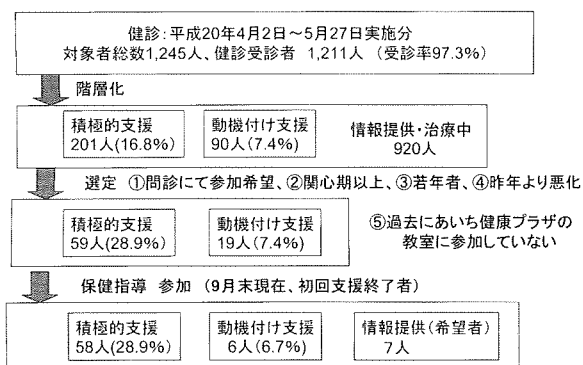


Fig. 4 保健指導対象者の選定 A 健保組合の場合

とが重要である (Fig. 3)。

② 保健指導対象者の選定・受診勧奨者への対応

階層化基準に基づいて判定する。保健指導対象者の優先順位を検討するため、さらに詳細に分析することもある (Fig. 4)。健保によっては、標準問診を活用して生活習慣改善に対する準備度を確認したり、前年度データと比較して悪化した人から保健指導を勧奨するなどの方策をとっている場合がある。メタボリックシンドローム (MetS) 以外の生活習慣病に対する対応、受診勧奨判定値を超えた人に対する対応なども検討しておかねばならない。

③ 行動変容を促す保健指導への活用 (Fig. 5)

動脈硬化リスク因子の重複、検査データの推移などから、対象者自らが健康管理の重要性を認識できるよう、

一般の人にもわかりやすいデータの提供が求められる。生活習慣と検査データの関連を理解することにより、自らの健康と生活に関心を持ち、見通しを持って目標を設定できるように支援する。Fig. 6～8 は当センターで開発した保健指導のためのアセスメントソフトで、検査結果をわかりやすく表示したり、食生活や運動習慣の状況を図表で表示することにより、受診者自らが自分の生活を客観視したうえで行動目標を設定することに役立っている。

特定保健指導では、体重の4%程度の減量によりアディポネクチンの増加がみられ、MetS離脱の可能性が高くなることを参考にして、減量目標の設定を促す。それを1日あたりのエネルギー収支にブレイクダウンし、具体的な行動計画を定めるなどの方法が考えられる。対象者はセルフモニタリングをおこない、継続的に保健指導者からの支援を受けて習慣化をめざす。

④ 保健指導事業の評価

保健指導の質を高めるためには、保健指導効果を検証し、保健指導者の資質の向上、対象者にあったプログラムや教材の開発を進めていく必要がある。保健指導対象者の意欲、生活習慣 (食生活、身体活動、喫煙、飲酒等)、体重・腹囲、検査データ、MetS判定などを評価指標として、保健指導事業を評価する。図10は平成18年におこなった試行事業 (愛知県民トータルケア事業) の1年後の評価結果であるが、減量した体重の維持に成功しているとともに、脂質、血糖等の改善状態が継続している。

これをもとに、運営体制・保健指導プログラム開発・

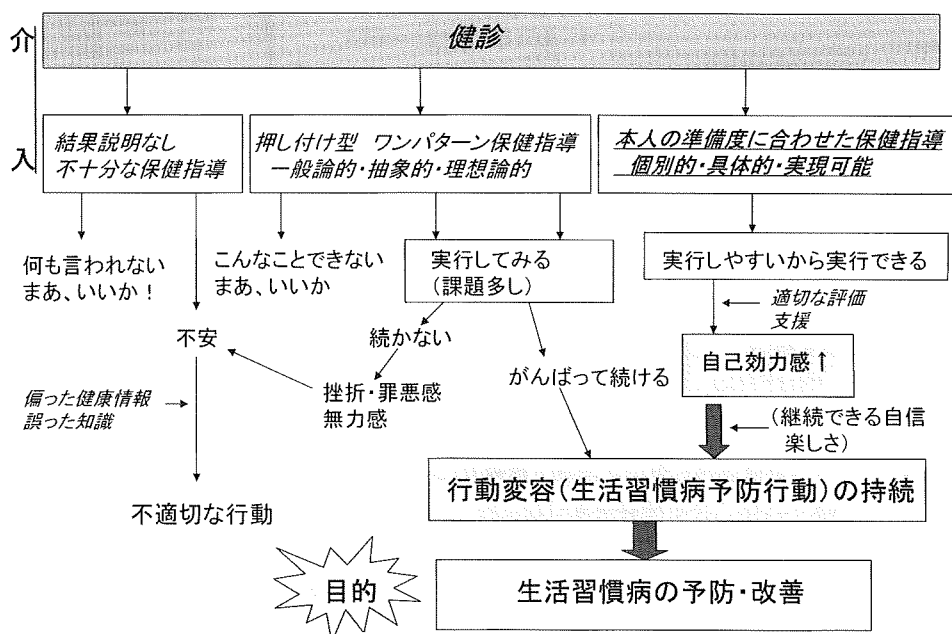


Fig. 5 保健指導と行動変容・生活習慣病予防

(財)愛知県健康づくり振興事業団
「ヘルツェ」質問項目

みなさんの
データ

現病歴

- 家族歴
- 体重が一番重かった年齢とその時の体重
- ダイエット歴
- 減量の意思
- 過去喫煙歴（非喫煙者向）
- 家族構成
- 仕事内容
- 健康感

朝

- 起床時間
- 休養について
- 喫煙について（喫煙者向）
- 朝食について
- 食事にかかる時間
- 通勤方法

昼

- 昼食について
- 食事にかかる時間
- 外出について（主婦等）

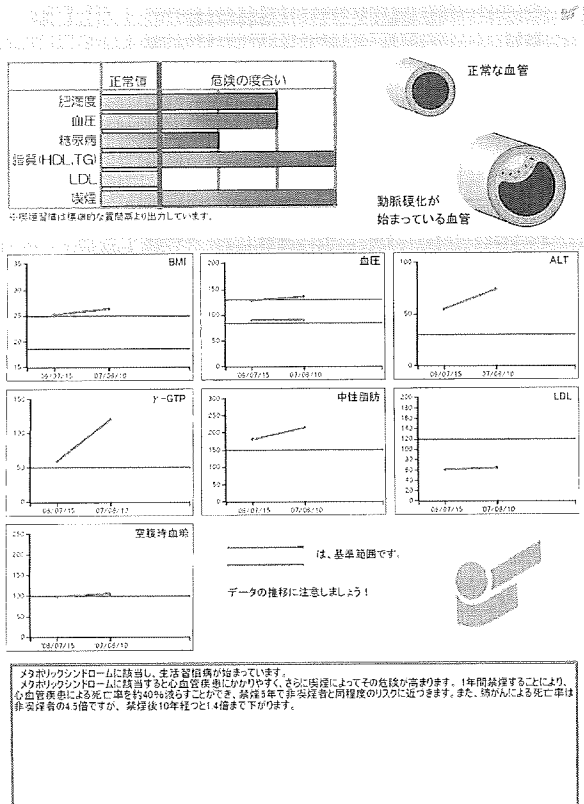
夕

- 夕食について
- 食事にかかる時間
- 飲酒について（ステージモデル）
- 毎日の活動
- 定期的な運動
- 一日の歩数
- 運動について（ステージモデル）

夜

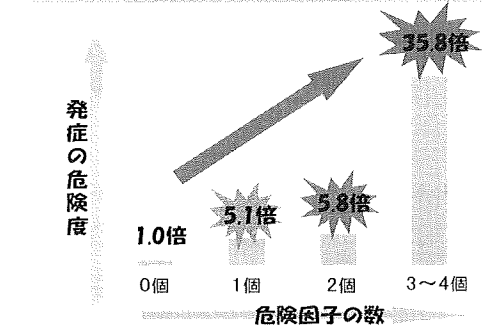
- 間食、夜食について
- 食習慣について（ステージモデル）
- 睡眠について
- 就寝時間

Fig. 6 保健指導前のアセスメント



動脈硬化の危険度を示す図

リスク数 → リスクの重なり度をチェック



検査データの推移

健診・検査のコメント
※自動出力

Fig. 7 保健指導のための結果表

前回受診日 2006年07月30日 今回受診日 2008年04月01日

食事結果表

ID	12345678901	氏名	ケンコウタロウ	様性別	男	生年月日	1960年04月06日	年齢	47歳
----	-------------	----	---------	-----	---	------	-------------	----	-----

身長(cm)	166.0	年齢	47	活動レベル	I(低い)	腹囲(cm)	90.0	体重(kg)	72.4	BMI	26.3
標準体重(kg)	60.6	今回	46	前回	I(低い)	85.0	69.5	25.2			

区分	適正量	摂取量	適正範囲	適正量に対する過剰割合(%)						
				120	140	160	180	200	250	300~
食事全体	1818 kcal	2486 kcal								
脂質	48.5 g	74.4 g								
脂肪エネルギー比率	20~25%	29%								
夕食	639 kcal	1297 kcal								
菓子・嗜好飲料	200kcal(上限)	389 kcal								

あなたの支援レベルは？ 今回: ● 前回: ▲

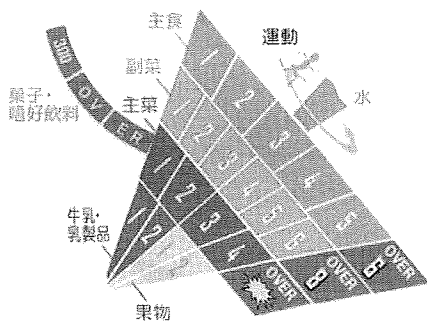
追加リスク数	0	1	2	3	4
男性 ≥ 95cm				▲	●
女性 ≥ 90cm					●
25 ≤ BMI					●

情報提供 動機付け支援 積極的支援

区分	リスク有	薬物治療	受診動向
血圧	●		● ▲
脂質	● ▲		
糖代謝	●		
喫煙	● ▲		

2 食習慣	ステージ	食習慣	改善法
今回	(関心期)		
前回	(準備期)	昼食時間が10分以内。	食事を食べるスピードはゆっくりを心がける。

3 食事バランス



区分	1日適正SV数	今回SV数					前回SV数
		朝	昼	夕	夜	計	
主食	5	1.0	3.1	2.0	0.0	6.1	5.1
副菜	6	0.6	2.7	4.3	0.0	7.6	4.6
主菜	4	0.0	2.7	4.8	0.0	7.5	6.3
牛乳・乳製品	2	0.0	0.0	2.4	0.0	2.4	2.1
果物	2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

菓子・嗜好飲料 (ヒモ部分)	摂取量 (kcal)		摂取したエネルギーを運動で消費するために要する時間
	今回	前回	
計	389	389	
洋菓子類	184	184	
和菓子類	0	0	普通歩行 (3メッツ) 154分
スナック菓子・ナッツ類	0	0	速歩 (4メッツ) 102分
清涼飲料水	5	5	
アルコール類	200	200	
	(190ml)	(190ml)	

食事は量と質のバランスが肝心、あなたのコマはバランスよく回転していますか？「食事バランスガイド」を使って判定してあります。コマのパーツが多かったり、不足しているコマは上手に回転しません。どんな料理を食べ過ぎているのか、またはどんな料理が不足しているのか確認してみましょう。コマの内部の数字があなたの適量です。コマのひもは菓子・嗜好飲料を渡します。生活の楽しみとして捉えますが、太りやすい食品が多く、量には留意しましょう。摂ったとしても100~200kcalを目安にしましょう。

野菜(緑黄色野菜・その他野菜)	今回 499g	前回 320g
-----------------	---------	---------

増やす食べ物	減らす食べ物
<ul style="list-style-type: none"> ● 乳類 ● 果実類 ● 魚介類 ● 豆類 ● 卵類 	<ul style="list-style-type: none"> △ 肉類 △ 油類

●印の食品は増やしたとしても適量にとどめることが大切です。
△印の食品は減らしたとしても適量とされる量は必ずとることが大切です。

Fig. 8 保健指導のための結果表；食事摂取状況

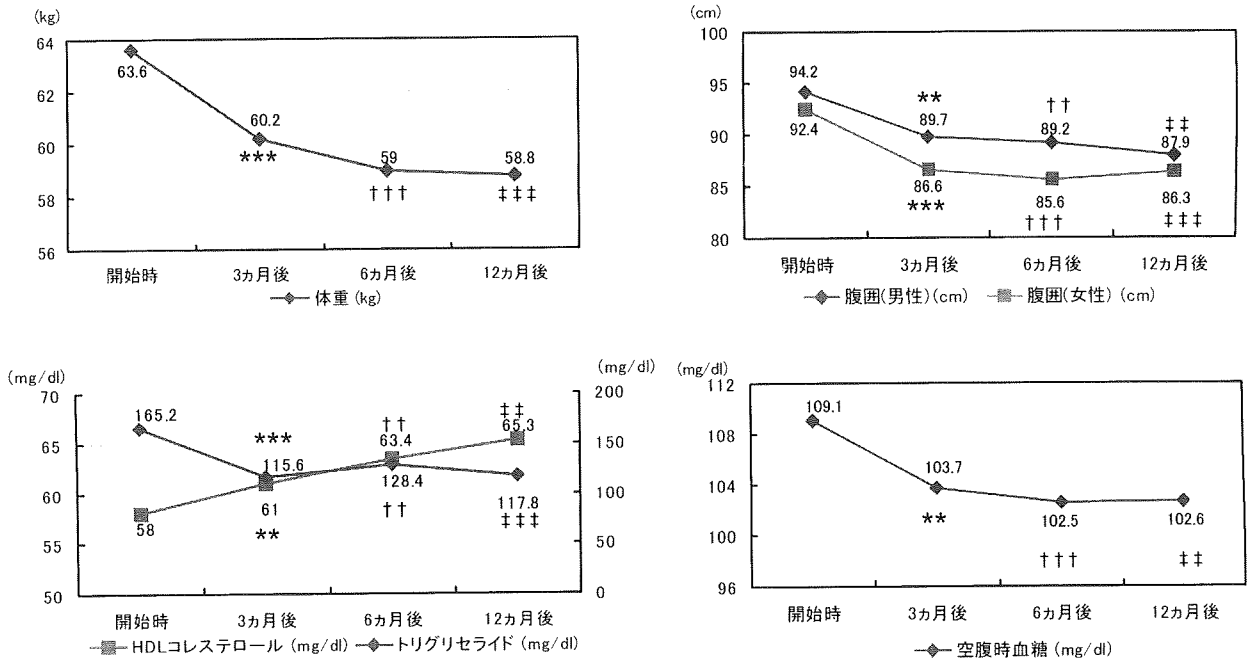


Fig. 9 18年度教室型参加者の1年間の追跡調査

指導者資質向上研修等、保健指導の品質マネジメントシステムを継続的に改善するような組織構造の構築が必要である。

特定保健指導の目的は6ヵ月間で減量を目指すことだけではなく、健診データを活用しつつ健康を維持できるような管理手法を身につけることである (Fig. 10)。
 本年は新制度の初年度ということもあり、情報システムなどのインフラ整備も成長過程にあるため、現場では手探り状態で事業を開始している状況ではある。今後、分析→実施→評価→改善・開発のサイクルを進めていくことにより、効果的かつ効率的な疾病対策に成長させていくことが重要であると考えられる。

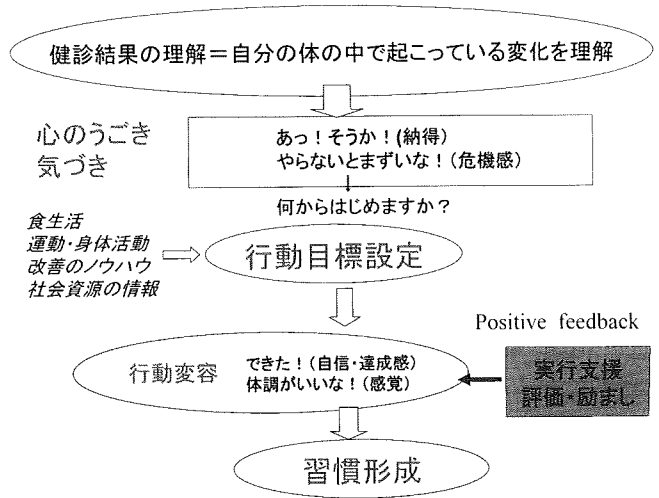


Fig. 10 保健指導のプロセス

Tsushita

最新医学・別冊 新しい診断と治療のABC 59 (別刷)

肥 満 症

第4章 管理・治療

メタボリックシンドロームと特定保健指導

津 下 一 代

最 新 医 学 社

第4章 管理・治療**メタボリックシンドロームと特定保健指導****要旨**

メタボリックシンドロームの概念を活用して生活習慣病の予防を目指す政策が平成 20 年度に始まった。健診結果から肥満と動脈硬化リスクの重複に基づいて階層化し，“情報提供”，“動機付け支援”，“積極的支援”，“受診勧奨”を行う。保健指導では ① 本人が健診結果を理解して体の変化に気づき，② 生活習慣を振り返って課題を発見し，③ 行動目標を立て，④ 実行・継続できるような支援を行うことが大切である。

はじめに

平成 20 年度からメタボリックシンドロームの概念に基づく特定健診・特定保健指導が開始され，健康保険組合などの医療保険者が生活習慣病対策の重要な担い手となる政策が開始された。本稿では，公的な健診のあり方を踏まえ，特定健診・特定保健指導の概要と実際について紹介する。

公的健診の考え方と特定健診・特定保健指導の目的

健診は大きく分けると，“公的健診（法定健診）”と“任意健診”の 2 種類に分類される。前者は，国民の健康課題を解決するために医療政策的に実施する健診であり，実施主体や対象者，方法などについて国が法律に定めているものである。健診実施主体である事業主や市町村，医療保険者は，健診受診率を高め，疾病予防に努める義務が課せられる。一方，人間ドックや脳ドックなどは“任意健診”に位置づけられ，自らが心配する病気に対して任意に実施するものであり，検査項目や実施方法について政府が法律で定めているものではない。

これまで我が国では，老人保健法，労働安全衛生法，健康保険法などに基づく法定健診が実施されてきたが，健診後の介入方法やその効

● キーワード

メタボリックシンドローム

特定健診

特定保健指導

行動変容

表1 健康診断が有用性を持つ条件（文献¹⁾より引用改変）

目的疾患
(1) 対象集団の中で目的疾患の有病率が高い
(2) 目的疾患が慢性疾患で、潜伏期が長く、予後不良
検査およびその後の精密検査
(3) 検査の費用・侵襲が大きくなり、受診の利便性が高い
(4) 検査の有効性が高い
介入
(5) 治療や保健指導により改善の可能性がある
(6) 治療や保健指導の結果、改善率・防御率・治癒率が高い

果についての検証が不十分であった。近年、健診制度のあり方について有効性と有用性の検証が必要であると指摘されているように、目的を明確にし、費用対効果の良い健診を行うことが求められるようになってきた（表1）¹⁾。

平成20年度から始まった特定健診・特定保健指導は、生

活習慣病対策として“公的健診”に位置づけられているものであり、『高齢者の医療の確保に関する法律』に基づき、医療保険者は、40歳以上75歳未満の加入者に対して実施することとなっている。その背景には、ライフスタイルの変化に伴って肥満者や糖尿病患者が増加し、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全などによる死亡や障害が増加していることが挙げられる。

我が国では平成12年より『健康日本21』などの国民健康づくり運動を展開してきたが、平成19年の中間評価において、身体活動量の低下、野菜摂取量の減少、男性における肥満者の増加、糖尿病の増加などについて歯止めがかからない状況が明らかになった²⁾。今後、さらに高齢化が進行するにつれ、生活習慣病関連医療費が増加することが予測されており、医療政策上の重要課題として位置づけられたのである。

また、従来の健診では、2次予防すなわち「病気を発見し、治療につなげる健診」に重点が置かれ、予備群は医療者の関心の外にあったわけだが、特定健診では1次予防、すなわち「メタボリックシンドロームの概念に基づいてハイリスク者を検出、適切な保健指導により生活習慣改善を促し、糖尿病や心血管疾患を未然に予防すること」を重視し、疾病の発症を未然に防ぐ役割を期待されている。

健診・保健指導の実施主体が医療保険者となり、これらの保健事業には保険料財源が主に用いられることになる。つまり、医療保険者が予防から医療への連続的な視点の中で事業評価を行うことが制度の中に組み込まれているのである。健診受診率、保健指導実施率、メタボ

リックシンドローム減少率などの指標を、保険者に対する保健活動評価指標として設定している。

メタボリックシンドロームに着目する意義と政策策定

メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪が蓄積することにより、糖・脂質代謝異常、高血圧をもたらし、糖尿病や心血管疾患などを引き起すハイリスクグループとして定義される³⁾。一方、メタボリックシンドロームでは、生活習慣改善によって内臓脂肪を減少させることにより、アディポサイトカインの分泌動態を改善し、糖尿病などの発症予防につながる事が報告されている⁴⁾。

近年、肥満者に対する生活習慣介入研究において、行動科学的な手法を用いた生活習慣介入により、減量効果ならびに糖尿病発症率の低減を得たという研究成果が集積している⁵⁾。メタボリックシンドロームでは、体重増加と検査データの悪化との関連から生活習慣が健康状態へ及ぼす影響を理解しやすいこと、減量により検査データの改善を期待できるため、明確な目標を立てることができるとことなど⁶⁾、本人への行動変容の動機付けと継続支援の方法をある程度標準化することが可能であると考えられる。さらに、国保ヘルスアップ事業などの市町村における保健事業の取組みや企業・健保における効果的な保健活動事例などの収集を行い、実現可能性についての検討も重ねてきた。

筆者もメンバーの1人として厚生労働省健康局の検討会に参加し、『標準的な健診・保健指導プログラム』と学習教材、事例集を作成、本制度導入の基礎作りを行った⁷⁾。これに基づき、厚生労働省保険局より『特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き』が発行され、健診・保健指導の実施方法が定められた⁸⁾。

特定健診から保健指導への流れ

図1に、医療保険者が行う実施計画策定から、特定健診・保健指導、事業評価までの流れを示す。

特定健診においては、血液検査、問診などの健診項目を標準化し、必須項目を定めている(図2, 表2)。判定基準についても、これまで個々の検査機関でばらつきがみられたが、今回は保健指導判定値、受診勧奨判定値を定め(表3)、さらに保健指導対象者の選定基準と

図1 特定健診・特定保健指導制度

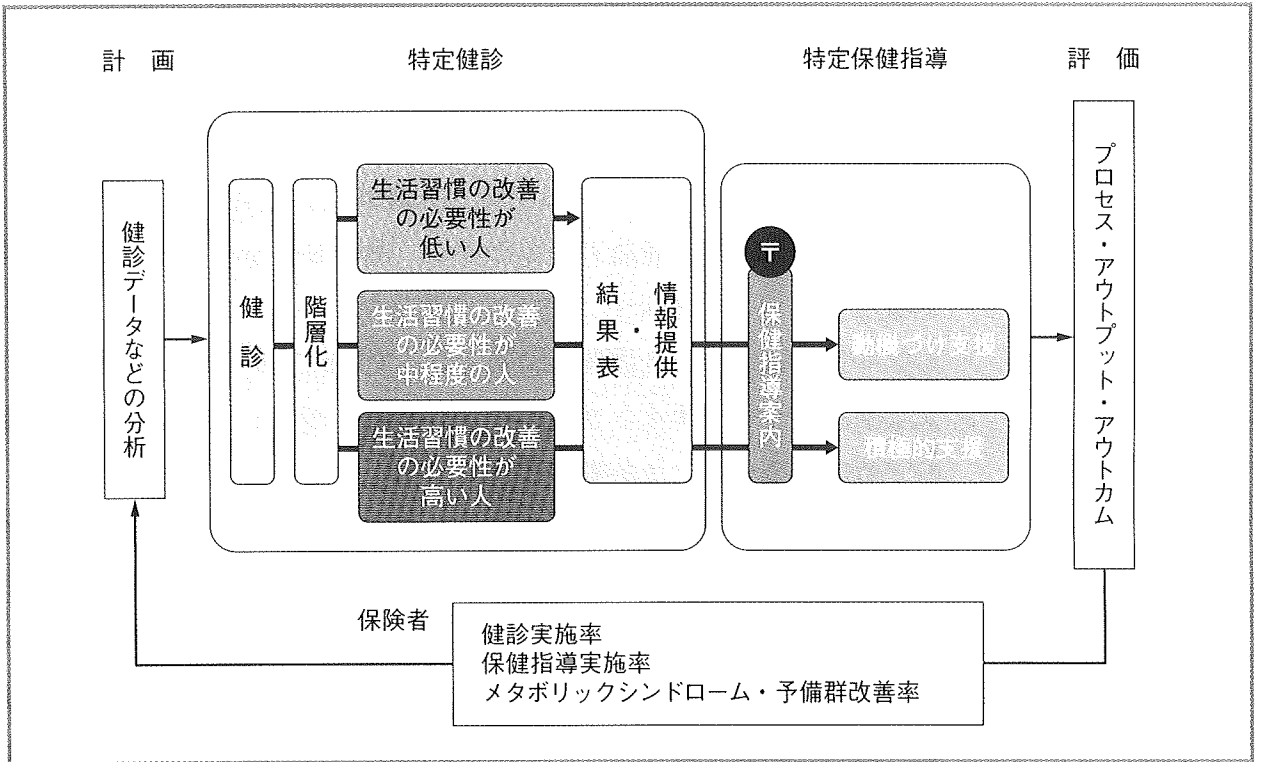


図2 特定健康診査の項目 (文献⁷⁾より引用)

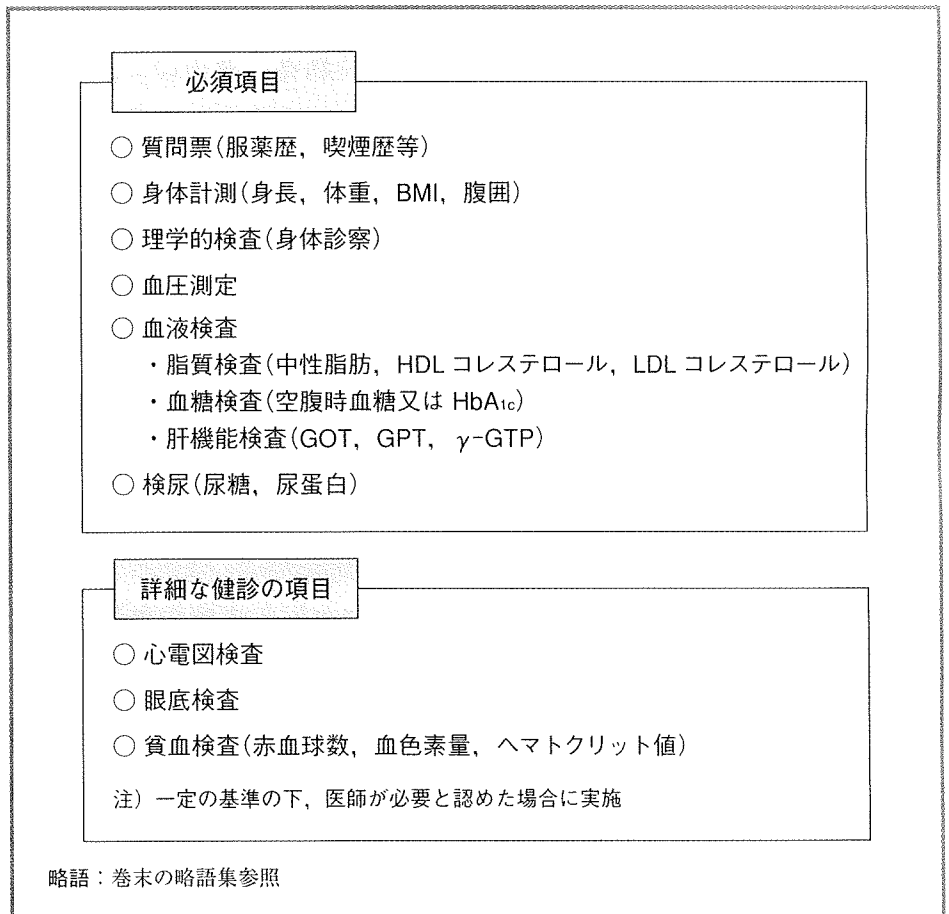


表2 標準的な質問票（文献⁷⁾より引用改変）

番号	質問項目
1~3	現在、a から c の薬の使用の有無
1	a. 血圧を下げる薬
2	b. インスリン注射または血糖を下げる薬
3	c. コレステロールを下げる薬
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞など）にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか。
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞など）にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか。
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているとされたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。
7	医師から、貧血と言われたことがある。
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。（*「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、または6ヵ月以上吸っている者」であり、最近1ヵ月間も吸っている者）
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。
10	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。
11	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施。
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。
14	人と比較して食べる速度が速い。
15	就寝前2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。
16	夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある。
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。
18	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒）を飲む頻度
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量
20	睡眠で休養が十分とれている。
21	運動や食生活などの生活習慣を改善してみようと思いませんか。
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。

必須

表3 健診検査項目判定値（文献⁷⁾より引用改変）

項目名	保健指導判定値	受診勧奨判定値	単位
血圧（収縮期）	130	140	mmHg
血圧（拡張期）	85	90	mmHg
中性脂肪	150	300	mg / dl
HDL コレステロール	39	34	mg / dl
LDL コレステロール	120	140	mg / dl
空腹時血糖	100	126	mg / dl
HbA _{1c}	5.2	6.1	%
AST (GOT)	31	51	U / L
ALT (GPT)	31	51	U / L
γ-GT (γ-GTP)	51	101	U / L
血色素量 [ヘモグロビン値]	13.0 (男性) 12.0 (女性)	12.0 (男性) 11.0 (女性)	g / dl

略語：巻末の略語集参照

して、肥満のうえに、検査データ異常（血糖、血圧、脂質）、喫煙などのリスク重複状況に応じて保健指導を重点化する階層化基準を定めている（図3）。

健診の結果はすべての受診者に対して情報提供される（図1）。健診結果説明やその理解を深めるためのパンフレットなどの資料を提供し、受診者が自らの健康に関心を持つような働きかけを行う。

健診を実施する医師は、階層化基準に基づき保健指導対象者を抽出するだけでなく、肥満ではない生活習慣病患者に対し、受診勧奨を適切に行うことも重要な役割となる。階層化された対象者においても、受診勧奨判定値を著しく超えて治療を急ぐ場合には、特定保健指導ではなく受診勧奨を優先する⁹⁾。医療保険者によっては、財源の問題や保健指導の効率を高めるために、階層化された対象者の中でさらに支援（保健指導）の優先順位を決めることがあり、健保に関係する医療者は適切な判断をすることが求められる。

保健事業評価指標として、メタボリックシンドローム該当者・予備