

全国データ解析結果による 特定健診保健指導の初年度評価

地域のメタボ対策の検証

今井 博久

はじめに

平成20年度から特定健診保健指導制度が開始された。これまで少数の特定の医療保険者における先行実施事例や成功美談事例がしばしば報告されてきた。制度開始当初にはこうした報告であっても一定の意義はあっただろう。しかしながら、すでに2年以上が経過した現時点で強く求められるのは「真実の結果」である。一部の特殊な事例や成功した事例のデータではなく、例えば全国から大規模に収集されたデータの平均値や改善幅などの解析結果であろう。

本稿は全国規模の特定健診保健指導のデータを解析して算出された、最初の結果を示すものである。

全国データによる解析

全国の7つの地域、すなわち北海道-東北-関東-近畿-中国-四国-九州からモデル都道府県を設定して、それぞれの都道府県の市町村国保加入者から40万人規模の特定健診受診者のデータを収集し解析を行い、特定保健指導の実施初年度の評価、特に保健指導の介入により検査項目がどの程度改善したかを明らかにすることを目的とした。

実施方法

モデルとした都道府県は、北海道、岩手県、東京都、三重県、山口県、香川県、高知県、宮崎県である。これらの都道府県における市町村の国保

加入者で、40歳以上74歳までの特定健診受診者：383,430人、そのうち特定保健指導対象者：60,964人(内訳は保健指導を受けた人：12,080人、保健指導参加を受けなかった人：48,884人)として解析が行われた。平成20年度および21年度の特定健診データ、平成20年度の特定保健指導データを使用し、保健指導を受けた人と受けていない人を比較して、保健指導の効果について評価を行った。上述した都道府県に出向き、私たちが準備した突合ツールソフトを用い、直接それぞれの市町村から各種のデータを入手し、体重や腹囲の平均値や改善程度、血糖値/脂質類等の平均値や改善程度などを算出した。

本稿では平成20年度および21年度の特定健診による平均値について、保健指導を受けた群と受けなかった群を比較した図を示した(図1：男性1~6, 図2：女性7~12)。本研究の実施に際しては、研究の遂行、研究結果の公表など、すべての過程において、すべて連結不可能匿名化された。また疫学倫理指針を厳密に遵守した。

制度初年度の成果

1. 体重と腹囲

保健指導を受けた人における平成20年度および平成21年度の全国のそれぞれの平均値は、体重では男性：69.2kg, 67.3kgで、したがって変化分(差)は-1.65kg(2.38%減少)、女性：60.5kg, 58.5kgで、変化分(差)は-1.79kg(2.95%減

いまい ひろひさ：国立保健医療科学院疫学部 連絡先：☎351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

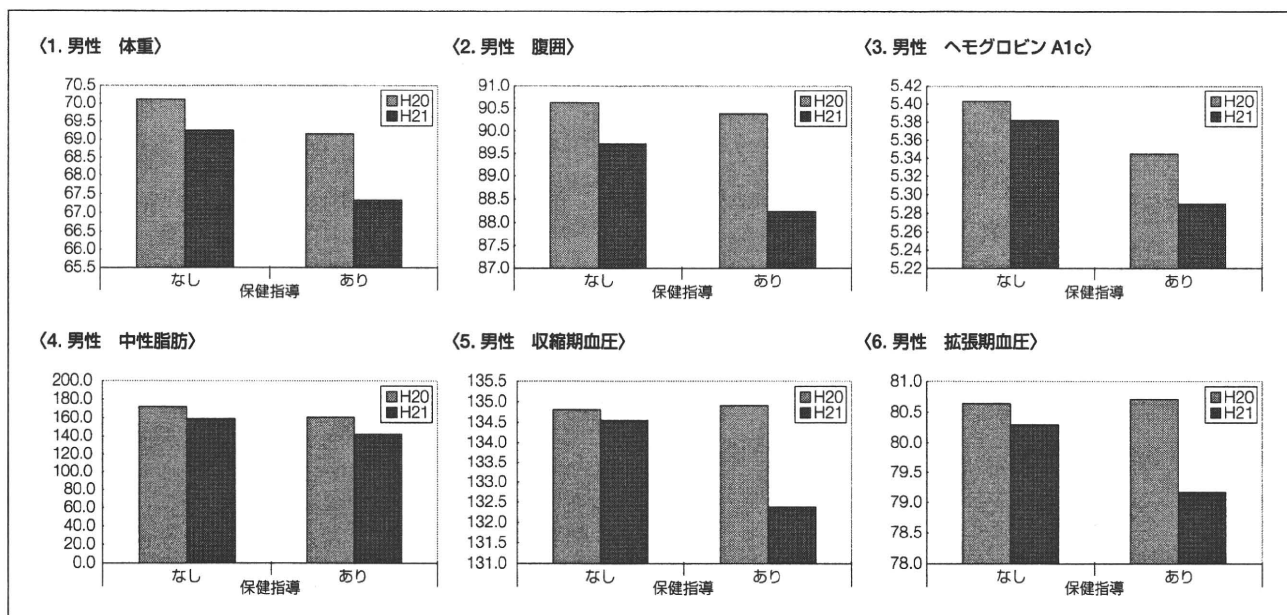


図1 保健指導の効果(男性)

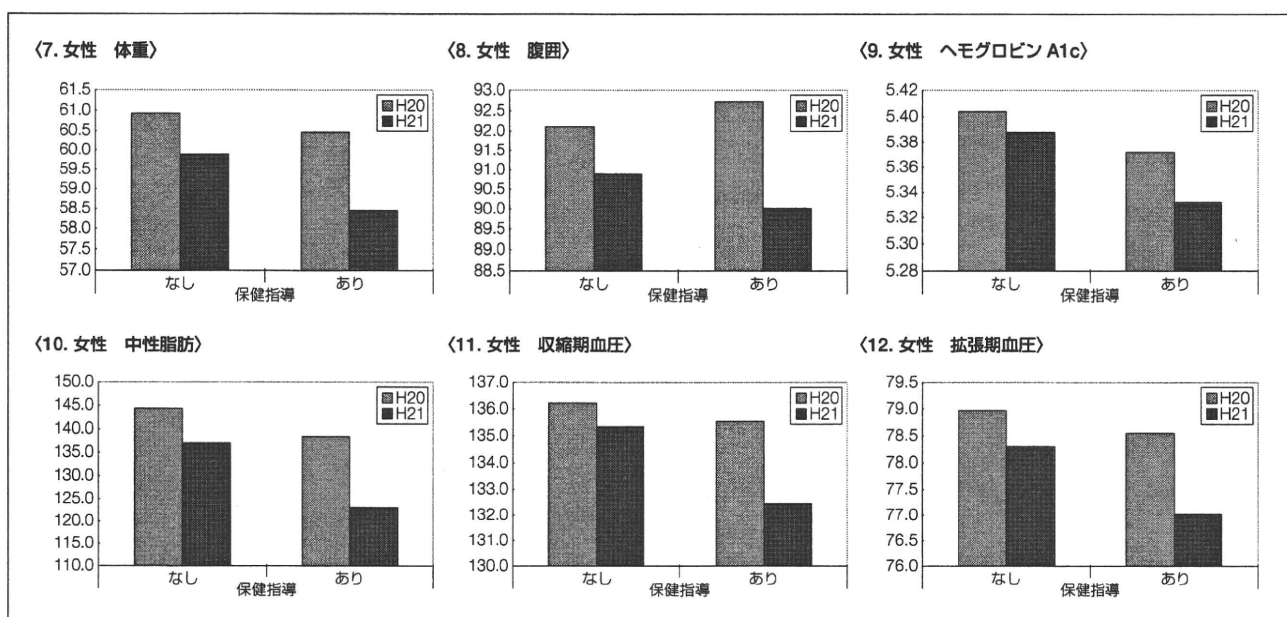


図2 保健指導の効果(女性)

少)であった。変化分とは平成21年度との差を表し、保健指導による効果(改善分)である。他方、保健指導を受けなかった人におけるそれらは、体重では男性：70.1 kg, 69.3 kg で、変化分は -0.49 kg (0.69% 減少), 女性：60.5 kg, 58.5 kg, 変化分は -0.61 kg (1.00% 減少)であった。以下では平成20年度平均値、翌年度との変化分(差)を示した。

保健指導を受けた人における腹囲の値は、男

性：90.4 cm, 変化分は -2.01 cm (2.22% 減少), 女性：92.7 cm, 変化分は -2.48 cm (2.67% 減少)であった。他方、保健指導を受けなかった人におけるそれらは、男性：90.6 cm, 変化分は -0.71 cm (0.78% 減少), 女性：92.1 cm, 変化分は -0.96 cm (1.04% 減少)であった。

2. 血糖値(HbA1c)と中性脂肪

血糖値のHbA1cでは男性：5.35%, 変化分は -0.042% (0.79% 減少), 女性：5.37%, 変化分では

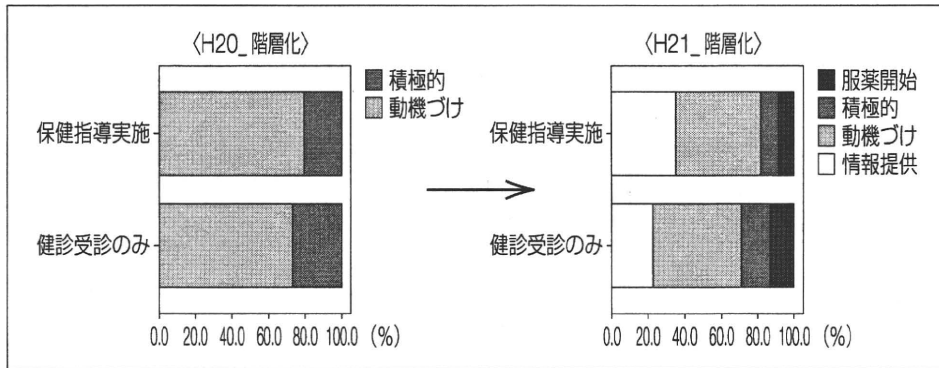


図3 平成20年から21年における階層別の変化

-0.034%(0.63%減少)であった。他方、保健指導を受けなかった人におけるそれらは、男性：5.40%、変化分は-0.021%(0.39%減少)、女性：5.37%、変化分では-0.016%(0.30%減少)であった。

中性脂肪では、男性：160.7 mg/dl、変化分は-17.54 mg/dl(10.91%減少)、女性：138.3 mg/dl、変化分は-14.29 mg/dl(10.33%減少)であった。他方、保健指導を受けなかった人におけるそれらは、男性：172.1 mg/dl、変化分は-8.38 mg/dl(4.87%減少)、女性：144.4 mg/dl、変化分は-6.16 mg/dl(4.27%減少)であった。

3. 収縮期血圧と拡張期血圧

血圧値の収縮期血圧では、男性：134.9 mmHg、変化分は-1.95 mmHg(1.45%減少)、女性：135.6 mmHg、変化分は-2.50 mmHg(1.84%減少)であった。他方、保健指導を受けなかった人におけるそれらは、男性：134.8 mmHg、変化分は0.24 mmHg(0.18%増加)、女性：136.2 mmHg、変化分は-0.28 mmHg(0.20%減少)であった。

拡張期血圧では男性：80.7 mmHg、変化分は-1.30 mmHg(1.61%減少)、女性：78.6 mmHg、変化分は-1.21 mmHg(1.54%減少)であった。他方、保健指導を受けなかった人におけるそれら

は、男性：80.6 mmHg、変化分は-0.10 mmHg(0.12%減少)、女性：79.0 mmHg、変化分は-0.22 mmHg(0.28%減少)であった。

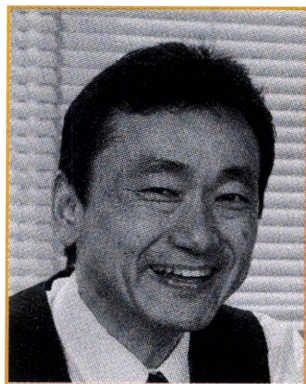
階層別の割合の変化

階層別の割合の変化では、保健指導あり群と保健指導なし群を比較した場合、前者は「動機付け支援」と「積極的支援」をそれぞれ半減させるほどの効果が見られた(図3)。「情報提供」「動機付け支援」が多くなり、「積極的支援」「服薬開始」が少ない結果となり、保健指導の効果による階層化の変化が明らかになった。

考察

わが国で初めて全国規模の解析結果を明らかにした。本研究の結果は速報値(年齢未調整)ではあるが、これらの結果により、特定健診保健指導は一定の効果があること、全国の平均値を目安にできること、自らの対象集団にどのようなアプローチが必要であるか等の検討が可能となり、地域の政策担当者のみならず、多くの現場の関係者にとっても役立つだろう。

市町村国保における 特定健診保健指導の 大規模データ分析



国立保健医療科学院

今井博久

(いまい・ひろひさ 疫学部長)

はじめに

平成20年度から特定健診保健指導が開始され、2年半が過ぎて制度初年度の実施成果が解析できる段階になりました。すでに22年度の保健指導も始まっていますが、過去2回の実施結果を振り返ることなく前へ進むことは同じ失敗を繰り返す可能性もあります。自分たちがこれまで実施してきた保健指導の結果はどうだったか、本当に効果があったか、どの項目がどれだけ改善したか等を把握して今後どのように特定健診保健指導を進めていけばよいかを早めに検討する必要があります。

たとえば自分の市町村のデータを解析した結果が手元にあっても、良いのか悪いのかを判断するのは簡単ではありません。「平均で2kgの減少が得られたが自分たちの保健指導は効果があったのであろうか」と悩んでしまう場合

もあるでしょう。おそらく県全体や全国と比較することで結果の評価がある程度可能となるでしょう。

また特定健診保健指導はかなり実施開始を急いだ制度であったため、保健指導の方法論やノウハウがいわゆる科学的（エビデンス）に基づいたものではなく、繰り返し練られ検討されたものではありませんでした。保健指導の現場では混乱も多く生じてしまいスタンダードで効果的な保健指導の実施は少なく、恣意的で行き当たりばったりの形で実施されることが多かったようです。

混沌とした状態で始動したわけですが、制度開始3年目に至り、最初の振り返りの時期を迎えています。これまでの市町村の実施プロセスを振り返り、出てきた結果を直視し修正すべき点は修正していかねばなりません。まず必要なことは、市町村が全国からの参考値なり目標値なりを知るこ

と、全国で実施された保健指導の実態を知ること、そして自分たちの姿を映し出すことです。そうすることで今後どのようなメタボ対策を実施していけばよいかが見えてくるでしょう。

解析の方法

私たちの研究班は全国から健診データを大規模に収集しました。すなわち、わが国の7つの地域の北海道―東北―関東―近畿―中国―四国―九州からモデル都道県を設定してそれぞれの都道県の市町村国保加入者から40万人規模の特定健診保健指導のデータをまとめて分析しました。

モデルとした都道県は北海道、岩手県、東京都（A特別区）、三重県、山口県、香川県、高知県、宮崎県です。対象となったモデル都道県に何度も訪問して研修会を開催しました。実際には、私たちが準備した突合ツールソフ

トを用い、県の市町村の保健師や管理栄養士などにパソコンを持参して集まってもらい、国立保健医療科学院の先生方や大学の教官から成る指導スタッフが手とり足とり突合作業（1行データ作成など）を教えました。次いでエクセルを使用しながら自分たちの市町村のデータをグラフ化する実習を行いました。こうした作業を全国で繰り返し実施し収集を行い、全国規模の体重や腹囲の平均値や改善程度、血糖値／脂質類等の平均値や改善程度などを算出しました。また積極的支援および動機付け支援の割合の変化を明らかにし保健指導の効果についても検討しました。

解析対象は、都道県における市町村の国保加入者で40歳以上74歳までの特定健診受診者38万3430人をベースに、その中の特定保健指導対象者6万964人、内訳として特定保健指導利用者1万2080人、特定保健指

導未利用者4万8884人を解析対象（いずれも積極的支援、動機付け支援を含む）となりました。「果たして、メタボの保健指導は効果があるのであるのか」が最も明らかにしたい点だったので、保健指導を受けた人と受けなかった人を比較して検討を行いました。

実施初年度の結果

(1) 体重・腹囲

保健指導を受けた人における平成20年度および21年度の全国のそれぞれの平均値は、体重では男性 \parallel 69・2kg、67・3kgでした。従って変化分（差）はマイナス1・65kg（2・4%減少）でした（表1）。同様に、女性 \parallel 60・5kg、58・5kgで、同マイナス1・79kg（3・0%減少）でした。変化分とは21年度との差を表し、保健指導による効果（改善分）です（差が単純に引

き算の結果になっていないのは両年度に保健指導を受けた人を解析対象にしているからです）。

特に体重と腹囲に関しては、保健指導を受けた人と受けなかった人の差を見やすくするために箱ひげ図を作成して図1に示しました。箱ひげ図は、ばらつきのあるデータを分かりやすく表現できる図です。真ん中の太い線が中央値を表し、四角形の中に対象者の四分の三が含まれています。

図1の男性では20年度の「指導なし群（左側）」も「指導あり群」も中央値および四角形は同じ形でかつ同じ位置にあります。21年度のそれらは「なし群」で中央値が少ししか下がっておらず、一方「あり群」では大幅に下がりが大きく改善したことを示しています。女性では、同様に「なし群」と「あり群」を比較すると「あり群」がより一層大きく改善しています。これらのことは先に述べた男性で2・4%、女

性で3・0%の改善の反映を表しているわけです。

次に腹囲ですが、男性 \parallel 90・4cm、変化分はマイナス2・00cm（2・2%減少）、女性 \parallel 92・7cm、同マイナス2・48cm（2・8%減少）でした（表2）。腹囲も体重と同様に箱ひげ図で表したものが図2です。腹囲においても体重の改善と同等のことがいえませんが、特に目立っている点は「あり群」で改善の幅が大きくなっている点です。

このように、箱ひげ図でグラフを描くと、分布全体の変化と中央値の変化をひと目で見ることができ、今回のように保健指導によって対象者が一般的に改善したことを把握できます。以下では20年度平均値、翌年度との変化分（差）を示しました。

(2) 空腹時血糖値・HbA1c

空腹時血糖値では、男性 \parallel 100・9mg/dl、変化分はマイナス

表1

	性別	H 20 平均値	H 21 平均値	変化分
全国の特定保健指導	男性	69.2kg	67.3kg	-1.65kg (2.4%減少)
参加者の平均体重	女性	60.5kg	58.5kg	-1.79kg (3.0%減少)

図1

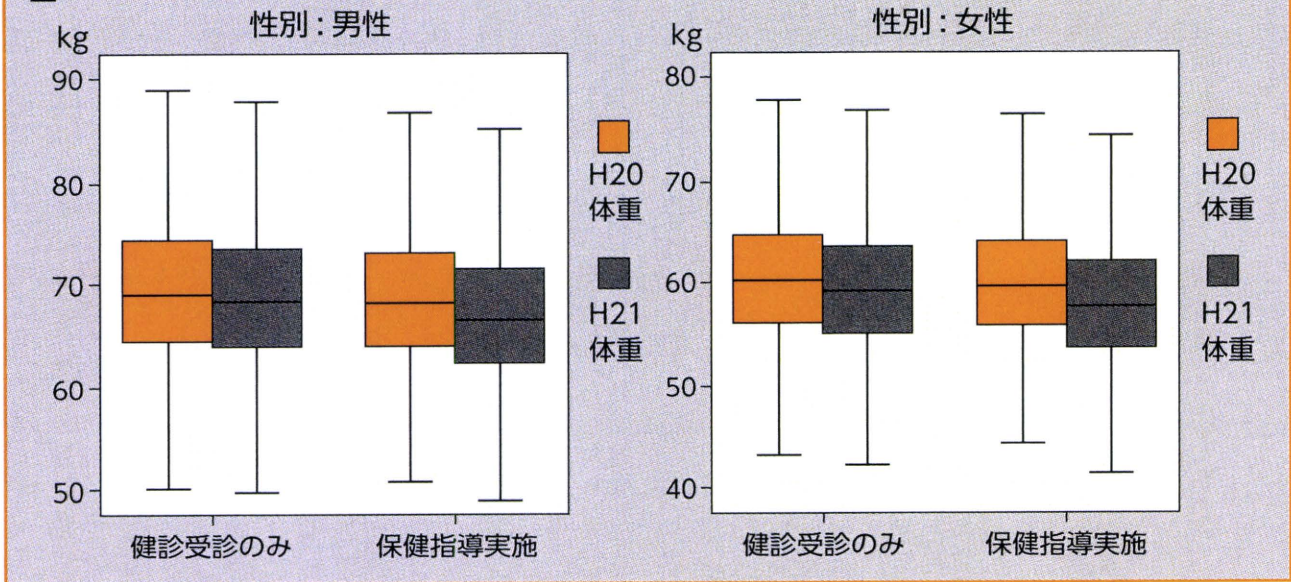
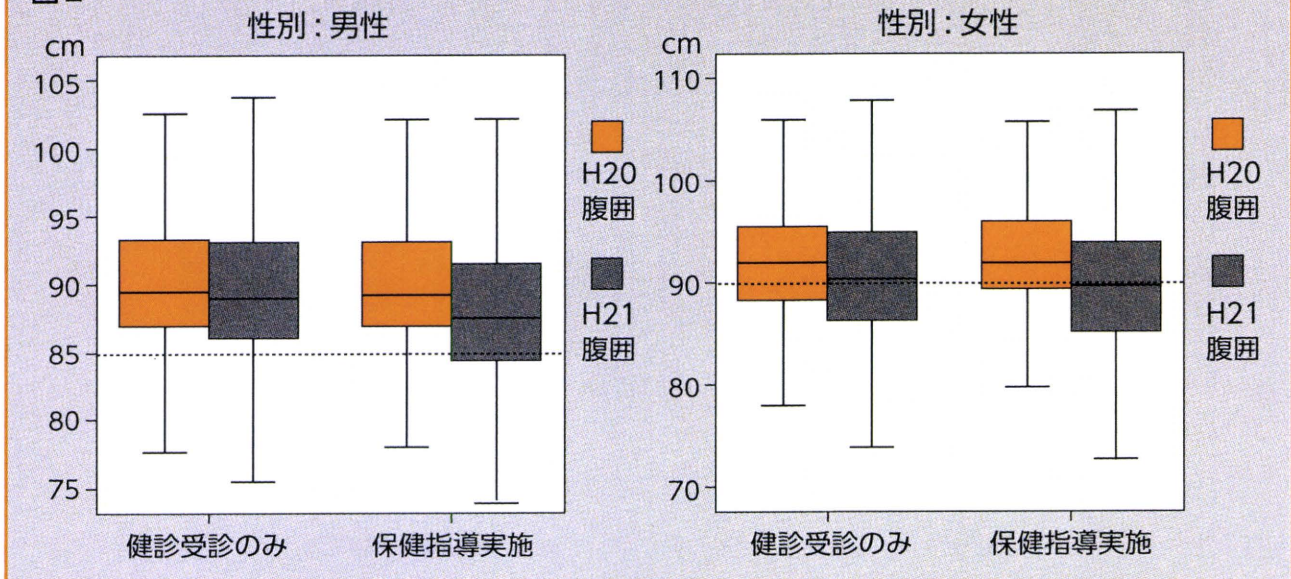


表2

	性別	H 20 平均値	H 21 平均値	変化分
全国の特定保健指導	男性	90.4cm	88.2cm	-2.00cm (2.2%減少)
参加者の平均腹囲	女性	92.7cm	90.0cm	-2.48cm (2.8%減少)

図2



1・18 mg/dl (1・17%減少)、女性
 96・8 mg/dl、同マイナス1・56 mg
 /dl (1・61%減少) でした(表3)。
 血糖値のHbA1cでは男性5・35%、
 変化分はマイナス0・042% (0・
 79%減少)、女性5・37%、同マイ
 ナス0・034% (0・63%減少) で
 した(表4)。

(3) 脂質類

中性脂肪では男性160・7 mg/
 dl、変化分はマイナス17・5 mg/dl
 (10・9%減少)、女性138・3
 mg/dl、同マイナス14・3 mg/dl
 (10・3%減少) でした(表5)。HDL
 コレステロールでは男性52・5
 mg/dl、同1・18 mg/dl (2・2%増
 加)、女性59・0 mg/dl、同0・85
 mg/dl (1・4%増加) でした(表6)。

(4) 血圧

収縮期血圧では男性134・9

表3

	性別	H 20 平均値	H 21 平均値	変化分
全国の特定保健指導	男性	100.9mg/dl	98.7mg/dl	-1.18mg/dl (1.17%減少)
参加者の平均空腹時血糖値	女性	96.8mg/dl	93.9mg/dl	-1.56mg/dl (1.61%減少)

表4

	性別	H 20 平均値	H 21 平均値	変化分
全国の特定保健指導	男性	5.35%	5.29%	-0.042% (0.79%減少)
参加者の平均 HbA1c	女性	5.37%	5.33%	-0.034% (0.63%減少)

表5

	性別	H 20 平均値	H 21 平均値	変化分
全国の特定保健指導	男性	160.7mg/dl	142.2mg/dl	-17.5mg/dl (10.9%減少)
参加者の平均中性脂肪	女性	138.3mg/dl	123.1mg/dl	-14.3mg/dl (10.3%減少)

表6

	性別	H 20 平均値	H 21 平均値	変化分
全国の特定保健指導	男性	52.5mg/dl	53.7mg/dl	1.18mg/dl (2.2%増加)
参加者の平均 HDL	女性	59.0mg/dl	59.7mg/dl	0.85mg/dl (1.4%増加)

mmHg、変化分はマイナス1.95 mmHg（1.4%減少）、女性 135.6 mmHg、同マイナス2.50 mmHg（1.8%減少）でした（表7）。
 拡張期血圧では男性 80.7 mmHg、変化分はマイナス1.30 mmHg（1.6%減少）、女性 78.6 mmHg、同マイナス1.21 mmHg（1.5%減少）でした（表8）。

階層別の割合変化の結果

階層別の保健指導の効果を検討するために、「保健指導あり群における積極的支援と動機付け支援の割合」と「保健指導なし群における積極的支援と動機付け支援の割合」がどのように変化するかを比較しました。

平成20年度の全国の特定健診データを解析し、積極的支援および動機付け支援の割合を見たものが図3（左）です。保健指導介入を行う前の状況を示

したもので「あり群」と「なし群」はおおむね同じ割合です。しかしながら、6カ月後の保健指導を行った後には、図3（右）に示すように保健指導あり群と保健指導なし群を比較すると前者は危険因子が減って「情報提供」や「動機付け支援」が著しく多くなり、「積極的支援」が減少しました。後者の「なし群」では「あり群」と比較して「情報提供」が少なく、「積極的支援」や「服薬開始」が多い結果となりました。すなわち、全国データを分析した結果から見ても保健指導による階層化の改善結果が明確に示されたわけです。

保健指導ポイントの実施結果

（1）保健指導ポイントの分布

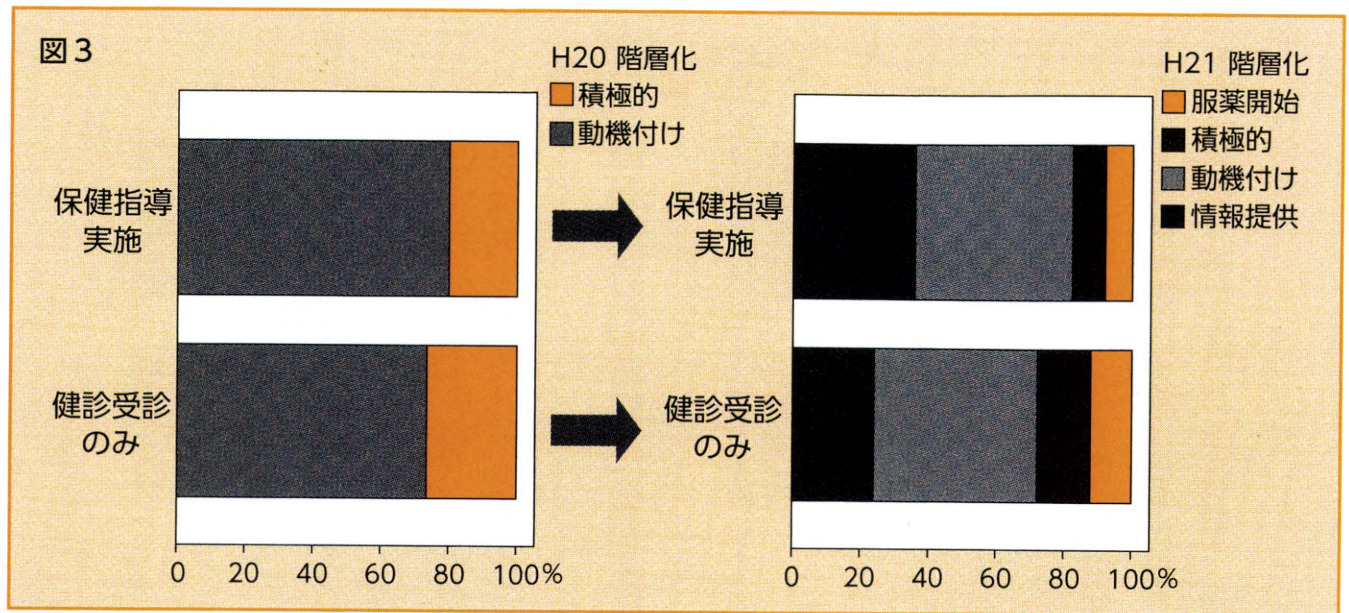
特定保健指導の実施ポイント数は、全国の市町村ではどのくらいだったのでしょうか。マンパワーが比較的多い市町村では多めにできたでしょうし、

表7

	性別	H 20 平均値	H 21 平均値	変化分
全国の特定保健指導	男性	134.9mmHg	132.4mmHg	-1.95mmHg (1.4%減少)
参加者の平均収縮期血圧	女性	135.6mmHg	132.5mmHg	-2.50mmHg (1.8%減少)

表8

	性別	H 20 平均値	H 21 平均値	変化分
全国の特定保健指導	男性	80.7mmHg	79.2mmHg	-1.30mmHg (1.6%減少)
参加者の平均拡張期血圧	女性	78.6mmHg	77.0mmHg	-1.21mmHg (1.5%減少)



足りないところでは少なくせざるを得なかったでしょう。まずは全国でどのくらいのポイント数が実施されていたかについてその分布を見ました。

積極的支援における合計ポイントはおおむね180ポイントから800ポイントまで分布していました。平均値は287ポイント（支援Aの平均値は260ポイント、支援Bの平均値は26ポイント）であり、最大で1120ポイント実施しているケースもありました。全体の分布は大きく二つに分かれ、200ポイント前後と350ポイント前後が多く分布していました。全体の58・7%が180ポイント以上300ポイント未満であり、300ポイント以上420ポイント未満の範囲に全体の24・8%、420ポイント以上は全体の12・1%を占めていました（図4）。

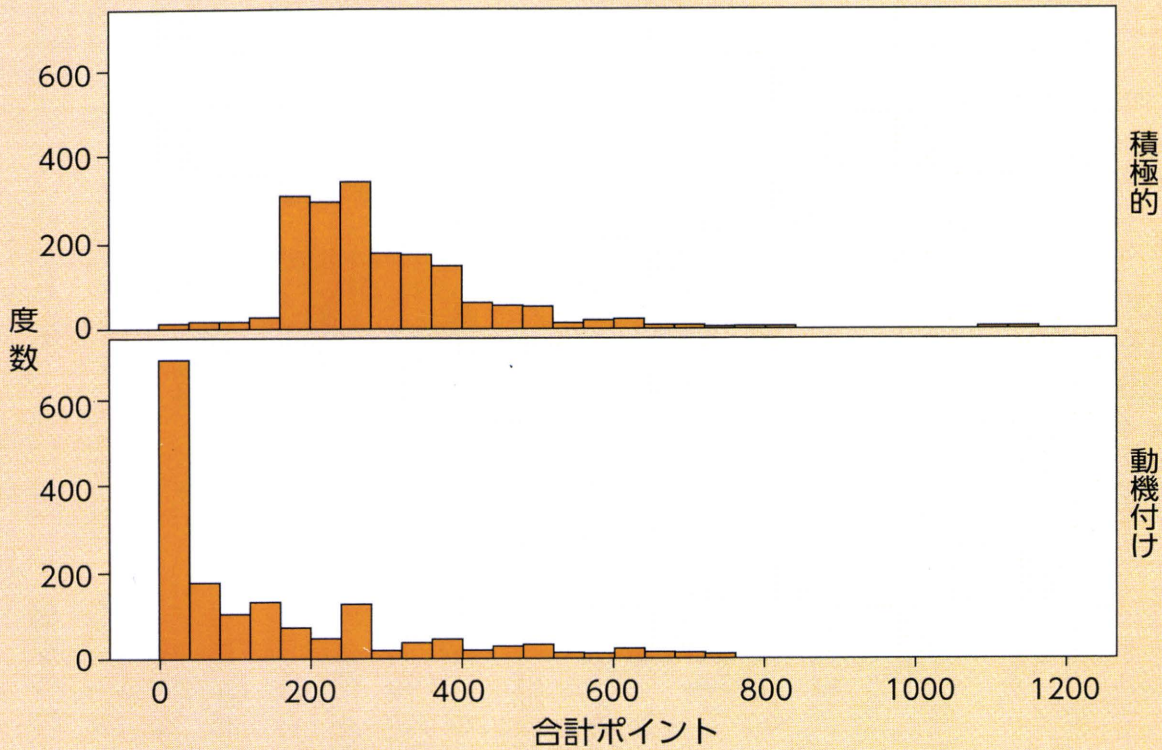
積極的支援の保健指導ポイントは、「標準的な健診・保健指導プログラム

（確定版）」において規定されている「合計で180ポイント以上を超えた範囲」に納まり、特に180ポイントから300ポイントの範囲で全体の約6割を占めていました。一方で、300ポイントから420ポイントの範囲で全体の約25%、それ以上の範囲で全体の約10%を占めるなど、規定の180ポイントにとらわれず、高い保健指導ポイントで濃密な保健指導を実施していた市町村が全体の約3分の1あるなど、各市町村の間で保健指導に大きな濃淡があることが分かりました。

（2）保健指導ポイントと体重・腹囲変化

次に保健指導の介入の強さであるポイント数とその効果の関係を検討しました。合計ポイントと保健指導実施前後の体重変化の散布図から、合計ポイントが高くなればなるほど、体重が減少していたことが明らかになりました。

図4 保健指導ポイントの分布(8都道府県)



(図5)。そのような変化は200ポイントを超えてきた。腹囲についても同様な結果が得られました。

保健指導ポイントと保健指導効果の関連をみると、合計ポイントが高いほど、体重減少や腹囲減少の効果が高く、おおむね、合計ポイント100ポイントで体重0.2〜0.3kg、腹囲0.3〜0.45cmの減少分であったと見積もられました。ただし、その変化は200ポイントから300ポイントを超えてきたこと、200

ポイントから300ポイント以上によつて効果が表れ始めるポイント数と考えられました。

今回の解析結果は制度初年度の結果ですが、これらの知見を踏まえながら各市町村では人的資源やコストを考慮しつつ保健指導を実施する必要があるかもしれません。

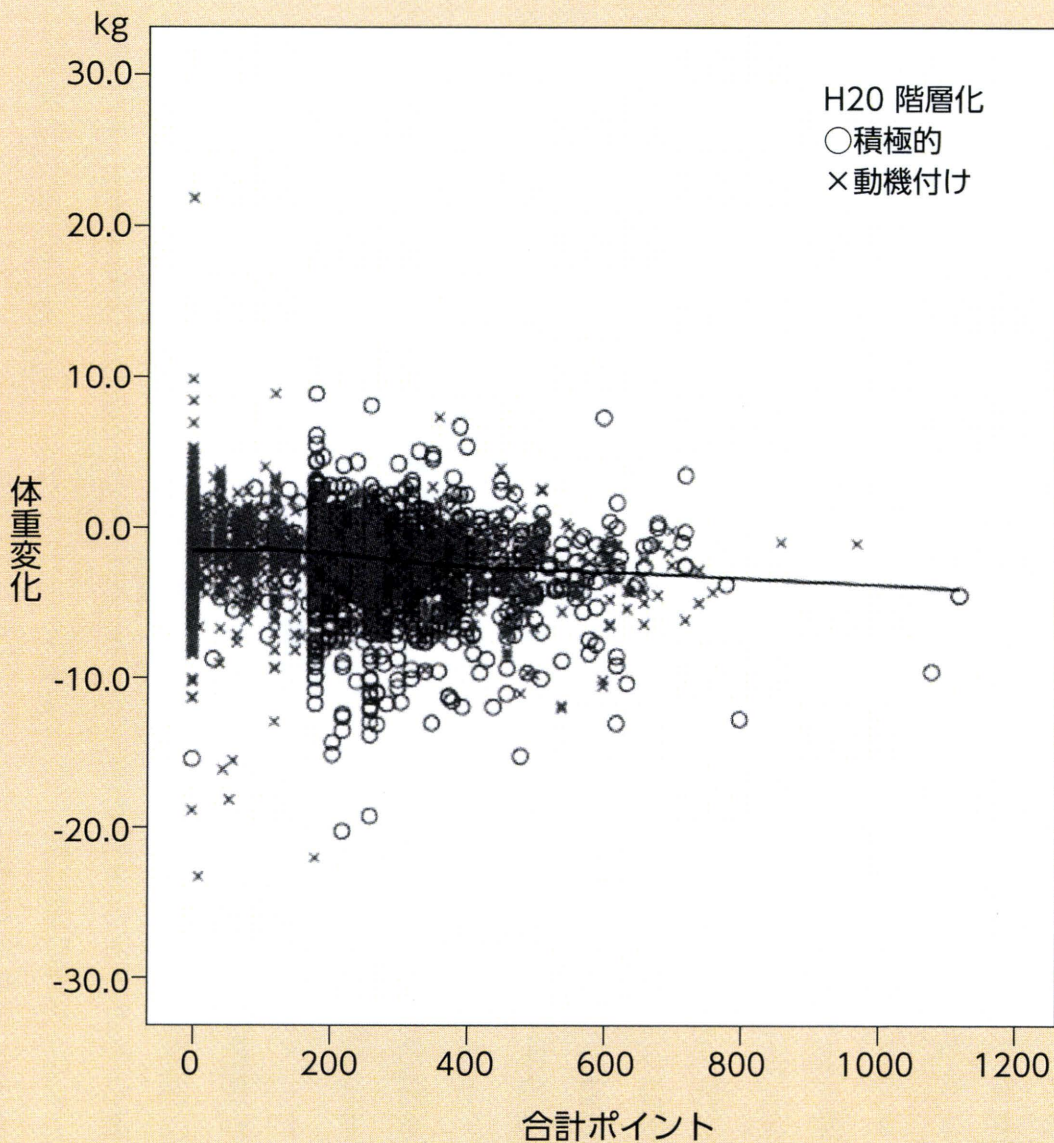
効果的な保健指導の方法

さて、保健指導の方法についてここで考えてみましょう。保健指導の担当者である市町村の保健師や管理栄養士は当初かなり戸惑ったことと思います。実際のところ、わが国では成人に対する中長期間にわたる保健指導の実績は少なく、エビデンスに基づいた保健指導の方法論はほとんど確立されていないといつていいでしょう。今回の「特定の疾病(メタボリックシンドローム)に焦点を当てて、体重や腹囲、血

圧や血糖値を長い期間にわたって保健指導を実施し定量的に評価していく」

となつている介入事業は市町村の保健師や管理栄養士にとってはまさに未体

図5 保健指導ポイントと体重変化 (8都道府県、n=2415)



験ゾーンに突入といった感覚だったかもしれません。

平成20年度の実施初年度では、このような背景があつたために、どのような介入方法が効果的であるか、限られた資源の中で効率的に実施していくノウハウはどのようなものか等がほとんどない状態からのスタートでした。そこで、私たちの研究の目的は保健指導の具体的な方法論(評価ツールや実施ノウハウなど)を包括的に検討し、効果的で効率的な保健指導の介入方法を明らかにすることでした。さまざまな地域において実施された保健指導に関するデータを収集し、効果ならびに効率の観点から介入方法を検討することを目的としました。

対象は岩手県内35のすべての市町村としました。こうした分析では一つでも欠損値が出てしまつては結果の信頼度が格段に落ちてしまうので、必ず県内すべての市町村のデータが揃わなけ

ればなりません。岩手県では県の担当者（岩手県環境保健研究センターの担当保健師ら）が市町村のサポートに非常に熱心で、県内の市町村もそれに応えて全部の市町村がいつも研修会に揃って出席するなど真面目でまとまりがあり、加えて私たち研究班との信頼関係もおおむね順調に構築でき、精度の高い市町村データを収集できました。

県の全35市町村の20年度健診データ、21年健診データを国保連の端末から、本研究班が準備した突合ツールを使用し、いわゆる1行データを作り、そこから健診の測定データセットを作成しました。それぞれの35市町村で実施された保健指導の内容を尋ねるオリジナル質問票を作成して市町村の保健師に記入してもらい保健指導のデータを分析しました。健診データと保健指導データをリンクすることにより、どのような保健指導によってどのような

改善が得られたかが明らかになるようにしました。

分析結果

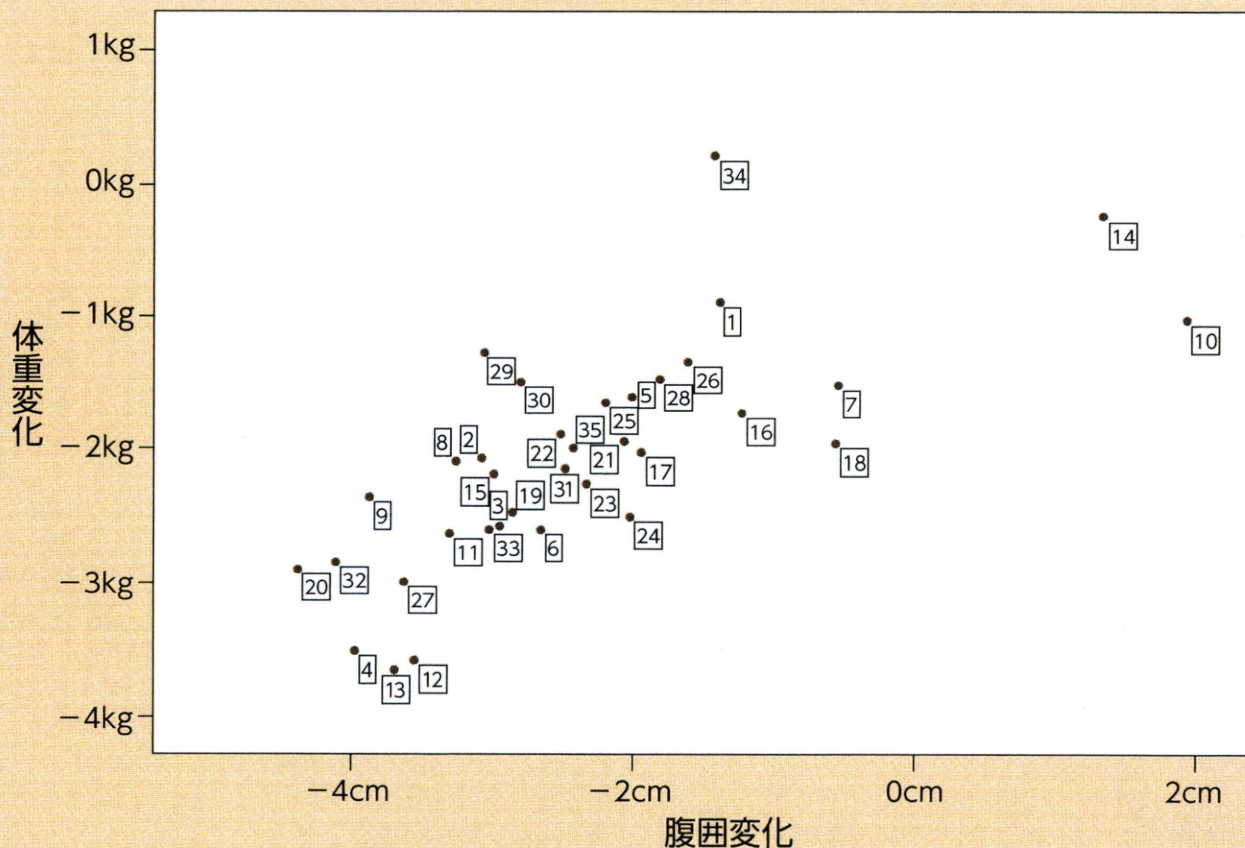
最も基本となる結果として、県内の市町村が体重をどの程度改善させているかを散布図1（図6）に表しました。

この散布図の見方を説明しますと、一般に1kg \parallel 1cmといわれていますので、縦軸を体重（kg）の変化、横軸を腹囲（cm）の変化に尺度を設定し、市町村の位置付けを二次元で見えるように工夫した図になっています。一つの点は市町村を表しますので35個あります（番号は市町村名を匿名化するためにつけています）。ここでは原点に近ければ近いほど保健指導により体重や腹囲が改善したことを意味しています。それぞれの点の位置は市町村の平均体重の改善幅と平均腹囲の改善幅から決まったものです。散布図をひと目

見て分かるように、初年度は県内の全35の市町村の間で想像以上に差が生じていたことが明らかになりました（ただし年齢構成、利用者数などで調整はしていない）。

体重で3 \sim 4kg、腹囲で3 \sim 4cm改善している市町村グループがありましたが、増加または誤差程度しか改善していない市町村グループもありました。岩手県で開催した研修会ではこの散布図を使って「自らの市町村の位置を認識してください」と良好な成果が得られたか、そうではなかったか等を知ってもらいました。現時点で最も大切なのは、自分の市町村の成果を正確に認識することです。これがなければ、同じ失敗を繰り返すことになります。このことを研修会で強調したためか、その次の研修会では早速いくつかの市町村から新たに改定した保健指導プログラムを見せられて相談を持ち掛けられました。初年度を振り返ると、①食

図6 保健指導実施者の体重・腹囲変化平均値(岩手県35市町村)



事アセスメントがでたらめだった、②指導介入の間隔が空き過ぎていた(参加者のモチベーションを下げってしまった)、③平日昼間しか開催しなかった、④保健師と管理栄養士の意思疎通が不十分であった、など次々に反省点が挙げられ、私たちが一緒に解決策を検討しました。

またここでは示していませんが、他の県では散布図の点の散らばりがほぼ一点に集中する型(かつ全体として改善幅が小さかった)があることが分かってきました。

前者の分散型は、市町村間の情報共有が少なかつたか、県内の市町村間で伝統的に存在する健康づくりの格差がそのまま反映してしまったか等、さまざまな原因が考えられます。思ったように成果を挙げられなかった市町村は、良好な成績を挙げた市町村に方法やノウハウを尋ねるなど情報の共有を図るべきでしょう。また県の保健所などが同じ地域でそうした機会の設定を設けたり、市町村間の交流の潤滑油(ファシリテーター)の役割を果たすことが期待されます。

後者の型では、初年度の結果であることを考えると、県から市町村への指導が一般的に不十分であった可能性があり、ほとんどの市町村の改善幅は平均体重が0〜1kg、平均腹囲0〜1cmの結果で「みんな一緒に沈んでしまった」という印象があります。こうした

結果であった県の場合、市町村に対して全般的な底上げの対策を検討する必要があるでしょう。こうした散布図は非常に多くのことを示唆してくれます。

散布図2 (図7) では、市町村が食事アセスメントの評価ツールとして何を使用したかによって体重や腹囲がどの程度改善したかを示しています。図で明らかのように、FFQや食事写真を使用した市町村は概して大きな成果が出ていました。食事アセスメントは、手を抜いたり雑に行ったりせずに正確に確立した評価ツールを使用してアセスメント行うことが、結局は保健指導による効果を挙げられることが明らかになりました。

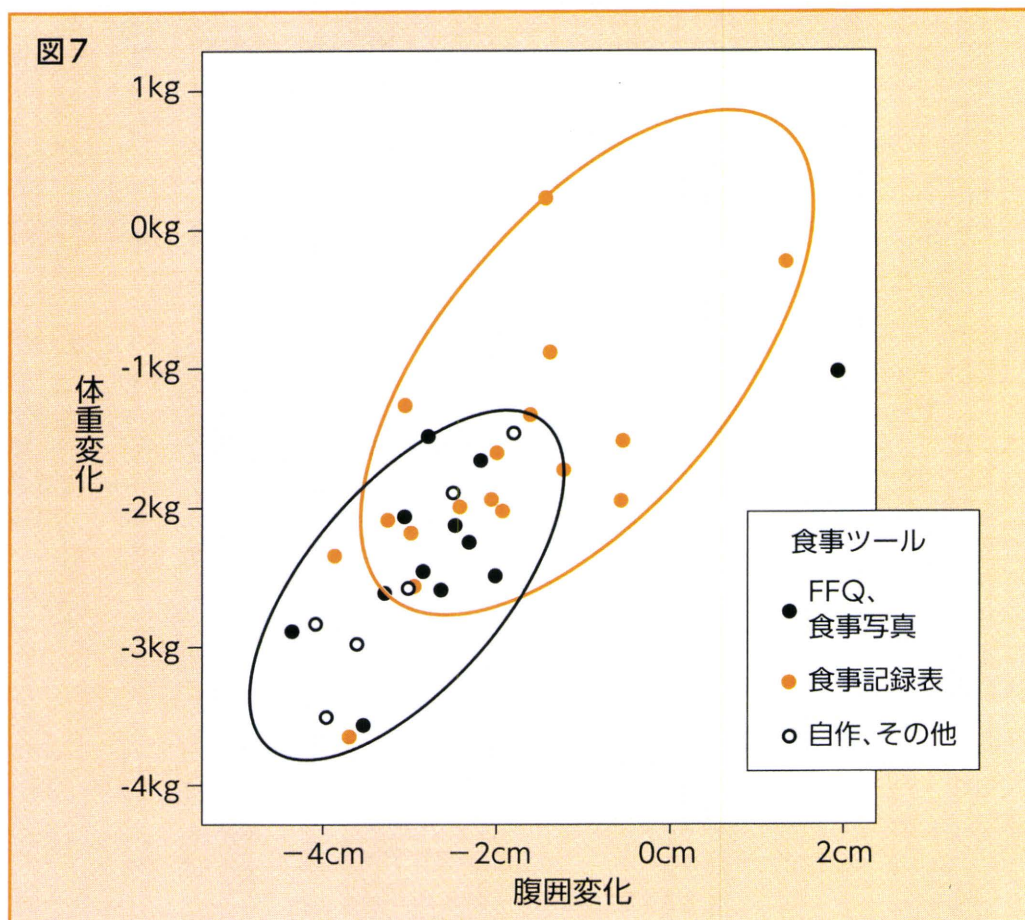
よく考えてみると、正確な食事評価をしないまま指導をすること自体おかしな話です。臨床場面で患者の診断を正確にしないで、手術を始めてしまい本当の病巣は右の患部なのに左の患部

を切除してしまうのと同様です。実際に、効果が出ていなかった市町村の保健師らと議論したときには「今思うと、食事アセスメントは食事記録表のみでした。しかもそれをあまり活用せず雑談程度に終始してしま

い、食事の量や質まで踏み込んでいませんでした。反省したんです」とのことでした。

今回の分析結果は、いかに食事のアセスメントが重要であるかを示しています。また食事写真によるアセスメントは、食事そのもののアセスメントだけに留まらず、保健指導の参加者との個別面

談で食事指導する際にも使用し写真を一緒に見ながら具体的な指導ができるため、大きな効果が出たと考えられました。



散布図3 (図8) は、集団で保健指導を実施する場合に保健指導スタッフ1人当たりの参加者数はどのくらいであれば効果が出るのかを検討したものです。保健指導スタッフ1人当たりの保健指導の参加者数が少なければ少ないほど効果を上げることができ、やはり6人以上では大きな効果は出ていませんでした。保健指導で全体への目配りができ、細やかに指導できるスタッフ数の体制確保が必要なことが示唆されました。

保健指導1人当たり1人のスタッフ、すなわち個別指導では、よい結果であった市町村もあれば下位の結果であった市町村もあり、幅広い結果になりました。おそらく個別指導では1対1なので保健指導を担当する保健師や管理栄養士の能力や技量に依存しやすく、優れた保健指導が実施された場合には改善幅は大きいでしょうが、そうではない場合には逆の結果に陥ってし

まう可能性があります。市町村で個別指導を実施する場合は、常にスタッフの保健指導実施の客観的な評価、技量水準のチェックなどが不可欠でしょう。また保健指導を受ける側も一緒に努力する仲間がないので気持ちの張りに欠ける場合もあると思います。個別指導の場合は対象者の適性を考えることも必要でしょう。

散布図4 (図9) は、健診以外に血液検査を実施した場合、改善の効果に影響があるかどうかを見た図です。制度は6カ月間の保健指導を実施することになっていますが、その評価は毎年の健診結果で評価するようになっており、従って保健指導の成果をすぐに目にすることはできず最大半年間くらいを待ってから本人や保健師が分かるという形になっています。保健指導の効果を早めに参加者に伝えられるとモチベーションも維持でき、良好な結果をもたらしたといえるでしょう。また指

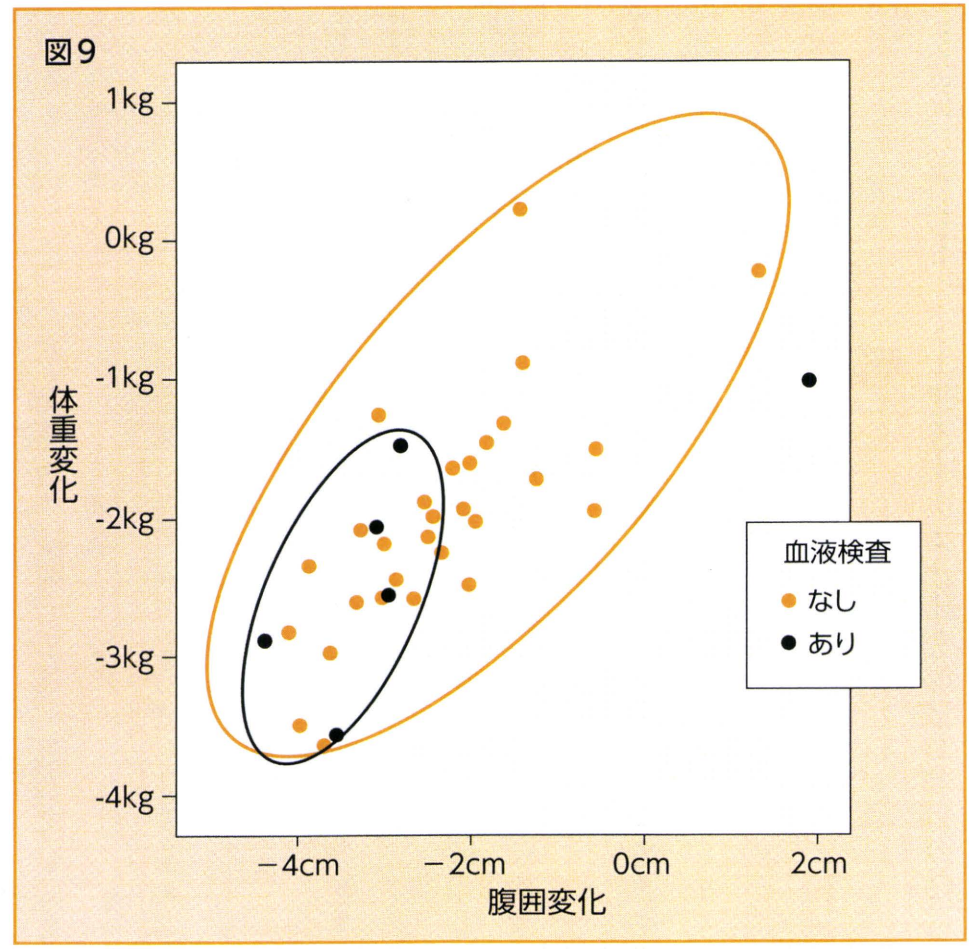
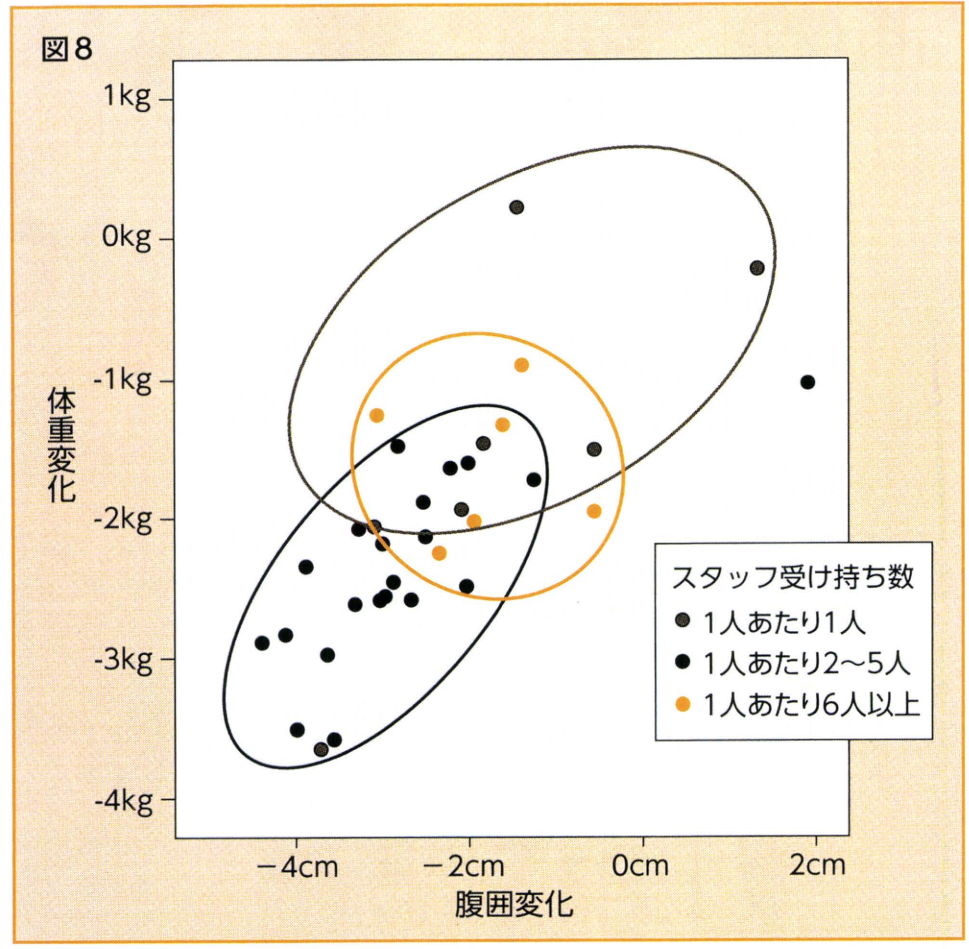
導する保健師にとっても保健指導の方向性を確認しながら進められるという利点があります。

今後に向けて特定保健指導をどう進めるか

本稿から必ず学びとってほしいことを以下に列挙しました。

制度実施当初にはひどい批判もありましたが、地道にきちんと保健指導を実施していけば、

- ① 地域における特定保健指導では約2 kg、2 cmぐらゐは改善する。
- ② このことを現場の保健指導で活用して、参加者の目標や励ましに使用するのもよい。
- ③ 自らの市町村の位置付け、すなわちどのくらいの成果であったか、成功したのか、失敗したのかを明らかにして真摯に振り返る。
- ④ ここで初年度の結果分析を示したので、自らの市町村の健診項目の値に



ついて比較検討する。

⑤ 同じく保健指導プログラムの構成要素を吟味検討し改善すべきは改善する。

以上の5つです。

今後の特定保健指導が効果的で効率的なプログラムに改善され、良好な成果が出ることを期待しています。

果的で効率的なプログラムに改善され、良好な成果が出ることを期待しています。

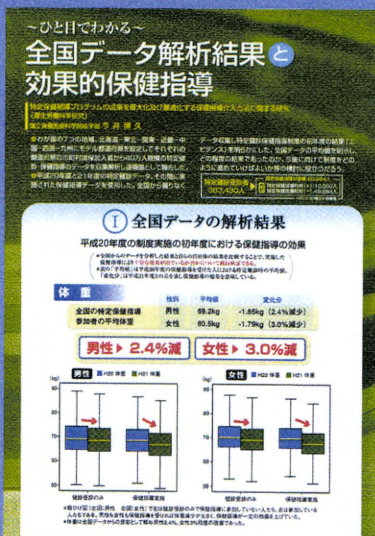
なお、本文にある表や図が掲載されたパンフレットを無料で配布しています。ご希望の市町村は自治体の担当課または国保連合会経由でまとめた必要数を国立保健医療科学院疫学部（電話：048-458-6168）へお申し込みください。

データから読み取る「特定健診・特定保健指導」対策

特集

平成20年度から始まった特定健診・特定保健指導。実際どのように、どの程度実施されていたのか、初年度の実施状況がこのほど厚労省ほか各種調査から明らかにされた。

そこで、本特集ではこれらの調査結果の主な数字を紹介する。



特定保健指導の効果に関する調査結果の概要をまとめたリーフレット（制作：国立保健医療科学院）

「平成20年度特定健診・特定保健指導実施状況」結果より

初年度の特定健診実施率は38・3%

特定健診・特定保健指導の実施に際し、保険者は年度ごとの実施状況を国に報告することが定められており、このたび、厚労省は平成20年度の実況を取りまとめ公表した (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000neou.html>参照)。

集計の対象は市町村国保、国保組合、全国健康保険協会(以下、協会けんぽ)、組合健保、船員保険、共済組合の全3519保険者。全保険者の特定健診の対象となる40～74歳の被保険者、被扶養者数は5192万人、そのうち受診者数は1987万人で、特定健診実施率は38・3%であった(表1参照)。

男性42%、女性34%で、男性の実施率が高い

年齢階級別に特定健診実施率を見ると、45～49歳43・0%、40

～44歳41・9%、50～54歳41・9%と若年層で高かった。

性別では、男性42・3%、女性34・3%と男性が高く、男性では60歳未満で高く、60歳以上で低い傾向が見られた。

一方、女性では年齢による受診率に大きな差はなく、65～69歳が36・7%と最も高かった。60歳未満の男性は職場で健診を受ける人が多く、受診率が高いことが、これらの性・年代別の特性に影響していると考えられる。

共済、組合健保の実施率は高く、国保等は低いことについて「極構造」

特定健診実施率については、保険者別に24年度までの参酌標準が示されており、全国目標は70%とされている。内訳は、単一健保と共済組合が80%、総合健保、協会けんぽ、船員保険、国保組合が70%、市町村国保が65%となっている。

実際は、表2のとおり、市町村国保30・8%、国保組合31・3%、協会けんぽ29・5%、組合健保58・0%、船員保険22・6%、共済組合58・7%と、共済組合と組合健保で6割程度と高く、市町村国保、国保組合や協会けんぽ

表1●平成20年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況 【全体：年齢階級別】

	全体	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳
全体的事項	特定健康診査対象者数	51,919,920	7,728,272	7,081,147	7,096,040	8,563,566	7,982,560	6,150,268
	特定健康診査の対象となる被扶養者の数*	9,214,134	1,800,234	1,552,267	1,510,042	1,744,235	1,272,160	594,021
	特定健康診査受診券を配布した被扶養者の数*	4,352,440	886,870	795,674	775,124	834,907	532,749	286,594
	特定健康診査受診者数	19,870,439	3,238,620	3,046,876	2,969,962	3,407,195	2,641,975	2,555,985
	特定健康診査実施率	38.3%	41.9%	43.0%	41.9%	39.8%	33.1%	34.9%
特定保健指導に関する事項	特定保健指導の対象者数	3,942,621	711,582	693,799	663,640	696,907	456,625	306,903
	特定保健指導の対象者の割合	19.8%	22.0%	22.8%	22.3%	20.5%	17.3%	15.3%
	特定保健指導の終了者数	307,847	40,765	40,738	39,930	44,007	41,389	57,523
	特定保健指導の終了者の割合(特定保健指導実施率)	7.8%	5.7%	5.9%	6.0%	6.3%	9.1%	14.2%
内臓脂肪症候群に関する事項	内臓脂肪症候群該当者数	2,881,808	297,292	355,904	420,187	540,591	424,097	405,294
	内臓脂肪症候群該当者割合	14.5%	9.2%	11.7%	14.1%	15.9%	16.1%	20.2%
	内臓脂肪症候群予備群者数	2,474,560	382,567	376,014	377,770	432,674	315,432	318,680
	内臓脂肪症候群予備群者割合	12.5%	11.8%	12.3%	12.7%	12.7%	11.9%	13.5%
服薬中の者に関する事項	高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の数	3,805,284	113,890	228,832	391,362	665,830	705,336	849,760
	高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の割合	19.2%	3.5%	7.5%	13.2%	19.5%	26.7%	42.3%
	脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の数	2,011,263	64,192	112,894	187,742	333,900	381,065	478,844
	脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の割合	10.1%	2.0%	3.7%	6.3%	9.8%	14.4%	22.5%
	糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の数	819,934	35,109	58,931	94,716	162,848	149,860	161,997
	糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の割合	4.1%	1.1%	1.9%	3.2%	4.8%	5.7%	7.8%

*被用者保険の保険者のみ計上

等は3割程度にとどまった。厚生労働省は保険者の種類によって実施率が二極構造になっていると指摘。共済組合や組合健保で高くなった理由を「事業主健診で被保険者が職場で受診できるから」とみており、今後は国保等においても受診率向上のための取り組みを強化する必要があるとしている。

その一方、保険者の種類にかかわらず、被保険者の妻である被扶養者の健診実施率は低く、今後は婦人科検診など、被扶養者のニーズが比較的高いと思われる検診とセットで特定健診を受けられるようにするなどの対策を練ることも必要と指摘された。また、市町村国保においては男性26.5%、女性34.8%の健診実施率で、特に男性は40~50歳代が低く(40~44歳13.9%、45~49歳15.8%、50~54歳16.8%、55~59歳19.5%)、改善が必要とされた。組合健保等の被用者保険では、いずれも男性より女性の受診率が低かった。

実施率の高い保険者の上位10は、すべて健保組合

保険者で最も高い健診実施

率を達成したのは、大興製紙健保組合(静岡)の99.3%で、上位10位はすべて健保組合が占めた。2位の山形銀行健保94.6%、3位の群馬銀行健保91.9%等と、7位まで実施率90%台が続く。ほかの保険者の上位を見ると、市町村国保は東成瀬村(秋田)の82.1%、国保組合は大分県歯科医師国保組合の68.4%、共済組合は富山県市町村職員共済組合83.4%であった。

市町村国保健診実施率トップは宮城県の47.5%

市町村国保における都道府県別の特定健診実施率では、宮城県47.5%(特定健診対象者数40万834人、実施者数19万383人)が最も高く、上位の東京都、富山県、山形県の4都県で40%を超えた。

一方、実施率が最も低いのは和歌山県の17.5%(同21万7396人、3万7982人)で、トップの宮城と30ポイントの差があった(表3・4頁参照)。都道府県格差が生じた理由について、厚生労働省は健診実施機関の体制整備の状況、被保険者への周知等、さまざまな要因が絡み合っており

表2●平成20年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況 【全体：保険者の種類別】

	全体	市町村国保	国保組合	全国健康組合健保	組合健保	船員保険	共済組合
全体的事項	特定健康診査対象者数	51,919,920	22,516,991	1,673,556	12,906,629	11,089,499	3,658,748
	特定健康診査の対象となる被扶養者の数*	9,214,134		6,580	4,282,433	3,800,734	1,094,146
	特定健康診査受診券を配布した被扶養者の数*	4,352,440		1,520	1,229,390	2,120,293	995,364
	特定健康診査受診者数	19,870,439	6,945,611	524,196	3,804,147	6,430,365	16,844
	特定健康診査実施率	38.3%	30.8%	31.3%	29.5%	58.0%	22.6%
特定保健指導に関する事項	特定保健指導の対象者数	3,942,621	1,147,314	115,454	805,279	1,390,437	5,396
	特定保健指導の対象者の割合	19.8%	16.5%	22.0%	21.2%	21.6%	32.0%
	特定保健指導の終了者数	307,847	162,327	2,793	25,174	96,689	386
	特定保健指導の終了者の割合(特定保健指導実施率)	7.8%	14.1%	2.4%	3.1%	7.0%	7.2%
内臓脂肪症候群に関する事項	内臓脂肪症候群該当者数	2,881,808	1,139,773	84,883	499,848	859,726	3,667
	内臓脂肪症候群該当者割合	14.5%	16.4%	16.2%	13.1%	13.4%	21.8%
	内臓脂肪症候群予備群者数	2,474,560	835,576	71,130	440,995	846,005	3,314
	内臓脂肪症候群予備群者割合	12.5%	12.0%	13.6%	11.6%	13.2%	19.7%
服薬中の者に関する事項	高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の数	3,805,284	2,089,698	95,567	549,338	796,892	2,740
	高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者の割合	19.2%	30.1%	18.2%	14.4%	12.4%	16.3%
	脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の数	2,011,263	1,186,935	43,850	253,056	388,030	1,101
	脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者の割合	10.1%	17.1%	8.4%	6.7%	6.0%	6.5%
	糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の数	819,934	392,262	21,289	135,320	203,633	806
	糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者の割合	4.1%	5.6%	4.1%	3.6%	3.2%	4.8%

*被用者保険の保険者のみ計上