

この課題に対する解決法は未だ確立されていない。インストラクショナルデザインに基づく教材設計には、独学支援をコンセプトとする設計法も考案されており、適切な動機付けがなされた参加者に対して独学で学べる自己完結型教材を提供することは、こうした問題に対する一つの解決法と考えられる。

また、3ヶ月後相談会では、プログラムガイドについて理解した上での理解した上での質問や意見交換が行われた。定量的な測定はできていないが、生活習慣改善プログラムにおいてもこうした教材開発は有効であると考えられた。

①肥満2型糖尿病のリスクの解説

プログラムガイドに基づき、まず自己血糖測定器の使用方法を説明し、実際に血糖値を測定した。その後、糖尿病の患者初期教育に該当する内容（糖尿病の病態生理、血糖のコントロールと合併症の関係など）について説明を行うこととした。開始時相談会の時点で通院していた参加者以外は、健診以降はじめての血糖値測定であった。

「思ったより高い値だった」などの感想が得られ、その後の座学への関心は高まったと考えられた。

自己血糖測定器は、簡易かつその場で計測することができ、前述のような効果を期待できる。一方、1回の血糖値測定だけで個々の状態の評価をすることは難しい。本スキームは、対象者を医療機関の受診へ導くことであり、参加者の糖尿病の状態を評価することが目的ではないが、参加者への教育効果の意味も踏まえ、検査項目の変更（HbA1cなどへの変更）の検討も考慮すべきと考えられた。

②食事に関する基礎知識の解説

食事に関する基礎知識については、栄養の知識の習得に繋がり、かつ対象者の負担

は可能な限り軽減できるように検討した。具体的には、参加者が自己の食事を客観的に捉えられるようになることを目的とし、厚生労働省の「食事バランスシート」の考え方等をベースに、主食・主菜・副菜の捉え方、減量につながる知識等をプログラムガイドに盛り込んだ。

今回、新たに5つの食行動パターンを作成したが、1、2年度は、具体的な食行動をリスト化しその頻度を確認する手法を用いた（例、ごはんを普通茶碗1杯以上、もしくはどんぶりで食べることが週何日くらいありますか？（丼もの、炒飯、炊き込みご飯などを含む）、中華料理や炒め物は週何日くらい食べますか？など）。

この方法は対象者が理解しやすい、行動計画に結びつけやすいというメリットがある反面、対象者自身が客観的に食事を捉えることができているかの確認ができないというデメリットがあった。

そうした反省を踏まえ、今回は食行動パターン（例、主食の「重ね食べ」「単品食べ」、主菜の量・油脂量など）毎に自身の食行動を振り返るワークという手法を取り入れた。

食行動パターン作成の成果であるが、支援の際、参加者のほぼ全員が自己の食生活を客観的に捉えて支援者に相談できたことから高い教育効果を有すると考えられた。

(3) 適切な行動計画の作成支援

行動計画の作成にあたっては、医師、管理栄養士が支援した。この際、円滑な支援が可能となるよう、3年度目は、参加時点の事前アンケートに新規項目を設け生活環境を確認した。具体的には、1、2年度は食生活に関する質問のみであったものを、今回は、勤務内容、勤務時間、通勤時間、睡眠時間、食事の時間帯といった項目に増やした。これにより、支援者が参加者の生活背景について予めプロフィールすることが可能となり、適切な助言をできるようになった。

(4) セルフモニタリング機器（体重計、歩数計、自己血糖測定器）

セルフモニタリング機器としてデジタル式の小型体重計、歩数計および自己血糖測定器を配布した。体重計は、一部、自宅にある体重計を使用したというケースがあったが配布したものを使用していた。歩数計については、自己の現在運動量を振り返る意味で配布したが「使用を忘れていた」「つけていない」とする参加者が見られた。自己血糖測定器については、通院開始後に主治医の指導のもと使用するケースが認められた。

(5) フォローアップ

①取組み記録および支援の方法

今回、対象者が取組み状況を記録する方法として、紙媒体（以下、記録用紙）を使用した。また、対象者への支援手段として電話を使用した。これは、1、2年度の研究から、対象者の所属する事業場の多くが、PC 端末を個人専用に配置していない、職種（営業職、外勤など）によっては日中 PC 端末に触れる時間がない、といった状況が明らかとなったことによる。

記録用紙の配布にあたっては、紛失の防止と記録の習慣化を促すため、記録用の鉛筆付きのプラスチック製クリップボードを配布した。この結果、フォローアップ期間中に記録用紙を紛失した参加者はなかった。3ヶ月後相談会において「記録用紙をどこに置いていたか？」という質問をしたところ、風呂場という意見が多く、理由は体重を測定してそのまま記録できるから、というものであった。少数意見としては、出勤する際に記録できるようにと、自家用車に置いているという意見もあり、参加者の工夫が伺えた。

②電話支援

電話支援は勤務日の日中に行った。事前に電話支援日を告知していたこともあるが、

対象者は、記録用紙が手元にないにも関わらず、体重や取組状況についての支援者の問い合わせに回答することができた。一方、参加者が営業職などの場合、勤務状況により支援電話を途中で切りあげざるを得ない状況、予備日での対応となることも少なくなかった。2年度目の報告書で、参加者と支援者間の双方向性「コミュニケーション」の円滑化を本スキームの実効性向上における重要な課題と位置づけ、3年度目は支援方法の変更を検討することとした。今回、電話による支援で一定の成果が上がったと考えられるが、対象者の環境に応じた最適な支援手段の使い分けや組み合わせの検討が課題と考えられた。

③フィードバックシート

フィードバックシートについては、開始時相談会から1ヶ月半の時点で郵送した。フィードバックシートは参加者から返信された記録用紙をグラフ化し、これまでの取組み状況に応じたコメントを参加者毎に記載した。なお、フィードバックシート作成の時点で、記録用紙を返送していない参加者を4名認めたが、電話支援により収集していた情報に基づきコメントを作成した。フィードバックシートの送付時期は12月末で、忘年会シーズンと年末年始の体重増加リスクが高い時期で、個人向けのコメントと別に、体重計に乗り、自身の状況を客観的に捉えることを推奨する内容とした。

(6) 体重変化

体重記録表による体重変化の全体的な傾向であるが、開始時相談会后1ヶ月の時点まで減少、忘年会&年末年始の期間に増加、その後、3ヶ月後相談会に向けて減少になっていた。なお、年末年始での体重増加を契機に取組みを中断したケースもみられ、年末年始以降の体重変化は減少群と増加群に大きく分かれており、ハイリスクシーズン

の取組み支援についての課題である。ただし、体重増加群についても年末年始に体重を計測していること、ハイリスクシーズン直前の電話支援およびフィードバックシートによる呼びかけは一定の効果があったものと考えられた。

(7) 受診開始サポートと受診状況

開始時相談会時点において、通院している者を1名認めたが、候補者選定から実際の呼びかけまでの期間（約3ヶ月）に通院を開始した者であった。対象者候補の抽出・選定におけるタイムラグによると考えられた。

「受診開始サポート」を利用した者を含め、主治医から本研究への参加中止を指示された参加者は認められず、本取組みへの継続的な参加を促されたとするケースがみられた。

長期的な通院状況については今後の検証が必要ではあるものの、本スキームが保険者・被保険者・主治医の連携構築という「入り口」についても有効であることを示唆していると考えられた。

さて、「受診開始サポート」にあたっては、厚生労働省の医療機能情報提供制度に基づく各都道府県の検索システムを利用した。これは平成19年4月1日に施行された改正医療法により創設された制度で、都道府県によって若干の仕様の違いはあるが、医療機能について情報が担保されている。また、保険者は独自に医療機関検索システムをHPに掲載している。しかし、「こうした検索システムを利用したことがない」「（検索結果から）今回初めて自宅の近くに（糖尿病の）医療機関があることを知った」との感想を得られたことから、こうした医療機関検索システムについてまだ充分公知できていない可能性があると考えられた。

また、「医療機関を受診する上で妨げになりそうなこと（現在、妨げになっていること）不安なこと」については、通院歴のない参加者から「勤務が忙しく時間がない」

「現在、通院中（歯科治療）で時間がない」との回答が得られた一方、通院歴のある参加者からは「通院に要する時間、待ち時間が長いが診てもらえる時間が短いことが不満」「主治医が変わることが多いことが不安」との回答が得られた。通院歴のあるケースは、いわゆる2次、3次医療機関に相当する医療機関へ通院していた。今回は、参加者が少ないため、糖尿病治療中断例におけるこうした不満や不安は主たる要因であるのか否かの判断はできないが、通院継続のサポートにおける課題の一つと考えられた。

(8) 今後の方向性と拡充性

3年間の研究から本スキームの実行可能性が確認されたと言える。以下、今後の方向性と拡充性について述べる。

①今後の方向性

今後、本スキームをより実効性のあるものとするためには、支援プログラムの改良もさることながら、医療保険者と事業場間の密接な連携が必要と考えられる。密接な連携に際しての課題であるが、多くの場合、一つの医療保険者に対して複数の事業場が存在し、その事業形態も様々であることが少なくない。その結果、同じ被保険者であっても、勤務体系をはじめとする生活環境が異なる実状がある。

より実効性のある重症化防止を進めるためには、こうした実状を把握し、スキームをモディファイする調整機能が必要であると考えられる。具体的には、事業場の勤務体系・生活環境に沿った（生活習慣改善のための）行動計画の作成支援案の作成、事業場の勤務体系に沿った支援方法の選択などである。また、各事業場で展開されている既存のヘルスプロモーション（健診前の受診キャンペーンや労働安全衛生週間などの活動）を把握し、本スキームで使用する教材情報とリンクさせるなどを図ることにより、ポピュレーションアプローチからハイ

リスクアプローチまでのシームレスなヘルスプロモーションが展開可能と考える。また、そうした背景のもと労働安全衛生法に基づく健診事後措置などと有機的な連携を図ることで、「健康経営」が可能と考えられる。

こうした連携には、保健指導におけるノウハウと支援に適合した教材およびプログラム開発が可能な保健指導受託機関が核となって、事業場と医療保険者の相互理解と調整を進めることが現実的と考える。こうした体制およびスキームの構築を進めるためには、個人情報の取扱いなどの法的な対応ほか必要となるが、現場のニーズに応えるために今後検討すべきと考える。

②今後の拡充性

本研究では、被保険者が支援プログラムを受ける際の「入り口」として保険者を想定してきた。しかし、支援プログラム自体は「入り口」による制約はないこと、支援プログラム参加者に対し、主治医から支援プログラムの継続を促す指示も認められたことから、例えば主治医が被保険者に対し支援プログラムを紹介する、という展開も対応可能であると考えられる。

特に被保険者が自営業である場合、市町村の健診受託機関で受診と結果説明、また治療開始といった流れがあることから、こうした拡充性について検討することは重要であると考ええる。

E. 結論

本研究は、糖尿病をモデル疾患に保険者・被保険者・主治医の連携による重症化防止スキームの構築を目的とし、支援体制の構築、支援プログラムの開発および検証を行った。その結果、本スキームの実行可能性と発展性を確認することができた。

今後は、被保険者が勤務する事業場との円滑な連携機能を有する体制とスキームの構築および、本スキームの拡充性についてさらなる検討が必要と考えられる。

F. 研究発表

渡邊美穂・市川太祐・大橋 健・倉橋一成・古井祐司(2011) 初期の体重減少は保健指導効果の予測因子となる 厚生指標 58(7):27-29

G. 知的所有権の取得状況

該当なし

図1-1

プログラムガイド

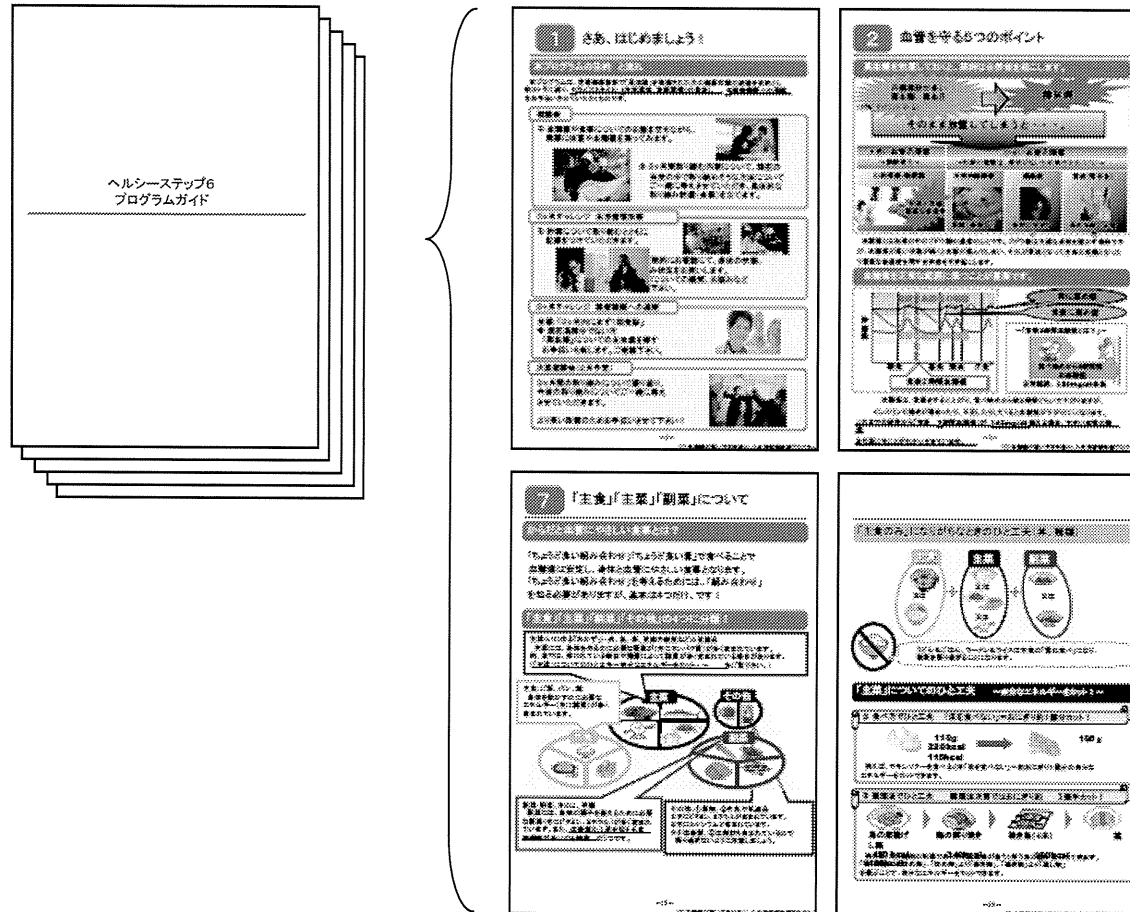


図1-2

行動計画の設定ツール

点検してみましょう!

主食の量が適切か?

お昼に、お米・食パンや雑穀の料理を摂るべしから

※、食事以外の食べ始め エネルギーと掛かっているのでは

※、食事以外の食べ始め エネルギーと掛かっているのでは

夕食時間が遅くて、どうしてもお腹が空いて食べてしまう

■注意

3日の朝食の量を減らしてあるか、お昼の量を減らしてあるか

1. 朝食の量を減らしてあるか
2. 朝食の量の減らしたメニュー
3. 朝食・昼食の量の減らしたメニュー
4. お昼の量の減らしたメニュー
5. 夕食の量を減らしたメニュー

今回の行動改善のテーマ
主食の「単品食べ」、「重ね食べ」を改善する

氏名 _____

重ね食べを改善するぞ!!

A. _____ を食べる時は、_____ を一緒に食べない。

その時は、_____ (主食・副菜・漬物)を一緒に食べます。

例は、_____ 豚汁 (主に、朝食・昼食・夕食)にします。

主に _____ で行います。

単品食べを改善する

B. _____ を食べる時は、_____ (お米・副菜・漬物)を一緒に食べる。

または _____

C. よく食べる _____ を、
量が多い _____ に減らす。

例は、_____ 豚汁 (主に、朝食・昼食・夕食)にします。

主に _____ で、行います。

D. よく食べる _____ の食べる回数を、
_____ 回減らす (主に、朝食・昼食・夕食)に減らします。

代わりに、_____ を食べるようにする。

※必ずお昼の量を減らしてあるか、お昼の量を減らしてあるか

決めた内容を、自分の言葉で表してね

【主食の「重ね食べ」、「単品食べ」が、なぜ問題なの?】

1. 主食・副菜が足りないため、食事のバランスが悪くなり、他の栄養素が不足する

2. 食べたいものに「好きな」食べ物ばかりを選んで食べる

これは、気持ちのよい食事にならず、満足感が得られません。

3. 食生活の質が低下し、肥満の原因になります。

※お昼 減らす

重ね食べ	単品食べ
 主食	 主食
<p>主食のみの料理の食べ合わせ</p>	<p>主食のみの、主食・副菜が足りない</p>

食べ方の工夫

1. 主食・副菜のサイドメニューをつける
※メニューについては、「主食」、「副菜」のページをご参照下さい。
2. 量がたくさん入っているメニューを選ぶ
3. 「重ね食べ」、「単品食べ」の、食べる頻度を減らす

図2

受診サポート(検索と紹介状)

【検索機能の使い方】(検索履歴の「リセット」)

検索履歴の表示は、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

検索履歴の表示/非表示の切り替えは、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

検索履歴の表示/非表示の切り替えは、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

検索履歴の表示/非表示の切り替えは、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

【検索結果の表示】

検索結果の表示は、検索結果の表示/非表示の切り替えが可能です。

検索結果の表示/非表示の切り替えは、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

検索結果の表示/非表示の切り替えは、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

検索結果の表示/非表示の切り替えは、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

【検索履歴の表示】

検索履歴の表示は、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

検索履歴の表示/非表示の切り替えは、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

検索履歴の表示/非表示の切り替えは、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

検索履歴の表示/非表示の切り替えは、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

【検索履歴の表示】

検索履歴の表示は、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

検索履歴の表示/非表示の切り替えは、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

検索履歴の表示/非表示の切り替えは、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

検索履歴の表示/非表示の切り替えは、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

【検索履歴の表示】

検索履歴の表示は、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

検索履歴の表示/非表示の切り替えは、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

検索履歴の表示/非表示の切り替えは、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

検索履歴の表示/非表示の切り替えは、検索履歴の表示/非表示の切り替えが可能です。

図3

プログラムスケジュール

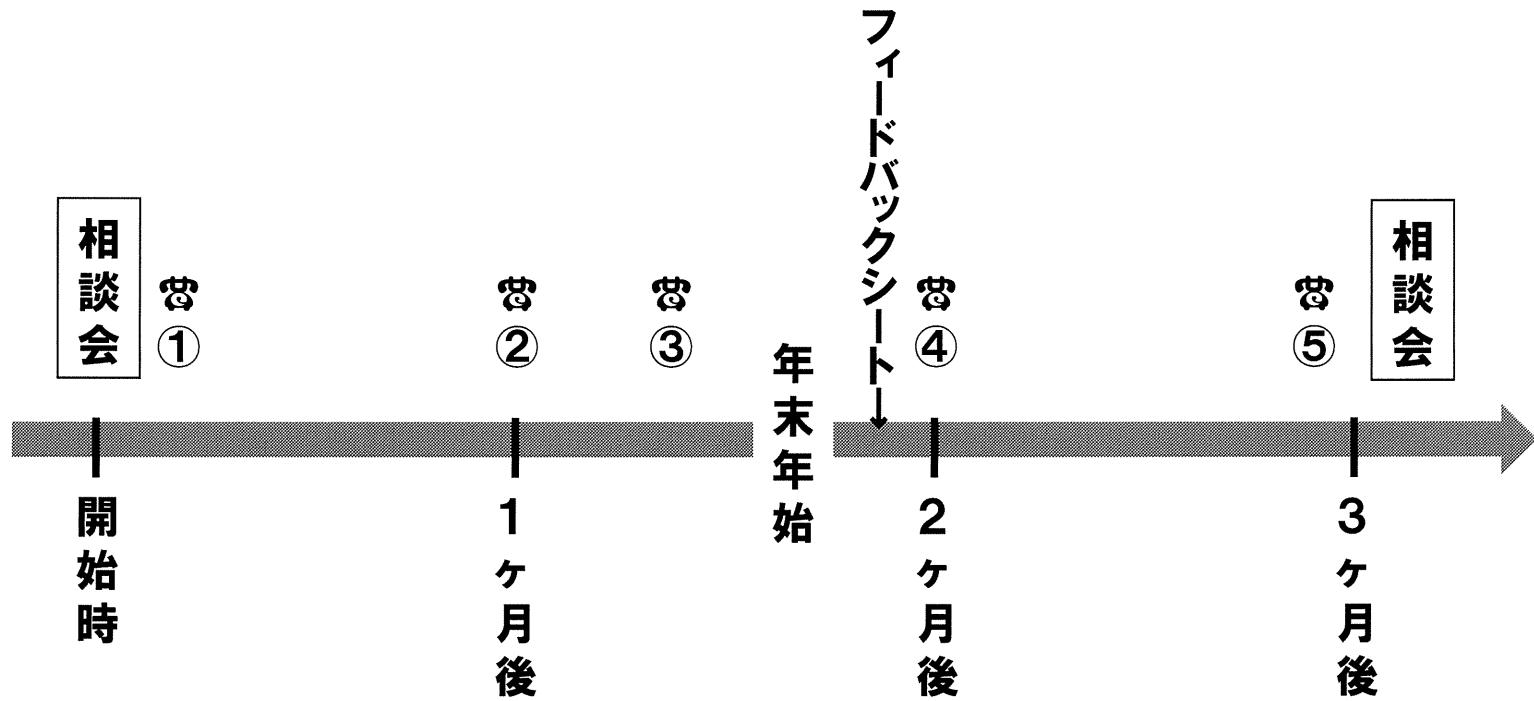
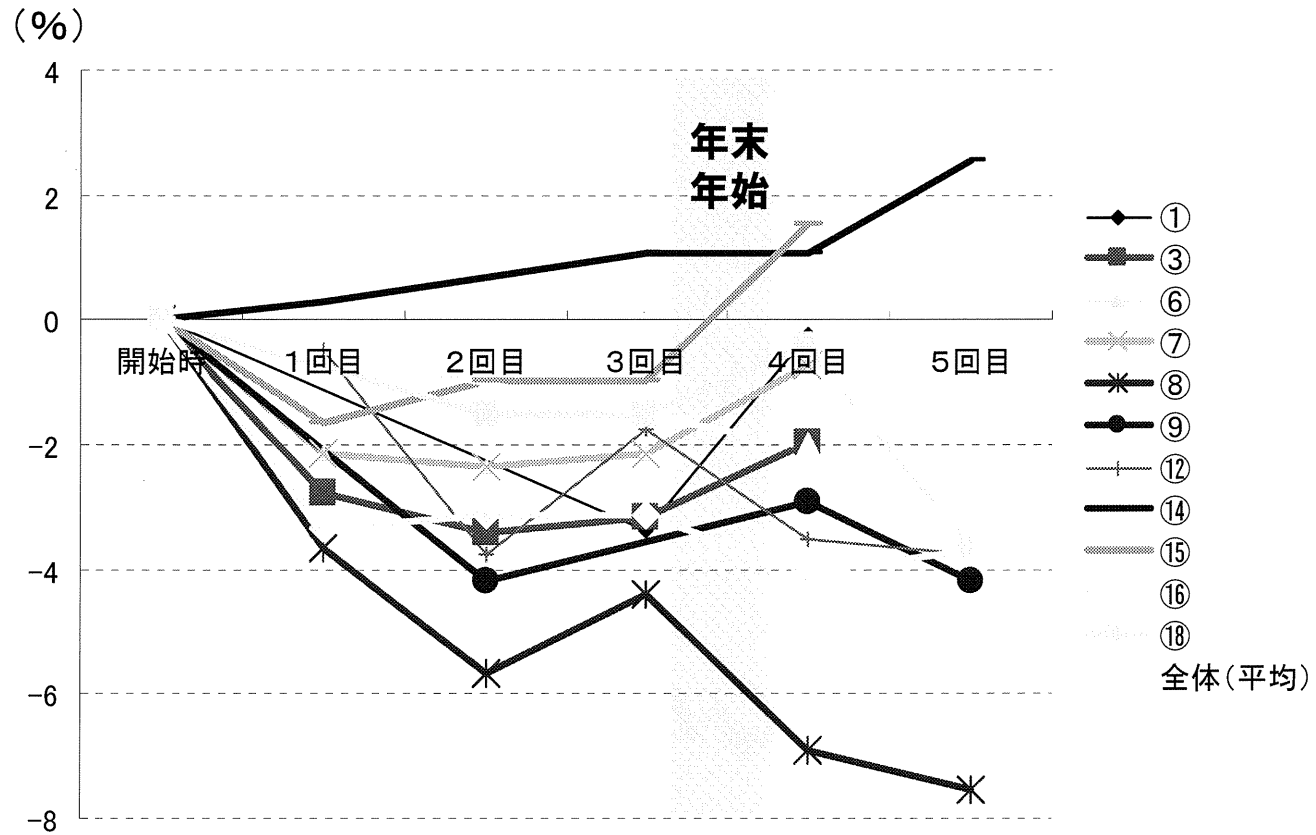


図5

体重変化



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

「諸外国の健診・疾病管理プログラムと日本への導入の検討」

研究分担者 満武 巨裕

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構主席研究員／副部長

研究要旨

平成 20 年 4 月より特定健康診査・特定保健指導(以下、特定健診・特定保健指導)が導入された。特定健診・特定保健指導の特徴は、40 歳以上 75 歳未満の全国民を対象に特定健診を実施し、その結果をもとに選定された対象者に特定保健指導を行うことである。当面の目標は、2015 年度に 2008 年度と比較して糖尿病などの生活習慣病有病者・予備群を 25% 減少させることである。しかし、特定健診・特定保健指導の効果に関するエビデンスはまだ存在しない。諸外国においても、日本同様の制度を導入している国は、少なくとも先進国にはない。

一方で、疾病群に対する医療による重症化予防のプログラムを導入している国は存在する。例えば、ドイツでは 2003 年から二次予防と疾患の重症化の予防を目的とする疾病管理プログラムが導入されている。そこで、初年度は、糖尿病などを対象に導入されたドイツの疾病管理プログラムの成果について調査することで、わが国では現在対象外となっている「服薬中の者」などへの疾病群へのプログラム導入について検討した。ただし、ドイツでは糖尿病 2 型に対する疾病管理プログラムによって、治療のプロセスと質が向上したことが把握できたが、RCT 等の実験計画が導入前に検討されていなかったために、学術的な成果がまだ公表されていない。

ドイツの隣国のオーストリアにおいては、国民に対する健康診断を、国民社会保険法によって定めていることが判明した。そこで、今年度はオーストリアの健康診断制度について調査を行った。

調査から、オーストリアでは 18 歳以上の全国民が、年に一度無料で健康診断を受ける権利を有していることが判明した。健康診断は、保険者（疾病金庫）契約している開業医または病院、疾病金庫医療センターで受けられる。費用は、保険者（疾病金庫）が負担している。健康診断内容は、心臓・循環器疾病のリスク因子の早期発見、代謝疾病のリスク因子の早期発見（例：糖尿病）、頻度の高い癌疾病の早期発見（子宮頸癌、乳癌、腸癌）、禁煙・禁酒等のプログラム提供、歯周病の予防・治療、高齢者に対する聴力および視力検査が実施されていた。ただし、参加率は男女ともに 2 割弱であった。

日本との共通点としては、オーストリアの健康診断制度は一次予防が含まれていることである。具体的には、代謝疾病のリスク因子の早期発見プログラムが該当する。また、費用負担も保険者に課せられている。しかし、相違点も多い。二次予防による疾病の早期発見プログラムの種類も多い。また、主に保健師によって提供される日本の特定保健指導とは異なり、オーストリアでは医師が提供者である。オーストリアにおける健康診断による効果は、今回のヒアリング調査および文献調査からは得られなかった。しかし、1998 年には健康診断制度が導入されていたことも判明したために、今後、分析などが公表される可能性がある。その際は、日本の健診制度の改革への基礎資料となると考えられる。

A. 研究目的

平成 20 年 4 月よりから特定健康診査・特定保健指導（以下、特定健診・特定保健指導）が導入された。特定健診・特定保健指導の特徴は、40 歳以上 75 歳未満の全国民を対象に特定健診を実施し、その結果をもとに選定された対象者に特定保健指導を行うことである。当面の目標としては、2015 年度に 2008 年度と比較して糖尿病などの生活習慣病有病者・予備群を 25%減少させることである。しかし、特定健診・特定保健指導の効果に関するエビデンスはまだ存在しない。諸外国においても、日本同様の制度を導入している国は、少なくとも先進国にはない。

そこで本研究の目的は、諸外国における健診・疾病管理プログラムに関するエビデンスの収集と日本への導入を検討することとした。

初年度は、ドイツの疾病管理プログラムについて調査した。しかし、ドイツの疾病管理プログラムは、二次予防と疾患の重症化の予防を目的としているために、わが国では現在対象外となっている治療中の集団（服薬者）などへの介入プログラムであった。

本年度は、国民に対する健診を、国民社会保険法によって定めているオーストリアの健診制度について調査を行った。

B. 研究方法

オーストリア政府（連邦統計庁）および医科大学の研究者から情報収集を行った（ヒアリングは、オーストリアの公用語であるドイツ語の現地通訳を介した）。加えて、電子メール等での質問および資料提供を受けた。

ヒアリング先は、以下の二か所である。

(1) Paracelsus Medical University（パラケルスス医科大学）、Institute of General Practice、Family Medicine and Preventive Medicine、Andreas Sönnichsen 教授

(2) Statistics Austria（オーストリア連邦統計庁）、Christian HALPER 氏

C. 研究結果

I : オーストリアの国民社会保険法(以下、健診関連箇所のみ翻訳)

オーストリアにおける健康診断は、国民社会保険法(Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG))によって定められている。具体的には、条項 132b 条(132b. Vorsorge(Gesunden) Untersuchungen)である。

(1) 被保険者本人およびその家族(123 条)は毎年の健康診断の請求権を持つ。

(2) 中央連合会は同健康診断の実施についてガイドラインを規定しなければならない。ガイドラインでは、医学の発展と、連邦保険スポーツ省により国民の健康維持のために特に優先すべきとされる策を顧みながら、健診の目的と、対象となる人が特定される。健診の目的を定める際には、国民病とされる癌、糖尿病、心臓・循環器障害の早期発見に健診が役立つよう配慮されねばならない。健診目標を念頭におくと、健診の実施者としては、特に契約医、その施設、その他、契約合同診療所、独自施設が対象となる。さらに医療保険の運営者は、対象となる職業教育実施者（職業教育所の運営者）や事業所代表組織の了解を得、職場または職業教育所における健診を実施可能にするよう準備することもできる。

(3) (廃止)

(4) 健診の結果を連邦保険スポーツ省および連邦労働社会省に通知するという条件の下、132a 条 6 項が適用される。

(5) 健診によって生じる交通費は、135 条 4 項の規定に従って補償される。

(6) 医療保険の運営者は、強制保険および自主的な保険またはその他の連邦法によっては、これら給付に対する請求権が無い人々に対しても、健診を行わねばならない。連邦は、実際にこの種の健診によって生じ証明された医療保険運営者側の費用を補償し、中央連合会に振り込まねばならない。

事務手続きの簡素化に役立つのであれば、連邦は補償費を、連邦保険スポーツ省の了解の下連邦労働社会省が各医療保険運営者が行う健診の数とその平均費用を考慮して定めた包括額にして、返済することできる。中央連合会は同額を、対象者の請求権に対し彼らから請求を受けた分を各医療保険運営者に分配せねばならない。さらに、強制保険または自主的加入保険の枠外でしか受給権が無い人も、健康診断実施機関にとっては健康診断実施の際は被保険者やその被扶養者と同格であるという条件の下で、2~4項の規定が適用される。

II：オーストリアにおける健康診断の概要

II-1:背景

オーストリアにおける健康診断の重点は、心臓・循環器の疾病および癌疾病にある。これらの疾病はオーストリア国内で最も多い死因である。オーストリア統計によると、オーストリアでは毎年約 12000 人が心筋梗塞に罹る。結果、その約半分が亡くなる。癌は全体の約 25% を占め、二番目に多い死因となっている。心臓・循環器および癌疾病の頻度とその死亡数を減らすことも、健康診断の目的である。

II-2:目的

健康診断の目的として、以下の二つを挙げている。

- 1) 健康リスク因子の減少（一次予防）
- 2) 疾病の早期発見（二次予防）

第一に、疾病リスクを適時に見つけ減じることで疾病の発生を防ぐ、第二に治癒の確率を高めるため、疾病を早期発見し治療することとしている。

II-3:健康診断プログラム

オーストリアでは、以下の 6 種類のプログラムがある。

(1) 心臓・循環器疾患の早期発見プログラム

心臓・循環器疾患は、オーストリアでは最も多い死因である。オーストリア連邦統計庁によると、年間約 32000 人（死亡件数の 43%）が同疾患の末、死亡している。心臓・循環器疾患のリスク因子は（特に心筋梗塞）、高コレステロール、高血糖値、体重過多、喫煙である。

心臓・循環器の疾病を早期発見するために、個人のリスクプロファイルを健康診断の際に作成する。ここには生活習慣（例えば喫煙やアルコールの消費）が、体重や血圧といった身体的および内科的な値と関連づけられている。これにより医師は、心臓・循環器疾患のリスクの高さを調べることができる。

(2) 代謝疾患のリスク因子の早期発見プログラム

糖尿病も心臓・循環器疾患同様に患者数が多く、オーストリアの国民病の一つといわれている。オーストリア糖尿病協会によれば、オーストリア国民の 7~8% が糖尿病に罹患しており、大部分は二型糖尿病である。長期にわたり治療しないでいると、重い障害に発展する。例えば心筋梗塞や脳卒中、動脈硬化、糖尿性腎症等である。糖尿病のリスク因子を早目に発見することが重要であり、本プログラムは健康診断の重要視されている。糖尿病リスクを評価する血糖値の測定を行う。また、医師は病歴を調べ、また家族が糖尿病になったことがあるかも尋ねる。

(3) 癌の早期発見プログラム

癌で亡くなる人は年間 19000 人おり、オーストリアでは二番目に多い死因となっている。癌の早期発見により、癌が進行してしまっただちに行う治療と比べ患者に負担の少ない治療法を施すことが可能である。

(3-1) 子宮頸癌の早期発見

子宮頸癌の早期発見のため 18 歳以上の女性は、健康診断時に PAP テストと呼ばれる細胞採取を行うことが推奨されている。

(3-2) 乳癌の早期発見

健康診断では40歳以上の女性に対し2年に1回マモグラフィー検査(胸部のレントゲン検査)を行う。

(3-3) 腸癌の予防

50歳以上の男女は、より範囲の広い腸癌早期発見検査を請求することができる。毎年の便潜血検査に加えて、10年ごとに腸内視鏡検査をうけられる。

(4) 禁煙、禁酒、薬物使用の予防プログラム
タバコ、アルコール、薬物使用についての調査があり、禁煙、禁酒等の支援を提供する。

(5) 歯周病予防

30歳をすぎると歯周病が歯を失う最大のリスク因子になる。歯を失う70%の原因が慢性歯周炎である。多くの場合は痛みも無く病気が進行することから、気がつかないことも多い。健康診断の目的は、歯周病のリスクを知るとともに、適切な予防により病気の進行を遅くする、または治療を行う。

(6) 高齢者に対する聴力および視力検査

65歳以上の健康診断では、聴力および視力検査を行う。65歳以上のほぼ1/3が聴覚および視覚障害を持つ。聴力が弱体化しても認識していない人が存在する。適切な治療により生活の質を大きく向上させることができる。

II-4:健康診断対象者

オーストリアに居住する満18歳以上の国民が健康診断を年に一度無料で受診することができる。また、保険に加入していなくても、居住地を管轄する地域疾病金庫に健康診断のための代替疾病保険証を発行してもらえば、健康診断を受けることが可能である。

II-5:健康診断の提供者

一般開業医、内科医、肺の専門医。さらに子宮頸癌のPAPテストは一般開業医および産婦人科開業医も実施することができる。

II-6:健康診断の費用負担

年に一回の健康診断の費用は社会保険で負担する。保険に未加入の人にも請求権があり、その費用は管轄の地域疾病金庫が担う。

II-7:追加健康診断プログラム

健康診断を担当した医師が必要性を判断した場合、放射線専門医への委任状を発行し、マモグラフィー検査が受けられる、さらに、腸内視鏡検査も可能である。

II-8:健康診断の効果

オーストリア社会保険中央連合会は、過去何十年間で寿命が延びたことに健康診断が大きく寄与した、としている。1974年にオーストリアで健康診断を導入した時の平均余命は女性で約75歳、男性では67歳だった。今日、女性は平均7年、男性は8年延びた。

個々の疾病においても健康診断の効果がみられる。簡単な細胞採取検査(PAPテスト)の導入より、過去二十年で子宮頸癌の死亡率を、50%ほど下げることができた。これ以外にも、高血圧の早期治療により、1980年以来脳卒中による死亡件数が45%ほど減少した。

D. 考察

オーストリアには、全国民を対象とした健康診断制度が存在する。

日本との共通点としては、オーストリアの健康診断制度には一次予防が含まれていることである。具体的には、代謝疾病のリスク因子の早期発見プログラムが該当する。また、費用負担も保険者に課せられている。

だが、相違点も多い。二次予防による疾病の早期発見プログラムも含まれている。癌検診が3種類存在し、禁煙、禁酒、薬物使用の予防プログラムもある。さらには、歯周病、高齢者に対する聴力および視力検査

などもある。また、日本の特定保健指導は、主に保健師によって提供されるが、オーストリアでは医師が提供者である。

オーストリアにおける健康診断受診率が低いことも挙げられる。2008年では男性が約13%、女性は約14%である（出典：GÖG/ÖBIG 2010a, HVB 2010）。

健康診断による効果は、不明である。平均寿命は、健康診断のみの影響ではないからである。だが、子宮頸癌の死亡率低下には、癌検診が影響している可能性がある。オーストリアにおけるそれぞれの健康診断プログラムの効果分析などは、ヒアリング調査および文献調査からは得られなかった。しかし、1974年には健康診断制度が導入されているために、今後の分析、成果の発表がまたれるところである。

E. 結論

オーストリアでは18歳以上の全国民が、年に一度無料で健康診断をうける権利を有している。健康診断は、保険者(疾病金庫)が契約している開業医または病院、疾病金庫

医療センターで受けられる。費用は、保険者(疾病金庫)が負担している。健康診断内容は、心臓・循環器疾病のリスク因子の早期発見、代謝疾病のリスク因子の早期発見(糖尿病)、頻度の高い癌疾病の早期発見(子宮頸癌、乳癌、腸癌)、禁煙・禁酒等のプログラム、歯周病の予防・治療、高齢者に対する聴力および視力検査が実施されている。ただし、参加率は男女ともに2割弱であった。

オーストリアにおける健康診断による効果は、今回のヒアリング調査および文献調査からは得られなかったが、今後、分析などが公表される可能性がある。その際は、日本の健康診断制度の改革への基礎資料となると思われる。

F.研究発表

該当なし

G.知的所有権の取得状況

該当なし

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
古井 祐司	これでわかる特定保健指導 (共著)	じほう		127-158	2011
古井 祐司 野口 美紀	国民の健康づくりに寄与する保健指導の具体像が見えてきた	日本栄養士会雑誌	54(2)	10-12	2011
渡邊 美穂 市川 太祐 大橋 健 倉橋 一成 古井 祐司	初期の体重減少は保健指導効果の予測因子となる	厚生 の 指標	58(7)	27-29	2011
市川 太祐 渡邊 美穂 古井 祐司	テキストマイニング手法を用いた指導者のクセの「みえる」化	日本公衆衛生雑誌	58(10)	206	2011
古井 祐司	健康経営を実現させる保健事業（前編）	共済新報	52(4)	12-15	2011
古井 祐司	健康経営を実現させる保健事業（後編）	共済新報	52(6)	6-10	2011

IV. 研究成果の刊行物・別刷

これでわかる

特定保健指導

編著 奥 真也

会津大学先端情報科学研究センター
医学・医療クラスター教授

中島直樹

九州大学病院
メディカルインフォメーションセンター准教授

JiO じほう

代行するサービスで、健診結果などのデータ入力からXMLデータへの変換、提出用ファイルの作成までを一括して代行します。データを預かって、加工して納品するものから、ASP (application service provider) 方式で展開されているものまで多種のものが知られます。

株式会社ケーアイエスが提供していたフリーソフト Check-ups はそのなかでも草分けとして位置づけられるものでしたが、2010年(平成22)年3月にフリーソフトの提供は休止されました(有料サービスは現在も実施されています)。

特定保健指導におけるICTツールの発展

特定保健指導というのは広く生活習慣病に関わる予防医療という観点でみると、限定された使用方法ではありますが、具体性があるためにICTツールの有効性が明確です。ここまでみてきたように、制度そのものの普及度合との関係で、ツールに対する希求感が乏しく、それが現在のITツールの状況を形成していると思われれます。今後、特定保健指導から制度に直接依拠しない保健指導一般、健康増進プログラムに対するICTの活用を知るために、特定保健指導のサポートツールに注目したいと思えます。

本来、予防というのは21世紀における医療の大きな変化のもととなるような大きな概念です。特定保健指導という局面的な状況に資することも重要であり、今後のパラダイム(健康への考え方や取り組み方)の変化にICTを利用したツールがどのように関わっていくかが興味深いところでは。



循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業：健康日本21の中間評価、糖尿病等の「今後の生活習慣病対策の推進について(中間とりまとめ)」を踏まえた今後の生活習慣病対策のためのエビデンス構築に関する研究(主任研究者 緒方裕光)、平成20～22年度

4

特定保健指導の流れ

事業運営の視点から

廣瀬史和、古井祐司

Point

- ❖ 特定保健指導は初回面接までの準備に想像以上の時間と労力を必要としている
- ❖ 特定保健指導は健診データの流通や対象者の選定などで特定健康診査との一体的な運営が必要である
- ❖ 医療保険者の努力だけで特定保健指導を円滑に運営することは難しく、事業所や健診機関の協力を得ることが非常に重要である

はじめに

特定保健指導を実施するにあたって、私たちは「いかに初回面接で動機付けをするか」、「いかに継続させるか」など、指導技術にばかり注目がちですが、実際には面接までの準備などの運営面が非常に重要であり、必要な作業がたくさんあります。そして、その作業をうまく進めていかないと、対象者の改善どころか保健指導を行うことさえ難しくなってきます。

私たちヘルスケア・コミッティー(HCC)は、特定保健指導を医療保険者から委託を受け実施しています。ここでは、私たちのような保健指導機関が、主に健康保険組合から委託を受けて各事業所を訪問して初回面接を実施する場合の事業運営を中心に紹介し、その運営を行っていかなくて浮き彫りになってきた課題と改善案について述べます。

保健指導機関による特定保健指導サービスの運営概要

保健指導機関が、主に健康保険組合から委託を受けて、保健指導機関が各事業所を訪問し、初回面接を実施する場合の運営について、初回面接までを中心に流れを説明します。特定保健指導というと、初回面接か

らスタートというイメージをもっている方も多いと思われそうですが、実際は初回面接を実施するまでが、最も多くの時間と労力を必要とします。一般的には、健診が終了してから初回面接を実施するまでに、3～6カ月の期間が必要となります。対象者の階層化が完了してからでも、初回面接を実施するまでには、1～2カ月程度の期間を要します。

▶保健指導機関が初回面接までに準備すること

①実施計画を立てる

医療保険者と保健指導機関が、どの事業所に対して、どのような指導内容で、いつ頃面接を実施するかなど、今年度の実施計画を決定する。

②健診機関や事業所より健診結果データを受け取る

医療保険者が特定健康診査後、その結果をまとめた健診結果データを健診機関や事業所より受け取る。

③健診結果データより階層化を行い、特定保健指導対象者を抽出する

医療保険者が特定健康診査の結果より、特定保健指導の対象者を割り出すために階層化を行う。さらに階層化によって抽出された対象者のなかから、受診勧奨値を超える方についての対応を決め、最終的な対象者を決定する。一般には医療保険者が行うが、保健指導機関が医療保険者からアドバイスを求められる場合も少なくない。

④医療保険者より健診結果データを受け取る

保健指導機関が特定保健指導を行うための情報として、医療保険者より保健指導対象者の健診結果データを受け取る。

⑤健診結果データを登録(加工)し、保健指導実施者と情報を共有する

WEBなどのシステムを使用して保健指導を行う場合は、保健指導機関が健診結果データをシステムへ登録する。通常は健診結果データをXML形式で受け取る。保健指導実施者はシステムにアクセスをして自分が担当する参加者の情報を閲覧する。参加者と保健指導実施者はシステムを使用して支援のやりとりを行う。

WEBなどのシステムを使用しない場合は、受け取った健診結果データを保健指導機関が加工をし、保健指導実施者に対して担当す

る参加者の健診情報を、データまたは用紙で共有する。支援のやりとりは、手紙やメールソフトを使用してメールで行う。

⑥事業所に特定保健指導の説明を行い、面接時期や面接場所等の具体的な調整をする

医療保険者と保健指導機関(または医療保険者のみ)が、特定保健指導の制度内容と、今回行うプログラムの説明をする。スケジュール、案内文の内容、未申込者への督促、面接時期や面接場所、面接当日の対応等の作業内容と、その役割分担を決定する。

⑦対象者に案内を送り、参加の意思を確認する

医療保険者または保健指導機関より、対象者に案内を送り、参加の意思を確認する。必要に応じて事前アンケートをあわせて行う。

⑧未申込者に対して督促を行う

医療保険者、事業所、保健指導機関のいずれかが、状況に応じて未申込者に督促を行う。

⑨申込者に対して、面接日時の調整を行う

申込者に対して、面接日時の調整を行う。方法は「保健指導機関と参加者」、「事業主と参加者」、「医療保険者と参加者」の3つの方法がある。業務とのバランスがあるため、事業主と参加者で行うことがスムーズである考えられる。

⑩面接および指導を行う保健指導実施者を決定する

保健指導機関が申込者数や日程にあわせて面接を実施する保健指導実施者を決定する。

⑪保健指導実施者に対して、対象者の情報を共有する

保健指導機関が保健指導実施者に対して対象者の情報を共有する。共有方法は、⑤で示したように、システムを使用している場合と使用していない場合とで異なる。

⑫会場および資料を準備して、初回面接を実施する

保健指導機関は面接に向けての資料などの準備を行い、事業所(または保健指導機関)では会場の設営をし、面接当日の対応をする。