

高かった（図5）。

また、特定健診・保健指導の実施にあたっての課題として、データ管理・分析・事業評価、制度の周知不足、業務量の多さ、システムに関する事項、特定健診以外の健診・検査からのデータ取得などが挙げられた（図6）。これら課題を、保険者の規模別に見ると、規模の大きい保険者ほど、制度の周知不足や、システムに関する事項、特定健診以外の健診・検査からのデータ取得、データ管理・分析・事業評価、後期高齢者支援金加算・減算の仕組み、委託先との調整などを課題として認識する傾向にあった。一方、規模の小さい保険者では、指導者のスキルや、業務量の多さを課題として認識していた（表4）。

以上より、効率的・効果的な特定健診・保健指導の実施にあたって考慮すべきポイントとして、以下の2点が挙げられる。

○ 効率的な事業計画の立案

どのような手法をとったほうが受診率・利用率の向上につながるのか、地域にはどのような住民が多くどの集団を優先すると効果を最大限に引き出せるのかを分析してから事業計画を立てていくことが有効であると考えられる。

○ 他の健診結果や医療機関データの受領

事業の課題として挙げた事項を解決するにあたっては、システムに関する事項といった設備面に関する整備を要するもののほかは、関係者間の連携体制の構築により解決される課題が多い。特定健診以外の健診・検査からのデータ取得といった課題については、連携の代表的な例であり、健診受診率及び保健指導の利用率向上には、事業主健診や人間ドック等他の健診の結果を受領したり、医療機関に通院中の人のデータを可能な

限り受領することが重要である。そのためには、事業主や衛生部門、受診者に結果提出の協力を求めたり、治療中の患者については、医療機関にデータの提供の依頼や受領できるシステムづくり、受診勧奨の協力依頼が必要と考えられる。

3. 効果的な事業運営

積極的支援プログラムのポイント数と、階層化レベル、内臓脂肪症候群レベルが改善した人の割合の関係について検討した結果、内臓脂肪症候群レベルが改善した人の割合は、ポイント数の増加に伴い多くなっていた。一方、階層化レベルが改善した人の割合は、ポイント数にかかわらず一定の効果が認められた（図7）。

また、保健指導の継続性と検査値の改善の関係について、平成20年度の特定健診を受けて特定保健指導の対象となり、かつ平成21年度にも特定健診を受診した人を対象とし、その中から保健指導終了者と途中脱落者、未利用者をグループ分けし、2カ年の特定健診の結果を比較すると、動機付け支援、積極的支援ともに保健指導を終了した人は、未利用者よりも内臓脂肪症候群レベルが改善する傾向にあった（図8-1～2）。

以上より、特定健診・特定保健指導を効果的に進めるためのポイントとして、以下の2点が挙げられる。

○ 特定保健指導のプログラムの充実

特定保健指導は、個々の生活に合わせた内容とし、個別と集団形式を組み合わせ、個々の生活環境に応じたプログラムを用意していくことが望ましい。その際には、必ずしもポイント数が高い保健指導プログラムを求める必要はないと考えられる。

○ 継続した保健指導の実施

プログラム内容を検討するにあたっては、継続性を確保する観点から、ポピュレーションアプローチとの連携や、前年度の参加者に地域での健康活動を企画してもらったり、参加者のコミュニティを形成し、行動変容の相乗効果をねらう他、仲間を勧誘してもらう等が考えられる。参加者が楽しんでプログラムに参加できるよう、指導の切り口を工夫することも必要である。また、退職等に伴う保険の切り替えの際にも、継続的な保健指導が実施できるよう、保険者間での情報提供が必要である。

4. 制度の周知

特定健診の円滑な実施のために改善が必要と考えられる項目として、「制度周知方法」が最も多くの保険者より挙げられた(表5)。

特定健診の受診率向上のための工夫点として、伸び幅の大きな保険者と小さな保険者で行っている割合に特に差が出ている工夫点は「電話案内」であった(図9)。一方、大規模保険者(政令市・特別区及び被保険者数10万人以上の市)では、保険者が直接すべての対象者に対し電話案内や個別訪問による勧奨を行うことは非常に困難であり、大規模保険者で伸び率と関係性が見られる工夫点としては、「地域人材の活用」及び「その他関係団体を通じての呼びかけ」が挙げられた(図10)。

以上より、制度の周知を進めるにあたってのポイントとして、以下の2点が挙げられる。

○ 制度周知の徹底

制度が始まって3年が経過したが、被保険者の側から見ると、いまだに制度が伝わっていない面があり、制度の周知が

ポイントとなる。その際には、ケーブルTV、コミュニティFM、防災無線など既存の地域のネットワークや、メディア等を最大限活用することや、保険者による制度の説明会などの他、国保連合会や都道府県、保険者協議会等と連携するなど広域的な広報も検討することにより、制度周知の徹底を図ることが望まれる。

○ 地域団体への働きかけ・人材の有効活用

商工会や農業・漁協、企業といった対象者が所属している団体と協力した受診勧奨の実施、地域人材の育成や、町内会や健康づくり推進委員等の健康づくりに関する地域団体・人材との連携により、地域に密着した勧奨を行うことも有効と考えられる。また、地域の住民が受診勧奨等の活動を行うことにより、地域の自主的な活動に発展させ、地域全体の健康意識の向上にもつなげていくことが重要である。

D. 結論

全国の市町村国保保険者を対象とした大規模な調査結果から明らかとなった特定健診・保健指導の実態や課題をもとに、今後、この制度を効率的・効果的に実施していくために参考となる取り組みの具体的なポイントを提案することができた。各保険者の実態に応じて、まず取り組むべきことの整理や優先順位を立てるための一助となることが期待される。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

特になし

G. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

参考文献

「市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会」報告書. 国民健康保険中央会. 2011.

研究協力者

齋藤智子 (福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座助手)

表 1. 保険者規模の 6 区分類型

	被保険者数	保険者数	構成比
政令市・特別区		42	2.4%
市 (政令市・特別区を除く)	10 万人以上	33	1.9%
	5 万～10 万人未満	73	4.2%
	5 万人未満	661	37.6%
町村	5000 人以上	296	16.8%
	5000 人未満	652	37.1%
計		1757	100.0%

表 2. 実績の 3 区分類型

	基準		保険者数	構成比
受診率	上位	40%以上	571	32.5%
	中位	30%以上 40%未満	566	32.2%
	下位	30%未満	620	35.3%
	計		1757	100.0%
動機付け支援 利用率	上位	50%以上	531	30.3%
	中位	25%以上 50%未満	513	29.3%
	下位	25%未満	709	40.4%
	計		1753	100.0%
積極的支援 利用率	上位	35%以上	578	33.0%
	中位	15%以上 35%未満	531	30.3%
	下位	15%未満	642	36.7%
	計		1751	100.0%

表 3. 伸び幅の 3 区分類型

	基準		保険者数	構成比
受診率	上位	2%以上	557	31.8%
	中位	-2%以上 2%未満	755	43.0%
	下位	-2%未満	442	25.2%
	計		1754	100.0%
動機付け支援 利用率	上位	5%以上	657	39.3%
	中位	-5%以上 5%未満	520	31.1%
	下位	-5%未満	495	29.6%
	計		1672	100.0%
積極的支援利 用率	上位	5%以上	562	34.2%
	中位	-5%以上 5%未満	544	33.1%
	下位	-5%未満	539	32.8%
	計		1645	100.0%

表4. 特定健診・特定保健指導の全体を通じての課題

	全体	特定健診・特定保健指導の実施にあたっての保険者における問題点・課題																	
		制度周知不足	庁内連携・庁内の理解不足	健診基準のあり方	保健指導の対象者の選定方法	年度途中異動者への対応	システム関連	特定健診以外の健診・検査からのデー	委託先との調整	保健指導の内容	指導者のスキル不足	特定保健指導非該当者への保健指導	データ管理・分析・事業評価	後期高齢者支援金加算・減算の仕組み	被扶養者への対応	業務量の多さ	その他	無回答	
	全保険者合計	1757 100.0	728 41.4	353 20.1	427 24.3	348 19.8	453 25.8	572 32.6	543 30.9	223 12.7	354 20.1	380 21.6	625 35.6	801 45.6	383 21.8	200 11.4	707 40.2	150 8.5	121 6.9
政令市・特別区	合計	42 100.0	22 52.4	10 23.8	8 19.0	9 21.4	15 35.7	24 57.1	20 47.6	14 33.3	8 19.0	4 9.5	15 35.7	24 57.1	21 50.0	4 9.5	11 26.2	5 11.9	1 2.4
市(政令市・特別)	合計	33 100.0	20 60.6	8 24.2	7 21.2	5 15.2	8 24.2	16 48.5	13 39.4	11 33.3	3 9.1	4 12.1	10 30.3	18 54.5	15 45.5	1 3.0	9 27.3	5 15.2	1 3.0
市(被保険者数5)	合計	73 100.0	34 46.6	21 28.8	21 28.8	17 23.3	25 34.2	29 39.7	29 39.7	19 26.0	14 19.2	13 17.8	36 49.3	40 54.8	16 21.9	6 8.2	32 43.8	13 17.8	3 4.1
市(被保険者数5)	合計	661 100.0	316 47.8	164 24.8	182 27.5	151 22.8	177 26.8	251 38.0	235 35.6	92 13.9	131 19.8	129 19.5	261 39.5	331 50.1	174 26.3	59 8.9	274 41.5	51 7.7	34 5.1
町村(被保険者数)	合計	296 100.0	119 40.2	59 19.9	68 23.0	49 16.6	75 25.3	89 30.1	76 25.7	32 10.8	66 22.3	58 19.6	110 37.2	138 46.6	59 19.9	40 13.5	113 38.2	26 8.8	24 8.1
町村(被保険者数)	合計	652 100.0	217 33.3	91 14.0	141 21.6	117 17.9	153 23.5	163 25.0	170 26.1	55 8.4	132 20.2	172 26.4	193 29.6	250 38.3	98 15.0	90 13.8	268 41.1	50 7.7	58 8.9

表5. 特定健診の円滑な実施のために改善が必要な項目

		全体	特定健診・円滑な実施のために改善が必要な項目 (主なもの3つまで)														
			制度周知方法	実施場所	実施期間	委託先	他の健診との同時実施の体	受診券の個別通知	健診結果の管理	対象者の設定(重点化)	費用清算	未受診者への勧奨	資格移動者の把握	その他	特になし	無回答	
	全保険者合計	1757 100.0	786 44.7	129 7.3	208 11.8	179 10.2	286 16.3	64 3.6	155 8.8	131 7.5	85 4.8	944 53.7	141 8.0	300 17.1	78 4.4	49 2.8	
政令市・特別区	受診率(上・中・下位)	上位	12 100.0	6 50.0	1 8.3	5 41.7	0 0.0	4 33.3	1 8.3	0 0.0	2 16.7	0 0.0	6 50.0	1 8.3	1 8.3	1 8.3	0 0.0
		中位	12 100.0	4 33.3	0 0.0	2 16.7	1 8.3	3 25.0	1 8.3	0 0.0	0 0.0	1 8.3	8 66.7	2 16.7	0 0.0	0 0.0	1 8.3
		下位	18 100.0	9 50.0	0 0.0	2 11.1	2 11.1	5 27.8	0 0.0	2 11.1	0 0.0	0 0.0	11 61.1	4 22.2	3 16.7	0 0.0	0 0.0
市(政令市・特別区を除く被保険者数10万人以上)	受診率(上・中・下位)	上位	7 100.0	2 28.6	1 14.3	1 14.3	0 0.0	1 14.3	1 14.3	0 0.0	0 0.0	1 14.3	3 42.9	1 14.3	1 14.3	0 0.0	1 14.3
		中位	10 100.0	3 30.0	0 0.0	0 0.0	1 10.0	4 40.0	0 0.0	0 0.0	10 10.0	2 20.0	3 30.0	0 0.0	3 30.0	1 10.0	0 0.0
		下位	16 100.0	11 68.8	0 6.0	2 12.5	0 0.0	4 25.0	0 0.0	0 6.3	1 6.3	3 18.8	9 56.3	3 18.8	5 31.3	0 0.0	0 0.0
市(被保険者数5万人以上10万人未満)	受診率(上・中・下位)	上位	9 100.0	3 33.3	0 0.0	0 0.0	1 11.1	2 22.2	0 0.0	0 0.0	1 11.1	0 0.0	6 66.7	0 0.0	0 0.0	2 22.2	0 0.0
		中位	28 100.0	12 42.9	0 0.0	5 17.9	1 3.6	6 21.4	2 7.1	1 3.6	2 7.1	4 14.3	16 57.1	4 14.3	3 10.7	2 7.1	1 3.6
		下位	36 100.0	17 47.2	5 13.9	1 2.8	1 2.8	9 25.0	1 2.8	5 13.9	2 5.6	4 11.1	24 66.7	3 8.3	14 38.9	1 2.8	0 0.0
市(被保険者数5万人未満)	受診率(上・中・下位)	上位	160 100.0	65 40.6	10 6.3	25 15.6	18 11.3	18 11.3	2 1.3	15 9.4	11 6.9	6 3.8	70 43.8	17 10.6	31 19.4	10 6.3	2 1.3
		中位	228 100.0	101 44.3	16 7.0	17 7.5	25 11.0	54 23.7	11 4.8	21 9.2	18 7.9	16 7.0	120 52.6	21 9.2	45 19.7	7 3.1	3 1.3
		下位	273 100.0	138 50.5	22 8.1	29 10.6	24 8.8	58 21.2	14 5.1	21 7.7	24 8.8	13 4.8	152 55.7	15 5.5	56 20.5	7 2.6	9 3.3
町村(被保険者数5000人以上)	受診率(上・中・下位)	上位	78 100.0	34 43.6	7 9.0	8 10.3	9 11.5	9 11.5	0 0.0	6 7.7	2 2.6	2 2.6	43 55.1	8 10.3	13 16.7	6 7.7	1 1.3
		中位	115 100.0	58 50.4	12 10.4	14 12.2	7 6.1	13 11.3	5 4.3	10 8.7	7 6.1	2 1.7	70 60.9	10 8.7	11 9.6	2 1.7	4 3.5
		下位	103 100.0	47 45.6	9 8.7	10 9.7	13 12.6	18 17.5	4 3.9	10 9.7	11 10.7	4 3.9	61 59.2	8 7.8	21 20.4	2 1.9	1 1.0
町村(被保険者数5000人未満)	受診率(上・中・下位)	上位	305 100.0	130 42.6	14 4.6	39 12.8	32 10.5	30 9.8	4 1.3	37 12.1	28 9.2	9 3.0	156 51.1	23 7.5	38 12.5	26 8.5	10 3.3
		中位	173 100.0	68 39.3	12 6.9	29 16.8	28 16.2	18 10.4	5 2.9	13 7.5	10 5.8	12 6.9	99 57.2	14 8.1	30 17.3	4 2.3	8 4.6
		下位	174 100.0	78 44.8	20 11.5	19 10.9	16 9.2	30 17.2	13 7.5	12 6.9	12 6.9	6 3.4	87 50.0	8 4.6	23 13.2	7 4.0	8 4.6

※ (上) (中) (下) は、健診受診率が下記であることを示す。

(上) = 40%以上、(中) = 30%以上 40%未満、(下) = 30%未満

■ (□) は上位が下位よりも10%以上 (5%以上 10%未満)、該当者の割合が多いことを、

▨ (▩) は下位が上位よりも10%以上 (5%以上 10%未満)、該当者の割合が多いことを示す。

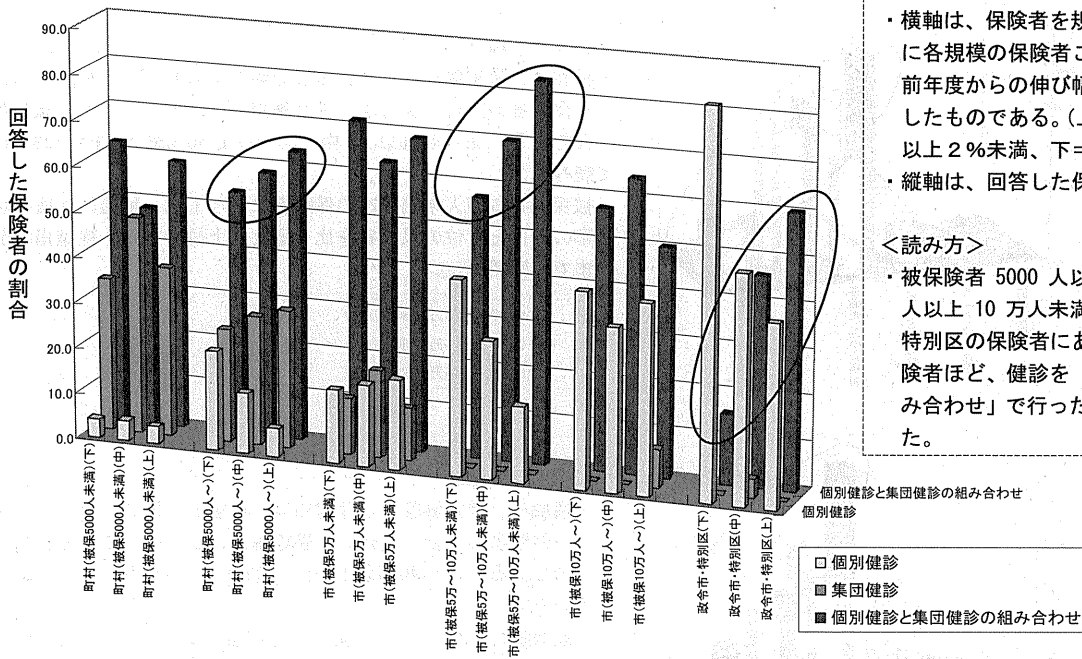


図1. 保険者が採用する特定健診の実施形態(個別・集団)と受診率の伸び率との関係

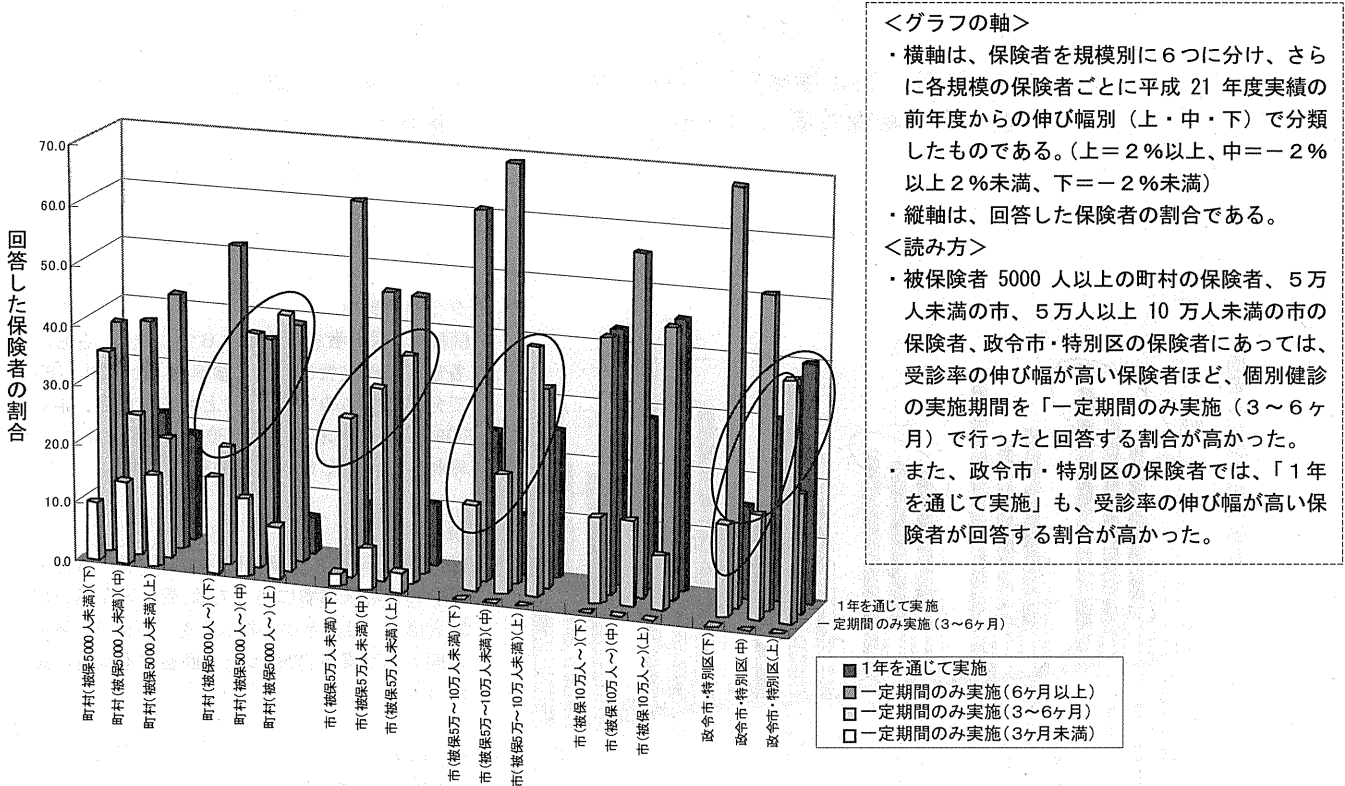


図2. 特定健診の実施期間(個別)と受診率の伸び率との関係

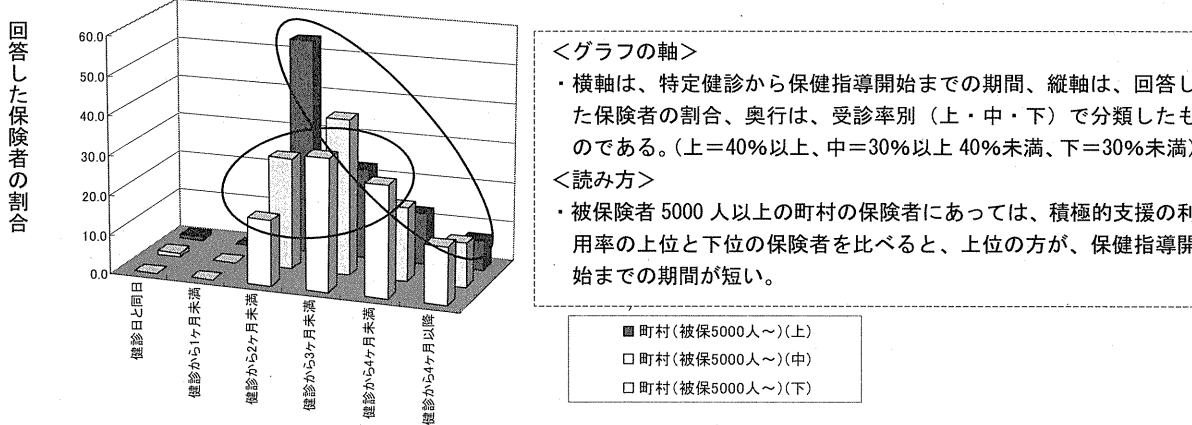
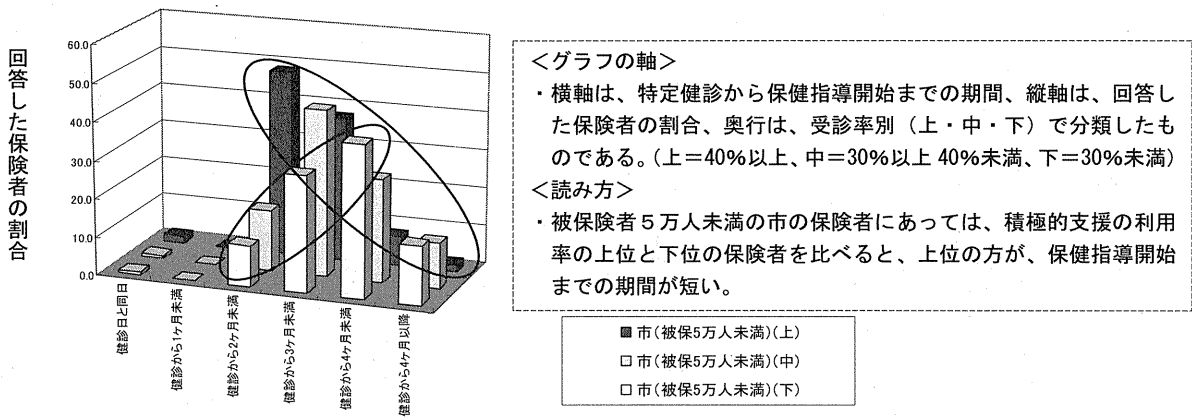


図3. 特定健診から保健指導（積極的支援）までの期間
 (上：市（被保険者5万人未満）、下：町村（被保険者5千人以上))

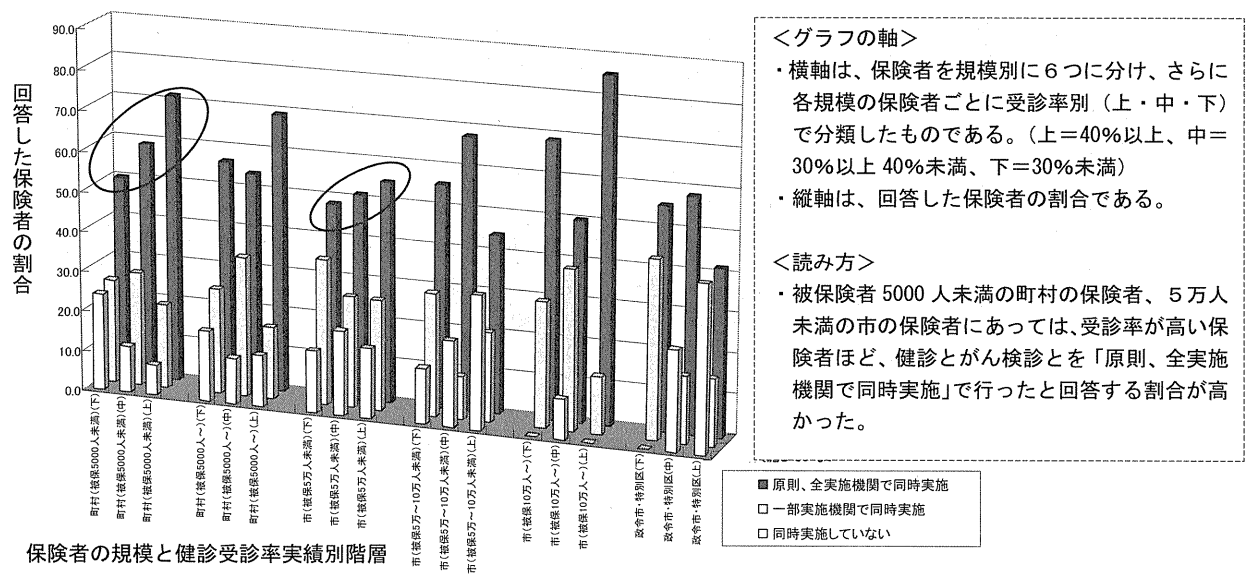


図4 - 1. がん検診との同時実施状況と受診率の実績との関係

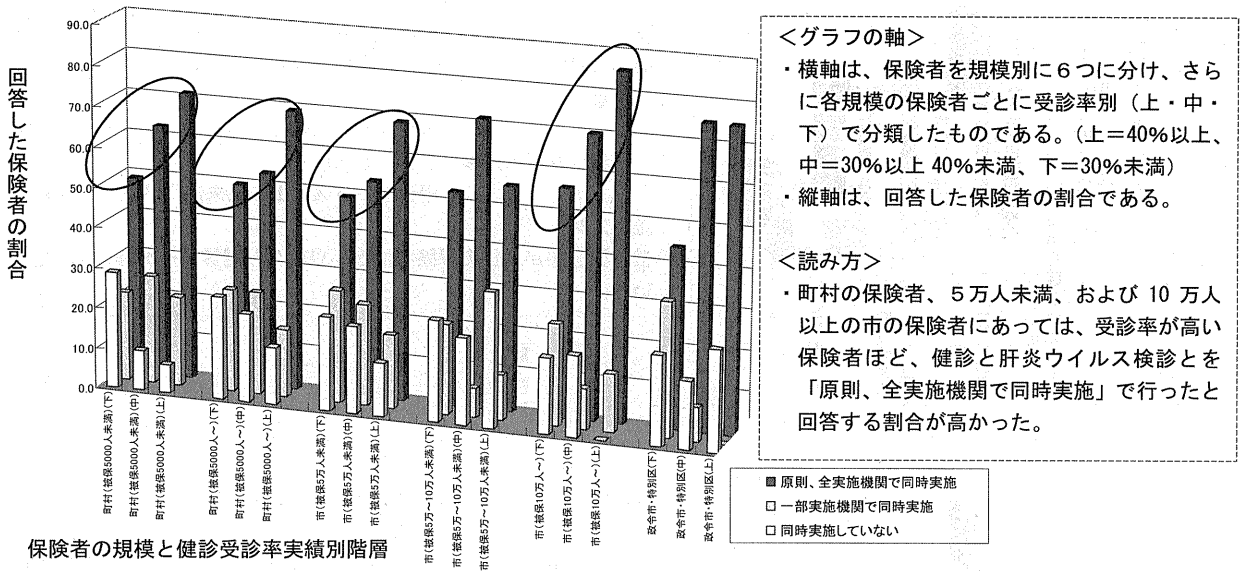


図4-2. 肝炎ウイルス検診との同時実施状況と受診率の実績との関係

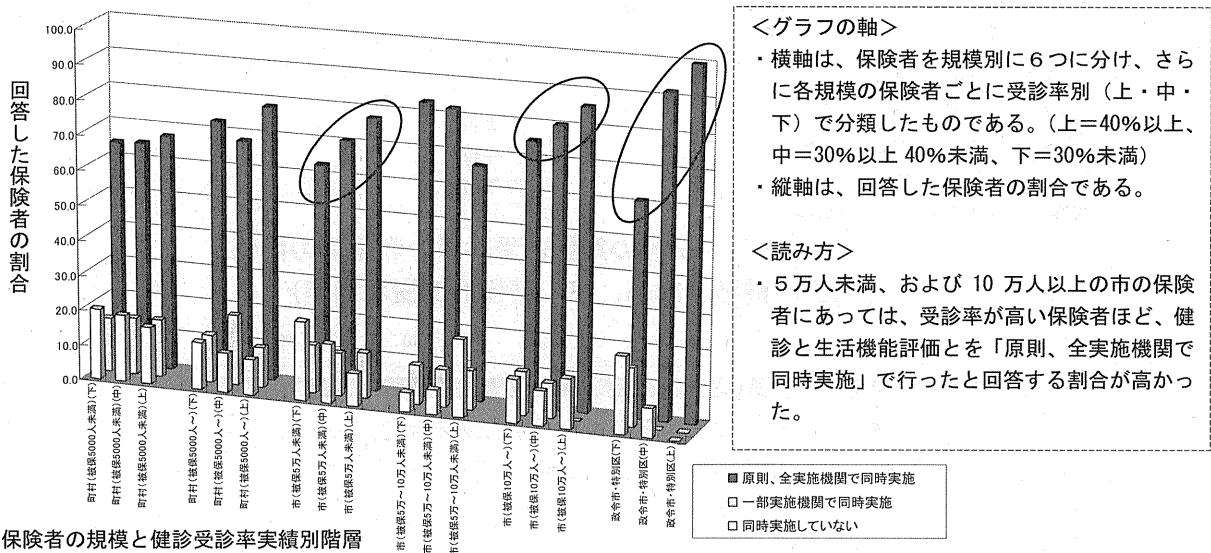


図4-3. 生活機能評価との同時実施状況と受診率の実績との関係

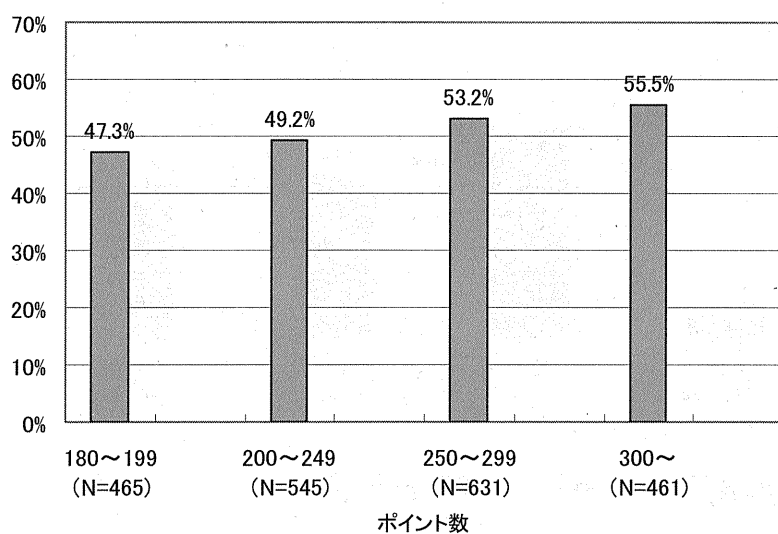
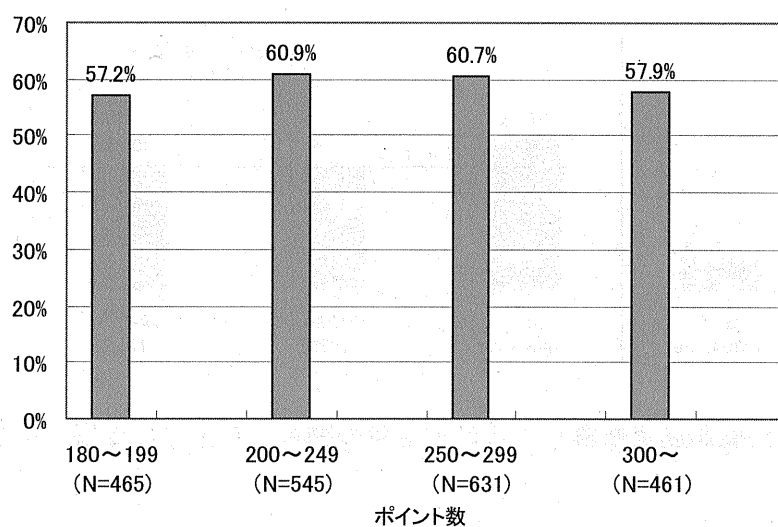


図7. 積極的支援プログラムのポイント数と階層化レベル、内臓脂肪症候群レベルが改善した人の割合（上：階層化レベル、下：内臓脂肪症候群レベル）

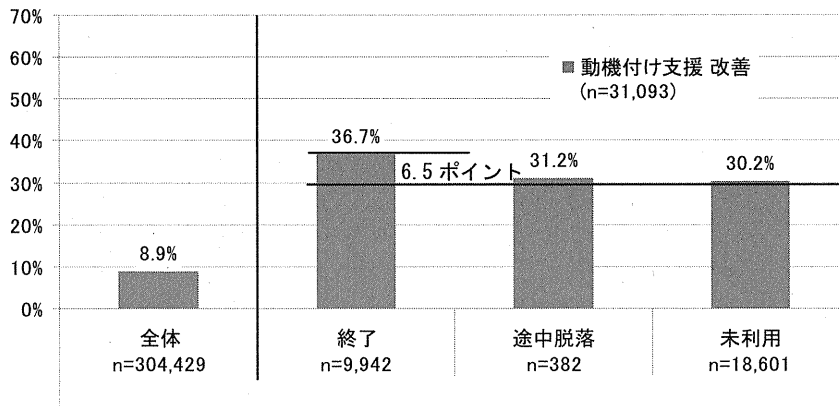


図 8 - 1. 内臓脂肪症候群レベルの改善者の割合：動機付け支援（平成 20-21 年度比較）

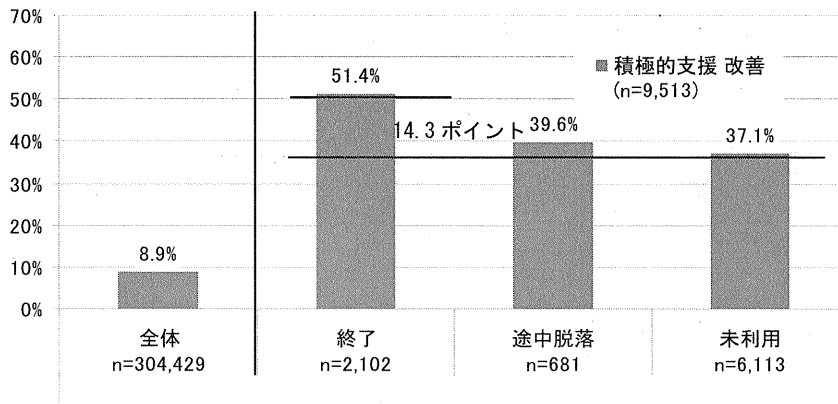


図 8 - 2. 内臓脂肪症候群レベルの改善者の割合：積極的支援（平成 20-21 年度比較）

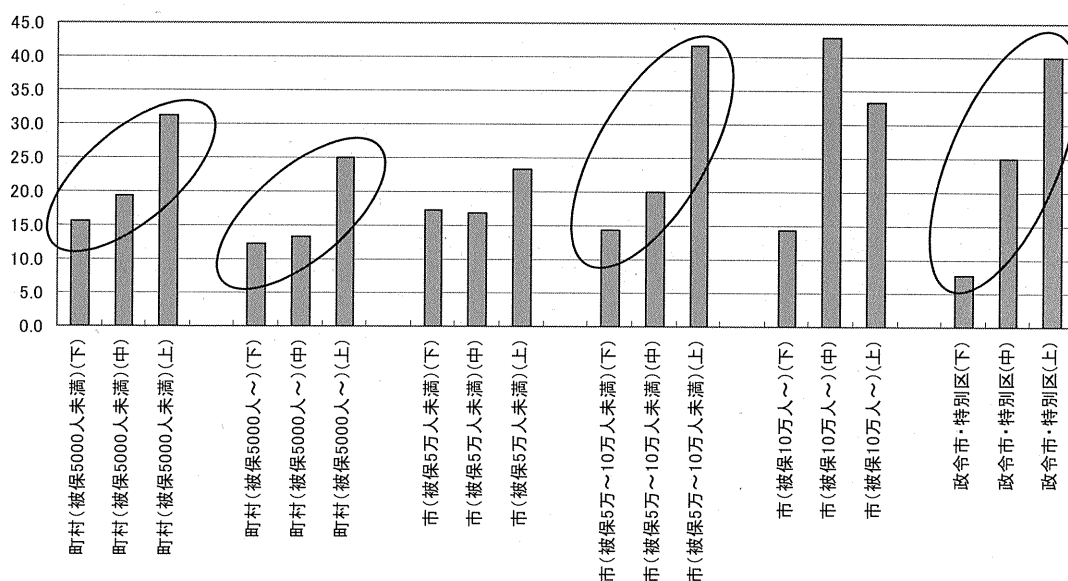


図9. 特定健診の受診率向上のための工夫点として「電話案内」をあげた保険者

※平成21年度実績の前年度からの伸び幅による集計。

健診受診率：上位＝2%以上、中位＝－2%以上2%未満、下位＝－2%未満

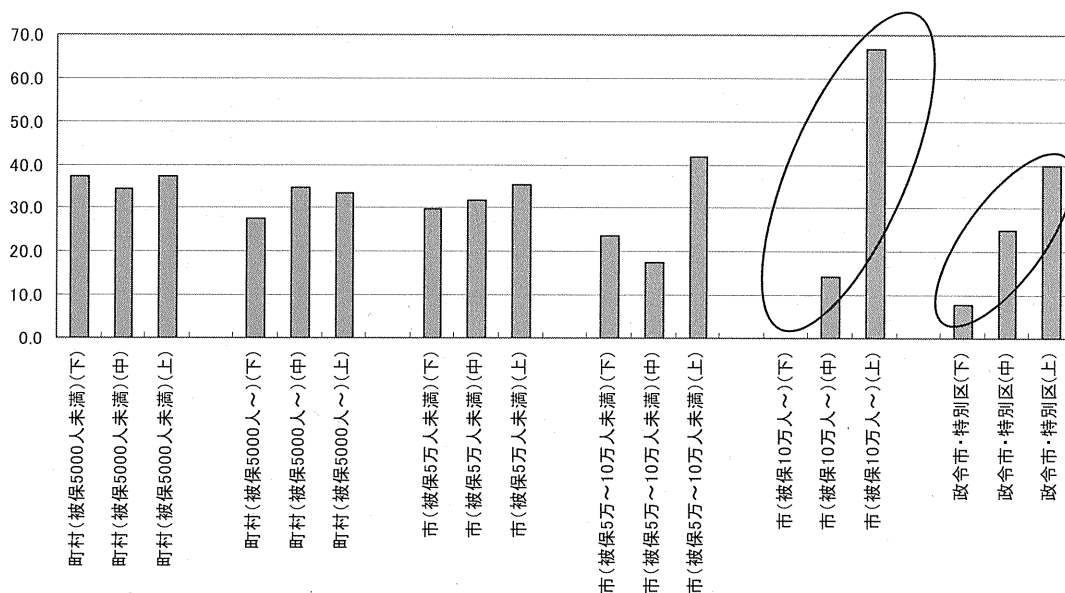


図10. 特定健診の受診率向上のための工夫点として「地域人材の活用」をあげた保険者

※平成21年度実績の前年度からの伸び幅による集計。

健診受診率：上位＝2%以上、中位＝－2%以上2%未満、下位＝－2%未満

厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)
特定健診保健指導における地域診断と保健指導実施効果の包括的な評価および
今後の適切な制度運営に向けた課題克服に関する研究

分担研究報告書

1. 特定健診データを活用した健康課題の分析と対策の検討
2. 特定保健指導の効果検証

研究分担者 津下 一代 あいち健康の森健康科学総合センター センター長
研究協力者 村本あき子 あいち健康の森健康科学総合センター 健康開発部長
田口 良子 愛知県健康福祉部健康対策課

研究要旨：

健康課題分析：愛知県では地域・職域の特定健診データを連結、分析することにより健康課題を明確化し、対策につなげるための仕組みを構築した。性・年代別の有所見率や、年齢調整を行った有所見率等の地域比較を行い、各医療保険者、自治体に返還するとともに、健康日本21評価に関する研修会で資料の活用法の演習をおこなっている。

保健指導効果：積極的支援の6ヶ月後、1年、2年後の保健指導効果を検証した。積極的支援により、SBP, DBP, TG, HDL-C, LDL-C, HbA1c, AST, ALT, γ GTPの有意な改善を認め、MetS該当者は48.2%→22.3%、対照群との間で変化量に有意差がみられた。動機づけ支援では腹囲は有意に減少したが他の検査値に有意な変化はなかった。

A. 研究目的

平成19年度まで実施されていた老人保健事業では、自治体の実施主体だったものの、住民票を確認するなどして正確に受診者を把握しているわけではなかったため、一般的にいて事業評価が困難であった。

それに対して、特定健診・特定保健指導制度は保険者に健診保健指導を義務付けているため、個人として追跡可能であり事業評価に適する。しかしその半面、自治体においては国民保険加入者に限定されるため、住民全体を把握することができないという欠点が指摘されている。衛生部門においてはポピュレーション戦略によって住民の意識啓発、環境整備等を実施していく必要があるが、保険者との連携がうまくいかな

いと健診情報が入手できず、住民の健康課題を把握しにくいことも課題といえる。

そこで愛知県では地域・職域連携協議会の場を活用し、衛生部門、各医療保険者（国保、健保、共済、協会）、医療専門職等で情報交換と研究、合意形成をおこない、各保険者のもつ匿名化データを集約、市町ごとに健康課題を分析できるしくみを構築した。性・年代別の有所見率や、年齢調整を行った有所見率等の地域比較を行い、各医療保険者、自治体に返還するとともに、健康日本21評価に関する研修会で資料の活用法の演習をおこなっている。

さらに、津下を主任研究者とする研究班では、企業健康保険組合・産業保健、市町村国保、保健指導機関等に協力を得て約40万件の特定健診

データベースを作成、40歳以上65歳未満の約25万件を対象に、積極的支援該当者に対する保健指導効果について分析している。保健指導の6ヶ月、1年後、2年後の各検査指標の変化、メタボリックシンドローム (MetS) 判定の変化、階層化判定の変化を対照群と比較、さらに性・年齢別、ベースラインのリスク別に効果を分析した。

B. 研究方法

1. 特定健診データを活用した健康課題の分析と対策の検討

愛知県内の各医療保険者の協力により、社会保険診療支払基金に報告するデータ (約90万件) を県に集約し、愛知県生活習慣病対策協議会地域職域連携部会 (部会長 津下一代) で方針を決定の上、愛知県衛生研究所にて分析を実施した。平成22年7月「都道府県別人口をベースにした推定値」による本県の特定健康診査受診者数は、117万人であるので、約75.4% (約3/4) を占めるものである。

2. 特定保健指導の効果検証

40歳以上65歳未満の積極的支援該当者40,509人、動機付け支援該当者10,886人を登録、支援実施例 (積極的支援8,059人、動機付け支援1,040人) を対象として、6ヶ月後、12ヶ月後にデータ変化を確認した。また保健指導実施群と非実施群でその変化を比較した。動機づけ支援については、動機づけ支援該当者に対して、①積極的支援を行った場合、②動機づけ支援を行った場合 (制度通り)、③支援を行わなかった場合の3グループに分けて効果を比較した。

評価指標としては、体重減少率、体重4%減量達成率、血圧・糖・脂質代謝の変化、MetS改善率 (悪化率)、階層化判定改善率 (悪化率)、受診勧奨判定値者数の変化、服薬率である。

C. 研究結果

1. 特定健診データを活用した健康課題の分析と対策の検討

①年齢区分別人口に占める特定健診受診率は男性は40~44歳で一番高く (34.3%)、女性では65~69歳 (36.1%) であった。男性の受診率は健保データに負うところが大きい。40~54歳までの女性の受診率が低いのが課題であり、この年齢層への対策が急務である。

②メタボリックシンドローム予備群・該当者率は、男性では39.6% (約3人に1人)、女性では16.0% (約6人に1人) であった。加齢とともに増加する傾向がみられた。【図1】

③肥満判定別にみた、糖尿病・高血圧・脂質異常のリスクを2個以上持つ人の割合では、「肥満/非肥満」の視点で見ると、40~44歳では男性2.5倍・女性4.4倍と一番高く、その後低下している。若い世代の肥満ほどハイリスクであり、重点的に保健指導を実施すべきと考える。

【図2】

④糖尿病・高血圧・脂質異常症の治療中・未治療 (受診勧奨・保健指導対象者) 別では、糖尿病は加齢とともに「未治療で保健指導対象者」が増加していくことに対し、高血圧・脂質異常症では「治療中」が増加する。特に脂質異常症の女性では、更年期以降の服薬者が急激に増加する。【図3~5】

⑤糖尿病治療の有無によるHbA1c判定区分では、治療中の男女について、受診勧奨となる6.1%以上が約7割であった。また、40~44歳では、8%以上が約3割存在し、若い世代程コントロールがしにくい現状であることが判明した。

【図6】

7 喫煙率は、男性は38.0%、女性は8.1%であった【図7】。地区別にみると、男性では臨海エリアが高いが女性では都市部が高かった。

2. 特定保健指導の効果検証

特定保健指導プログラムは22種類、継続的支援ポイントは180~400Pに分布した。職域は242.6±76.7ポイント、地域304.0±51.0ポイン

トであった。

積極的支援6ヶ月後に血液検査等を含む評価を行った1,155例(49.7±6.1歳、男性943例、女性212例)では体重は2.6±3.5kg減、SBP、DBP、TG、HDL-C、LDL-C、HbA1c、AST、ALT、 γ GTPの有意な改善を認め、有所見率の低下が観察された。メタボリックシンドローム(MetS)該当者は48.2%→22.3%(減少率53.9%)、MetS予備群該当者は93.5%→57.3%と減少【図8】。体重減少率2%ごとに分類して群間比較すると、SBP、DBP、TG、HDL-C、LDL-C、FPG、HbA1cの変化量に一元配置分散分析にて有意差がみられた【図9】。12ヶ月後の体重は2.1±3.7kg減、有所見率、MetS改善率は維持された。一方、対照群では有意な変化を認めなかった。

動機づけ支援該当者に対しては、①積極的支援を実施した例(n=1,267)、②動機づけ支援を実施した例(n=836)、③支援なし(対照群:n=8,783)が登録された。動機づけ支援実施群と対照群の間では腹囲、HbA1cの変化量に有意差が見られたのみで、他の検査値の変化に有意差はなかった。

サブ解析として、年齢による保健指導の効果を分析した。一健保における若年者(40歳未満)の積極的支援実施群(n=133, 36.9±1.7歳)と対照群(n=738, 36.4±2.7歳)で比較すると、12ヶ月後の体重減少率は支援群3.7±5.7%、対照群1.1±4.8%であった。支援群において、12ヶ月後の「体重4%減」達成率は42.9%、MetS減少率は70.2%、階層化判定改善者の割合は37.6%であるのに対し、対照群の「4%減」達成率は23.3%、MetS減少率は32.9%、階層化判定改善者の割合は40.8%であった。高齢者(65歳以上)を対象とした支援では、6ヶ月後の体重減少量は1.0±3.2kg(体重減少率 1.6%)、腹囲減少は1.0±3.5cmであり、40-64歳に比較して減少量は小さかった。

D. 考察

特定健診データは検査項目や問診項目の標準化がなされていること、電子的標準様式で登録されているためデータの集約が容易なこと、保険者内では経年的なデータの追跡が可能であることから、個人、地域の健康課題の分析が可能である。特定健診データは地区レベルで健康課題を検出するための指標であり、また保健指導実施率等は保健活動のアクティビティを判定する指標となりうると考えている。

今回、県内の医療保険者の協力を得て約4分の3の捕捉率となっているが、県外に事務所をおく保険者のデータは取得できないこと、逆に愛知県内の保険者のデータが必ずしも愛知県民ではない可能性もあることなどの課題もある。国において集約された特定健診データを、郵便番号などによって大まかな地域別に区分して自治体単位に戻し、県・市町村が主体的に分析できる体制づくりが望ましい。

現在、健康日本21の最終評価に取り組んでいる自治体が多いが、肝心の健康指標の評価が困難という状況にある。次期計画では、特定健診データを活用し、市町村単位で健康課題を分析できる仕組みをぜひ実現してほしい。確かに受診率による偏りが発生するが、一般的にいつてどの調査も回収率に苦労している状況である。労働安全衛生法データの活用や受療中の検査データの活用、受診者に対するインセンティブなどを含め、工夫を要するところである。

保健指導効果に関する検証では、積極的支援の1年後、一部では2年後の評価をおこなったところ、健診データの有意な改善効果を認めている。現在2年後の評価を行っているところであるが、保健指導をリピートすることでリバウンド防止効果がみられたり、服薬率が低下する傾向がみられている。一方、動機付け支援については十分な効果が得られているとはいえない。65歳以上の保健指導の在り方についても再検討を

要すると考えている。

E. 結論

特定健診データを統合分析することにより、地域の健康課題の把握に活かせるものと考えられた。積極的支援実施者では体重減少率にともない検査値の改善がみられること、1年、2年後の追跡結果でも非実施群よりも改善率が良好であり、服薬率は低かった。今後さらに追跡していく必要がある。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

(論文公表)

- 1) A Muramoto, K Tsushita, A Kato, N Ozaki, M Tabata, M Endo, Y Oike and Y Oiso. An *giopietin-like protein 2* sensitively responds to weight reduction induced by life-style intervention on overweight Japanese men. *Nutrition and Diabetes* (2011) 1, e 20; doi:10.1038/nutd.2011.16
- 2) Shunsaku Mizushima, Kazuyo Tsushita. *New Strategy on Prevention and Control of Noncommunicable Lifestyle-related Diseases focusing on Metabolic Syndrome in Japan*. Springer.2011:31-39
- 3) Akemi Ozeki, Akiko Muramoto Yumiko Tanmatsu, Taizou Kishimoto Akio Shinozaki and Kazuyo Tsushita. Does Maintenance of Body Shape Contribute to Health in Middle-Aged Women?-Relationship Between Changes in Body Shape During Over Thirty Years and Laboratory Findings-. *Anti-Aging Me*

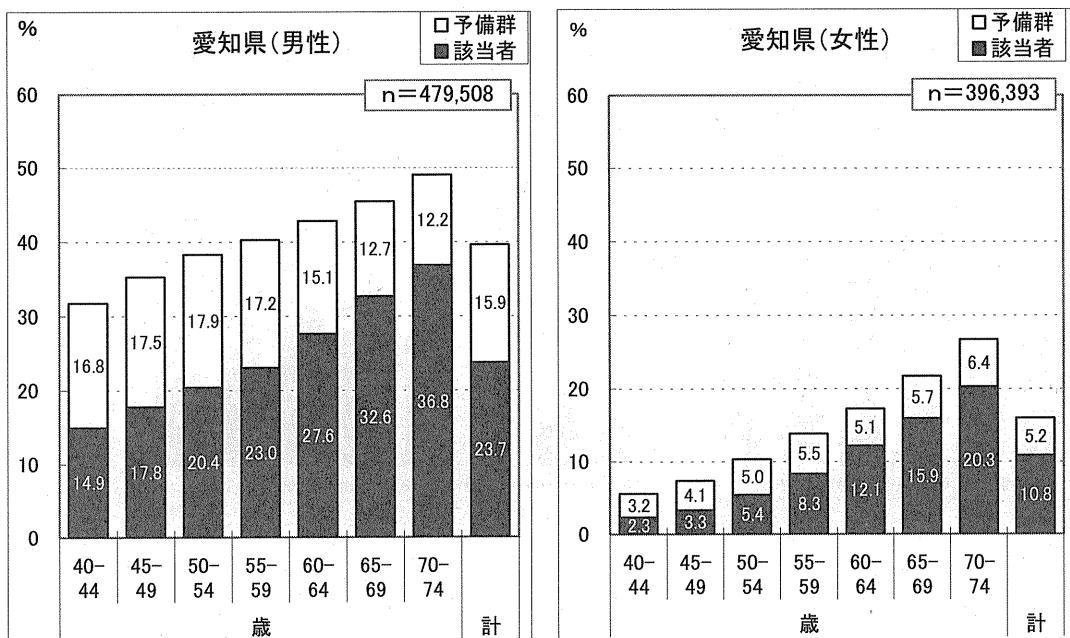
dicine 8 (5) : 53-59, 2011

- 4) 村本あき子、山本直樹、中村正和、小池城司、沼田健之、玉腰暁子、津下一代。特定健診・特定保健指導における積極的支援の効果検証と減量目標の妥当性についての検討。肥満研究。16 (3) 182-187.2010
- 5) 村本あき子、加藤綾子、津下一代。市町村国保におけるメタボリックシンドローム対策のための積極的支援型保健指導プログラムの1年後の効果評価。日本健康教育学会。18 (3) 175-185.2010
- 6) 津下一代。特定健康診査と特定保健指導。日本内科学会雑誌。100 : 903-910、2011
- 7) 津下一代。健康日本21・特定健診/特定保健指導制度の評価を踏まえた今後の展開。肥満と糖尿病。10 (3) 357-359.2011

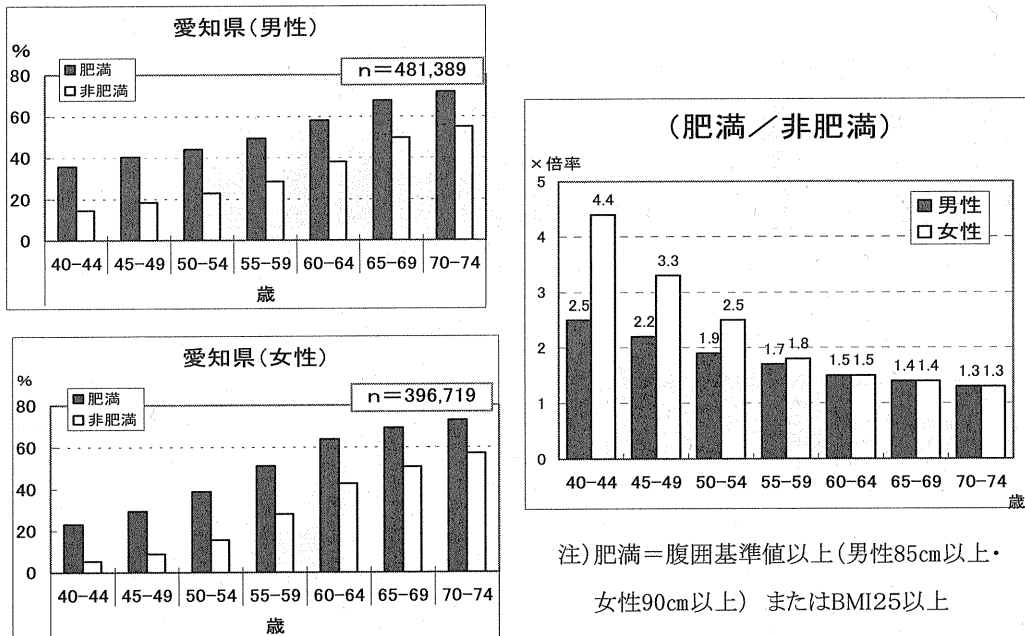
H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

【図1】メタボリックシンドローム予備群・該当者率

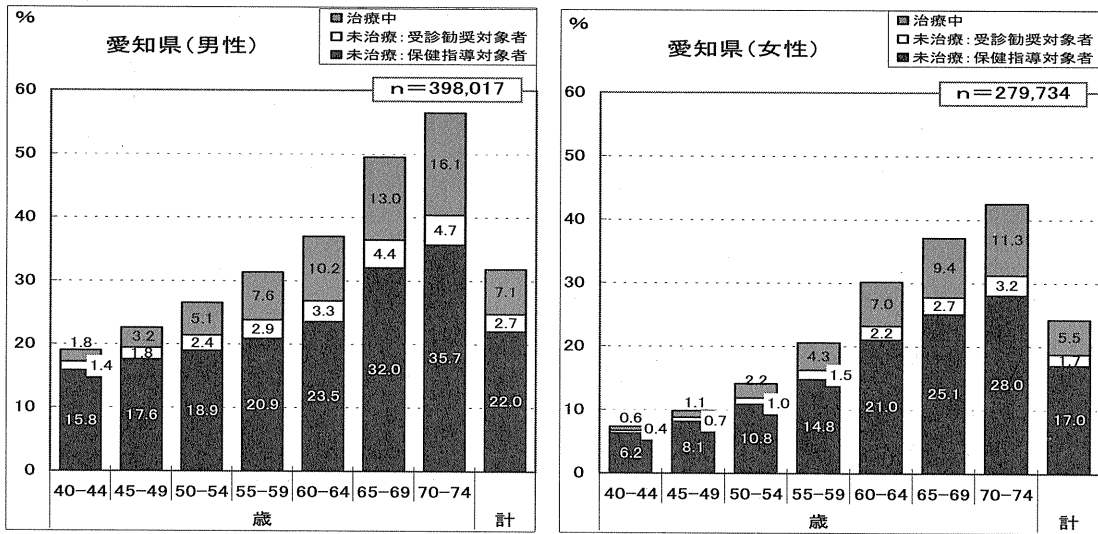


【図2】肥満判定別にみた、糖尿病・高血圧・脂質異常のリスクを2個以上持つ人の割合

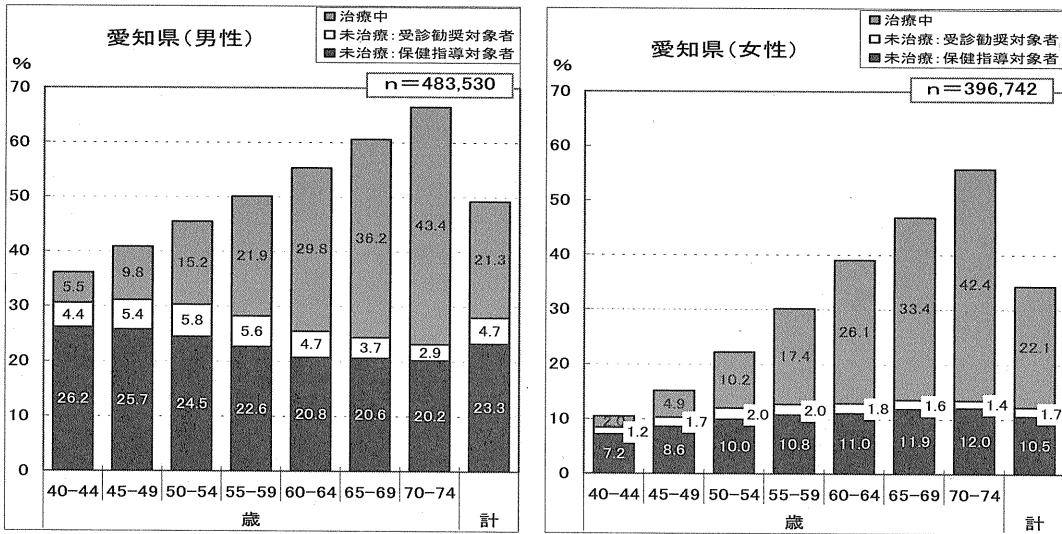


注) 肥満=腹囲基準値以上(男性85cm以上・女性90cm以上) またはBMI25以上

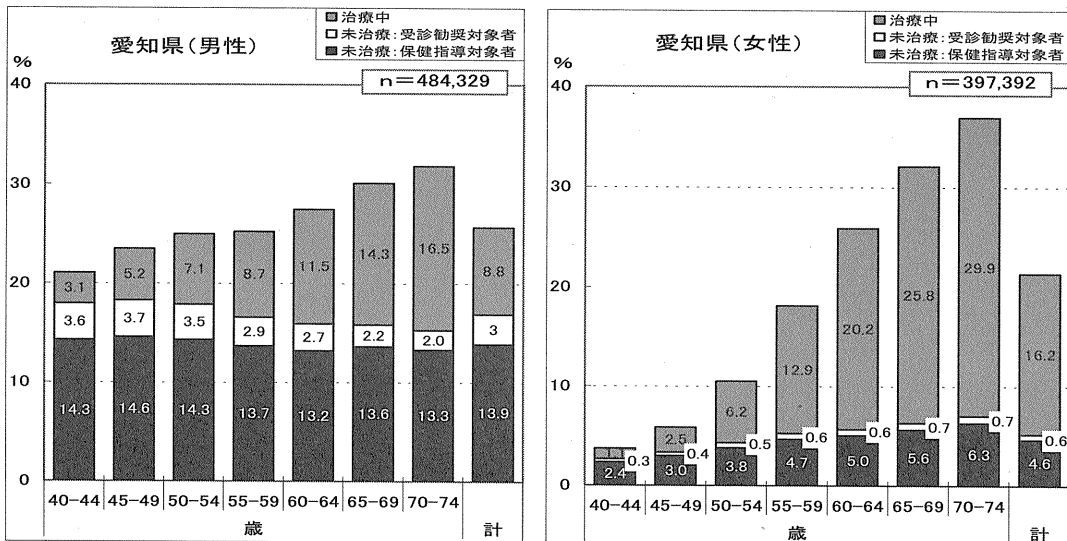
【図3】糖尿病(治療中・未治療<受診勧奨・保健指導対象者>別)



【図4】高血圧(治療中・未治療<受診勧奨・保健指導対象者>別)

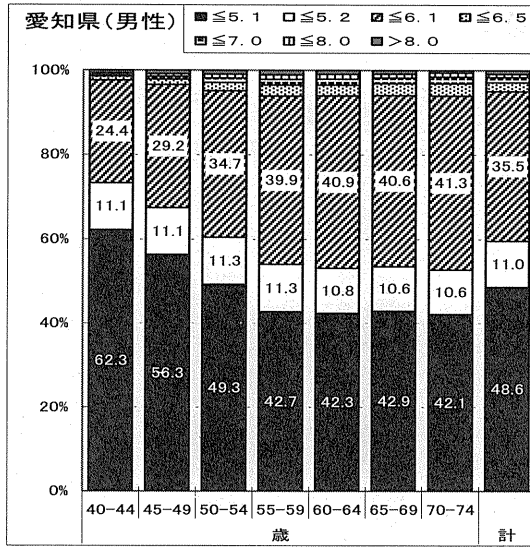


【図5】脂質異常症【中性脂肪】(治療中・未治療<受診勧奨・保健指導対象者>別)

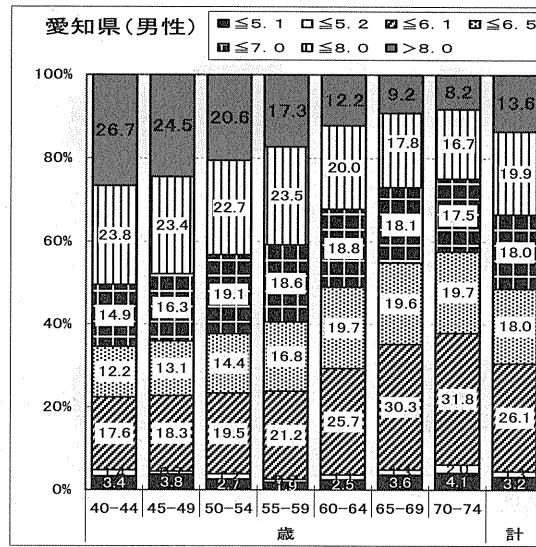


【図6】 糖尿病治療の有無によるHbA1c判定区分

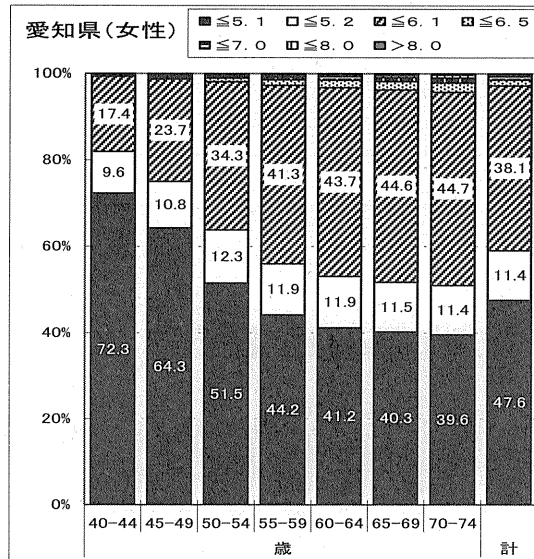
【糖尿病 未治療者】(n=319,119)



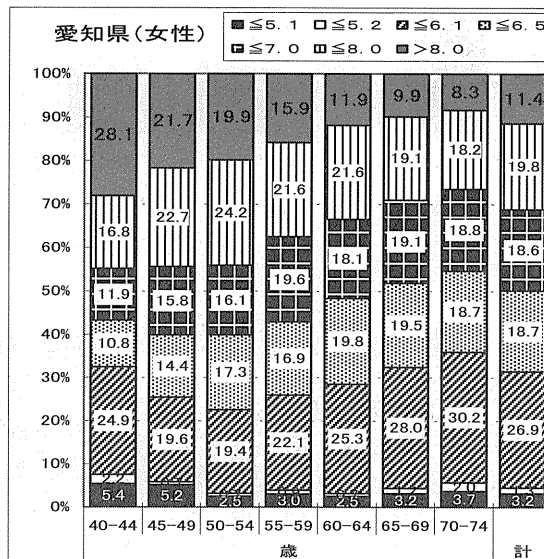
【糖尿病 治療者】(n=22,640)



【糖尿病 未治療者】(n=321,395)



【糖尿病 治療者】(n=13,921)



【図7】喫煙率

