

比較すると、動機づけ支援では効果が小さい。

- ② 喫煙状況による保健指導効果：体重4%減少者の割合は、非喫煙者群26.3%、過去喫煙者群13.3%、現在喫煙者群17.4%であった（ $p=0.037$ ）。多重ロジスティック分析にて現在喫煙者群を基準とすると、過去喫煙者群の補正オッズ比は1.19（95%CI:0.58-2.44）、非喫煙者群2.40（1.17-4.90）であり、非喫煙者は現在喫煙者に比べて約2倍減量に成功しやすい。

保健指導の検証結果を研修会等で普及、保健指導実践・評価マニュアルを作成している。

4) 運動に関連する救急事例の収集と分析

【健康運動指導士による事故事例報告】健康運動指導士に対する事故調査では、救急搬送した内科的事故が165件報告された。うち脳血管疾患が30.3%、心疾患が18.8%、糖尿病低血糖発作7.3%であった。死亡事例17例中のうち6例がくも膜下出血であった。ウォーミングアップ中9件、2.5Mets～4Metsまでの軽運動中36件、中等度以上の運動中60件、運動終了後41件であった。

【救命救急センターにおける運動関連事故】3つの救命救急センターにおける運動関連事故事例検討を行った。4年間で15症例の運動関連の心肺停止事例があった（外傷を伴うものを含む）。重篤な心血管事故は4例で、2例が若年者、2例が40～50代であった。保健指導関連の事例はなく、いずれも6MetS以上の運動中であった。

- ① 46才男性。登山中心心肺停止状態、ヘリコプターで搬送。来院時心肺停止状態で、外来死亡。
- ② 55才男性。競泳後意識消失。心室細動が確認され、直ちに人工呼吸と胸骨圧迫を開始。除細動を3度施行したが反応せず、救命センター着後1分で自己心拍が再開した。冠攣縮性狭心症から心室細動をきたしたと考えられた。3週間後にほぼ後遺症なく退院した。

2. 前年度までの研究成果

研究1年目には研究実施体制の確立、保健指導プログラム作成、試行事業を実施、2年目には試行事業についての評価をおこない保健事業評価指標についての検討を進めた。健診データと医療費データの多施設共同分析のためのデータベース化を進めるとともに、医療保険者に対して疫学的倫理指針に基づきデータ受領の手続きを行った。医療経済的評価については、過去の健診データと生活習慣病医療費の関係を検証し、積極的支援レベルの対象者は動機付けレベル者よりも1～2年後の医療費が高いことを見出してきた。保健指導における運動の安全性を確保するため、運動中の事故や健康増進施設の安全管理体制調査結果をもとに、安全管理マニュアルを作成、健康指導士等へ配布した。

3. 研究成果の意義および今後の発展

積極的支援による健康指標への効果が明らかになりつつあり、短期的ではあるが医療費への影響も観察されたことから、特定保健指導制度の理論的根拠となりうると考えている。しかし、保健指導プログラムや対象者により効果に差がみられたこと、動機づけ支援では十分な効果が上がっていないこと、高齢者に対する保健指導の検証が不十分であることから、対象者特性にあわせた保健指導方法のさらなる検討が必要である。医療費分析については保健指導の完了・中断にわけて短期的な評価をおこなったが、調剤や入院などの医療費は含まれていないため、

今後はそれらの結合もおこない、よりの確な評価方法の検討を行っていききたい。今回の分析は保健指導後短期間の観察であり、心血管イベントや糖尿病合併症等の事象が含まれていないため、長期のフォローアップの必要性を痛感している。運動中の事故など、保健指導の有害事象の発見についても長期的に観察していくことが重要であると考えている。

4. 倫理面への配慮

データの取り扱いについては個人情報保護法、疫学研究に関する倫理指針に基づき、匿名化したデータセットを用いて分析した。主任研究者、分担研究者の倫理委員会の審査を受け、承認された形態で研究を実施するなど、法律や倫理面に十分に配慮している。

5. 発表論文集（2009年度分・関連分野のみ）

（論文）

- 1) 津下一代. 特定健診・特定保健指導によるMetS・糖尿病の予防. *Medical Practice*. 26:609-616. 2009
- 2) 津下一代, 早瀬智文, 和田昌樹. 行政・地域社会と運動介入. *日本臨床* 67: 505~511. 2009
- 3) 津下一代. 運動の効果を引き出すリスク管理. *日本公衆衛生雑誌* 56: 328~333. 2009
- 4) 津下一代. 特定保健指導の現状と今後の課題. *臨床栄養*. 115:18-23. 2009
- 5) 津下一代. メタボリックシンドロームのマネジメント: 実践と実績. *Pharma Medica*. 27:43-47. 2009
- 6) 津下一代. クライアントの満足度の高い保健指導を行うために. *食生活*. 103:20-26. 2009
- 7) 津下一代. 特定保健指導における食事療法の考え方. *日本肥満学会/肥満研究*. 15: 119-125. 2009
- 8) 津下一代, 伊藤由希子, 川淵孝一. 特定健診/保健指導の医療費適正化効果. *臨床スポーツ医学*. 26. 1493-1500. 2009
- 9) N. Miyatake, M. Miyachi, T. Numata. Increasing oxygen uptake at ventilatory threshold is associated with improving metabolic syndrome in Japanese men. *Journal of Preventive Medicine* 4: 11-16, 2009.
- 10) N. Miyatake, M. Miyachi, T. Numata. Leg strength per body weight is associated with ventilatory threshold in Japanese women. *ANTI-AGING MEDICINE* 6: 5-9, 2009.
- 11) 沼田健之, 宮武伸行. 特定保健指導へのとりくみ. *臨床スポーツ医学* 26: 473-475, 2009.
- 12) 宮武伸行, 沼田健之, 他. 健康度測定受診者における喫煙習慣の変化. *保健の科学* 51: 497-501, 2009.
- 13) 田中晶子, 宮武伸行, 沼田健之. ヘルスアップ教室開催の試み~第2報~保健の科学 51: 643-645, 2009.
- 14) 中村正和. 公衆衛生的な立場からの成果の評価とは?. *日本健康教育学会誌*, 17(2): 123-124, 2009.
- 15) 中村正和. 脱メタバコ・メタボ対策における禁煙の意義と方法. *かけはし*, 454: 10, 2009.
- 16) 萩本明子, 中村正和, タバコ依存の個人差、地域差. *The Lung Perspective*, 2010. (in press)
- 17) 松永里香, 小池城司, 津田彰, 神宮純江, 他. 多理論統合モデルに基づく行動変容ステージ別特定保健指導プログラムの開発と妥当性の検証. *日本循環器病予防学会誌* (投稿中)
- 18) 松原建史, 進藤宗洋, 小池城司, 他. 階段昇降は健康づくり運動として適当か? *日本公衆衛生雑誌* (投稿中)

（著作）

- 1) 津下一代, 村本あき子, 中村正和, 他. *メタボリックシンドローム・ディクショナリー*. 診断と治療社. 2009
- 2) 津下一代. 特定健診・特定保健指導. *糖尿病学・基礎と臨床*, UP版I. 83-92. 西村書店. 2009
- 3) 津下一代. 新しい健診システムと保健指導. *生活習慣病ナーシング* 8. 136-147. メディカルフレンド社. 2009
- 4) 津下一代, 村本あき子, 他. 初回面接. *サンライフ企画* 2009

研究課題 日本人の食事摂取基準の活用方法に関する検討

課題番号 H19-循環器等(生習)一般-003

主任研究者 (独)国立健康・栄養研究所 栄養疫学プログラム プロジェクトリーダー
由田克士

1. 本年度の研究成果

本年度(研究3年目)は、これまでに得られた知見と日本人の食事摂取基準(2010年版)が厚生労働省より公表されたのを受けて、主として次の2点について検討を行った。

1) 食事摂取基準を適切に活用するためのアセスメントのあり方

平成20年5月に厚生労働省より、「日本人の食事摂取基準(2010年版)」が公表された。今回の改定では、前半の総論部分の中に「策定の基礎理論」と並んで「活用の基礎理論」が示された。「日本人の食事摂取基準(2005年版)」に比べ、かなり踏み込んで内容が取りまとめられている。この中では、大きく個人に対する活用(計画と評価)、集団に対する活用(評価と計画)、給食管理における活用の大きく3分野について整理され、取りまとめられている。いずれの場合においても、対象者、対象集団あるいは、給食の対象者(利用者)の状況をできるだけ正確に把握する事前・事後のアセスメントを適切に、かつ継続的に実施することの必要性が強調されている。そこで、ライフステージ別にどのようなアセスメントを行うことが望ましいのかについて検討した。以下にそのポイント(概略)を示す。

- 乳児期における活用には、事前のアセスメント、栄養計画の中で、摂取量の多寡のみで判断するのではなく、成長曲線などに当てはめ、身体発育を継続的にモニタリングしていくことが求められる。
- 離乳期においては、乳汁以外に様々な食品の摂取が開始され、エネルギーや各栄養素の摂取量の個人差も大きくなり、離乳食の進行に伴い、乳汁と離乳食のバランス、離乳食の栄養バランスなどの、十分な栄養管理が必要となる。
- 小児期においても、乳児期と同様に、摂取量の多寡のみを問題にするのではなく、身長、体重の経時的変化を成長曲線に当てはめてモニタリングしていく。成長曲線から大きく逸脱するような急速な体重増加については、エネルギーの摂取過剰による小児肥満の予防の観点からも、モニタリングをきめ細かく行うことが求められる。
- 学童期は、幼児期から思春期への移行期間にあたり、学童期の後半では個人差や性差が顕著になる。食事摂取基準に基づいた栄養評価や栄養計画を実施する際に必要なデータについては、学校保健安全法に基づいた健康診断等で得られた最新の結果をできる限り利用する。また、食生活、食嗜好及び学校給食の摂食状況等については必要に応じて食事調査等を実施し、現状を把握しておくことも望ましい。
- 思春期にあたる中学生、高校生についても、食事摂取基準に基づいた栄養評価や栄養計画を実施する際に必要なデータは、学校保健安全法に基づく学校における健康診断等で得られた最新のデータをできる限り利用する。また、食生活、食嗜好及び中学生における学校給食の摂食状況等について食事調査等を実施して、現在の状態を把握しておくことも望まれる。
- いわゆる健常成人について、食事摂取基準に基づいた栄養評価や栄養計画を実施する際に必要なデータについては、改めて健康診断等を実施しなくても、労働安全衛生法に基づく健康診査や特定健康診査等で得られた最新の結果を利用できる。また、必要に応じて身体計測などの非侵襲的なアセスメントや食事調査等を実施して、現在の状態をより詳細に把握しておくことは、望ましいことである。一方、特定健診・保健指導において積極的支援や動機づけ支援の対象者等のハイリスク者においては、過食、欠食、不必要な間食、飲酒習慣、喫煙習慣を持つ者が多いため、食習慣・生活習慣あるいは、運動習慣を含めた包括的なアセスメントについても留意すべき必要がある。

- 妊婦、授乳婦の食事摂取基準は、健康な「ふつう」の体型の非妊娠時の女性を基準として、妊娠、授乳により増加した必要量が「付加量」として示されているため、妊娠前に「やせ」あるいは「肥満」であった女性については、個別的な対応が必要である。また、妊娠期間を細分化して考慮する必要がある場合には、初期（16週未満）、中期（16週～28週未満）、末期（28週以降）として考えることができる。授乳期の付加量は、泌乳量が全期間を通じて0.78L/日として算定されている。妊娠中の推奨体重増加量は、非妊娠時の体格区分により異なることから、非妊娠時の体格を把握しておく。母子健康手帳に記載された妊婦、産婦健診時の体重計測値、血液生化学検査結果などを活用し、経時的変化をみていく。近年、胎児期の栄養が、児が成人した後の健康状態に及ぼす影響を示唆する報告もあり、妊娠前の栄養状態や妊娠中の適正な体重増加量を考慮した栄養管理が必要とされる。授乳期は、妊娠期に増加した体重減少に努めるだけでなく、母体の健康と児の発育に必要な母乳分泌を得られるような食生活を目指すことが望まれる。
- 日本人の食事摂取基準（2010年版）取り扱う高齢者の範囲は、70歳以上の健康な男女である。ただし、高齢者の場合、ほぼ自立した生活を送ることができる高齢者、すなわち加齢に伴う身体的機能変化によって発症すると考えられる疾患や障害を有する者も対象として含まれている。食事摂取基準に基づいた栄養評価や栄養計画を実施する際に必要なデータについては、改めて健康診断等を実施しなくても、老人保健法に基づく基本健康診査等で得られた最新の結果をできる限り利用し、必要に応じて身体計測などの非侵襲的なアセスメントや食事調査等を実施して、現在の状態を把握しておくことも望ましい。なお、高齢期の食事摂取基準は70歳以上の1区分で設定されている。実年齢よりも個人差が大きいため、必要に応じ十分なアセスメントが求められる。

2) 普及啓発のあり方について

全国の管理栄養士等を対象に本研究班で実施した日本人の食事摂取基準（2005年版）に関する調査結果によると、有効回答者の約70%はその内容を十分か大体理解できていると回答しながら、実際の業務の中での活用状況に関しては、十分かほぼ適切に活用できていると回答した者はおよそ40%に留まっており、その他の者では、何らかの不安や疑問を抱えていることが考察された。

そこで、前項で検討したライフスタイル別でのアセスメントのあり方を中心として、PDCAサイクルに基づいて、その要点を整理した資料を試作した。さらにこの資料が、第一線の現場で勤務する管理栄養士等に誤解や無理がなく正しく伝わるのかについて、確認と普及啓発を兼ねたセミナーを2会場のべ約400人を対象に実施した。参加者の大部分からは無記名で小項目ごとでの理解状況、意見や要望等をフィードバックしてもらった。この結果、全般的には正しく理解が得られているものと判断されたが、少数意見として、より具体的な参考事例を示すべき、目標とすべき値を1つ明確に示すべき等、こちら側が意図している方向とは明らかに異なる意見も散見された。このことから、今後の普及啓発については、十分な注意を要するものと考えられた。

2. 前年度までの研究成果

研究1年目は、米国・カナダを中心とした最近の食事摂取基準の活用に関する考え方を関連の専門誌等から収集・整理し、論点を取りまとめた。同時に諸外国（米国、英国、韓国、フィンランド）における食事摂取基準等の活用に対する考え方や方針、職能団体としてのとらえ方、実際の現場等における栄養士の対応や問題点等についても広く情報の収集と分析を行いその概要を明らかにした。

また、研究2年目においては、1年目に国内外から収集した食事摂取基準等の活用に関する情報を詳細に分析するとともに、別途、新たに米国、英国、韓国3か国における現状を各国の指導的な立場にある管理栄養士（登録栄養士）より情報を得た。この結

果、各国の食事摂取基準の活用については、欧米諸国を中心に多くの議論がなされているが、統一した理論や活用方法はまだ確立していないと考えられた。このため、諸外国で対応されている活用方法をそのまま本邦で用いることはできないと判断された。

さらに食事摂取基準の活用方法の理解を深めるために期待している取り組みについて、具体的な事例集の発行が72.4%で最も高く、次いで基本的な活用方法に関する教科書的な書籍の発行、食事摂取基準の基本的な考え方を理解するための取り組みが続いた。ただし、われわれは、食事摂取基準本体を十分に理解できない状況で、事例集等を用いて目先の活用を試みようとすることは、明らかな間違いであると考えている。

3. 研究成果の意義及び今後の発展

日本人の食事摂取基準（2010年版）は、国内外の学術論文や資料をもとに、科学的な根拠によって策定された。しかし、その活用方法に関しては、欧米諸国でも数多くの議論がなされているが、統一した理論や活用方法は未だ確立されておらず、たとえある一定の見解が欧米諸国で得られていたとしても、そのままでは日本人に用いることはできないこともあるとされている。したがって、次期改定に向けて、この分野については、これまで得られた知見をもとにして、実践現場での取り組みや観察を中心とした科学的根拠の積み重ねが求められるものと考えられる。また、別途留意しておかなければならない点としては、健常人が通常摂取する食事は、料理や食品なのであって、栄養素レベルではないということである。このため、エネルギーと各栄養素間ならびに食品群別摂取量の相互の関係について検討する必要がある。

4. 倫理面への配慮

本研究に関しては、その性質上特別な倫理的配慮は必要ないと判断したが、全国の管理栄養士等に対して実施した郵送法による無記名のアンケート調査に関しては、独立行政法人国立健康・栄養研究所の研究倫理審査委員会においてその内容と実施方法について審査を受け承認を得ている。

5. 発表論文集等

1) 関連論文

1) Naganuma R, Sakurai M, Miura K, Yoshita K, Morikawa Y, Kido T, Ueshima H, Nakagawa H, Stamler J. Relation of long-term body weight change to change in lipoprotein particle size in Japanese men and women: the INTERMAP Toyama Study. *Atherosclerosis*. 2009.206:282-286.

2) Sakurai M, Miura K, Takamura T, Ishizaki M, Morikawa Y, Nakamura K, Yoshita K, Kido T, Naruse Y, Kaneko S, Nakagawa H. J-shaped relationship between waist circumference and subsequent risk for Type 2 diabetes: an 8-year follow-up of relatively lean Japanese individuals. *Diabet Med*. 2009. 26:753-759.

3) 由田克士、中川芽衣子、杉森裕子、三浦克之、櫻井 勝、紙 貴子、荒井裕介、野末みほ、富松理恵子、中川秀昭、石田裕美、管理栄養士が中心となって職域において実施したメタボリックシンドローム改善のための負荷の小さな減量プログラムの効果について、日本栄養士会雑誌 2009. 52(9), 17-26.

4) Wakita Asano A, Hayashi F, Miyoshi M, Arai Y, Yoshita K, Yamamoto S, Yoshiike N. Demographics, health-related behaviors, eating habits and knowledge associated with vegetable intake in Japanese adults. *Eur J Clin Nutr*. 2009.63:1335-1344.

2) 学会発表

1) 由田 克士、荒井 裕介、野末 みほ、日本人の食事摂取基準（2005年版）の活用状況と次期改定に際し望まれる活用方法理解のための取り組み（第2報）第56回日本栄養改善学会学術総会，2009.09.03，札幌市

第3章－ 使用した資料集

特定健診・特定保健指導に対する要望書

平成 20 年度より特定健診・保健指導が実施され、2 年が経ちました。日本公衆衛生学会では学会総会で「特定健診・特定保健指導」のより効果的な実施に向けての議論を行うとともに、学会員に対してアンケート調査を実施し、意見の集約をしてまいりました。

日本公衆衛生学会はご存じのごとく、都道府県・政令市に勤める医師・保健師・栄養士、市町村保健師、並びに大学医学部あるいは看護大学の衛生学公衆衛生学の研究者を中心として構成されております。日本公衆衛生学会員に対する「特定健診・特定保健指導に関するアンケート調査結果」（添付資料 1 参照）では、特定健診・特定保健指導でメタボリックシンドロームの予防・改善を取り上げたことに関しては評価する意見が多数を占めましたが、一方で多くの問題点が指摘されています。

問題点の一つ目として、保健所医師、市町村保健師を中心に、「特定健診・特定保健指導の導入により、地域に住む被用者保険の被扶養者に対する保健サービスが低下している」という現場の声が挙げられます。被用者保険の被扶養者は従来、市町村が実施する基本健康診査とがん検診を一緒に受けていましたが、特定健診導入後は、特定健診は主として被用者保険の指定医療機関で、がん検診は市町村で受診することになり、その受診形態が不便かつ煩雑になったために、特定健診、がん検診両方の受診率低迷の要因の一つになっています。また、医療過疎地帯では指定医療機関で特定健診を受けることが困難な地域も多数あります。この解決策として、市町村が被用者保険者と連携して被用者保険の被扶養者に対して特定健診とがん検診を一体化したサービスを実施できる体制を整えることが必要であると考えます。また、特定健診の受診率に関しても、市町村国保においては、平成 24 年度の受診率 65%以上の参酌基準のみならず、未受診者の掘り起こしにより複数年度にわたる累積受診率を上昇させたことなどの点を評価することも重要です。

問題点の二つ目として腹囲に関する基準についての議論があります。学会員の意見の中には腹囲については、男性の基準は厳しすぎ、女性の基準は甘すぎるという指摘がありました。International Diabetes Federation ではアジア人の基準（男性 90cm、女性 80cm）を推奨していることや、さらに最近では、腹囲を必須とせずメタボリックシンドロームの 1 構成因子として判断する方法が提唱されています。現在、厚生労働省の研究班では、日本人のコホート研究の統合解析により、この点に関する検討が進められていると聞いています。厚生労働省の研究班の報告を含めて、日本人の科学的エビデンスを総括するとともに、

現場での実効性も考慮して、その定義を再検討する必要があります。

問題点の三つ目には、特定保健指導のマニュアルに関して、指導が行い易くなったと評価する意見がある一方で、マニュアルが実現性の観点からみると、保健指導のポイント制など画一化、硬直化しており、地域や職域における保健指導からの脱落者が多く、保健指導を最後まで完了するものは少ないと報告されています。保健指導からの脱落を防ぎ、指導の効果を上げるためには、現場の保健師や管理栄養士がその専門性を生かして柔軟な対応をすることが必要であり、また、保健指導が年度を跨いで継続できる体制を構築することも重要です。

問題点の四番目は、平成 19 年に提言しました（「標準的な健診・保健指導プログラム」[暫定版]に対する意見：添付資料 2 参照）の中でも、すでに述べておりますが、女性や高齢男性ではメタボリックシンドロームに該当する者はそれ程多くなく、腹囲が基準以下で高血圧、糖尿病、脂質異常などの循環器疾患の危険因子が重複する者がメタボリックシンドローム該当者よりも多数認められます。わが国の数々の疫学研究から、腹囲が基準以下でも危険因子が重複すると腹囲が基準以上の場合と同様に循環器疾患の発症・死亡リスクが上昇することが証明されています。従って、非肥満者でも危険因子を有する者に対する食生活や運動の指導はメタボリックシンドローム該当者と同様に重要であります。なお、この件に関しては、現在、厚生労働省の研究班で非肥満者に対する生活指導の方策に関する検討が進められていると聞いております。

以上の問題点を踏まえ、下記の点を考慮した特定健診・特定保健指導プログラムの改定のための検討を要望します。

記

1. 被用者保険の扶養者に対しては、地域で特定健診とがん検診を一体化したサービスが受けられる体制を整える。また、未受診者への受診勧奨を進め、複数年度の累積受診率を把握、評価する体制を整える。
2. 腹囲のカットオフポイントや腹囲を必須項目とするか否かの判断を、コホート研究を中心とした科学的エビデンスや現場での実効性を考慮して、再検討する。
3. 特定保健指導に際しては、その効果を検証しながら、マニュアルに従った

一律の指導でなく、保健指導に携わる保健師や管理栄養士などの専門性を生かした柔軟な対応を推奨し、現状の単年度内での指導や評価方法を再検討し、複数年度にわたる指導や評価体制について検討する。

4. 腹囲が基準以下であっても、高血圧、糖尿病、脂質異常などの循環器疾患の危険因子が重複する者に対して、「動機付け支援」、あるいは「積極的支援」に相当する保健指導の実施体制を構築する。

以上

平成 22 年 11 月 15 日

社会保障審議会医療保険部会
部会長 糠谷真平様

全国健康保険協会
理事長 小林 剛

特定健診及び特定保健指導の見直し等に関する要望

当協会の保健事業の推進にあたっては、生活習慣病対策として、特定健診及び特定保健指導を最大限に推進することを目標にして、事業運営に取り組んでいくこととしておりますが、事業を展開していく上での様々な課題が生じております。

今までも、高齢者医療支援金に係る「加算・減算措置」については、関係審議会等において、廃止を含めた見直しを要望してきたところですが、それ以外に、事業を実施している支部の意見を踏まえ、次のとおり要望を提出します。

当協会としては、加入者の健康増進を図り、もって加入者及び事業主の利益の実現を図るためにも、円滑に特定健診及び特定保健指導を実施することが重要と考えておりますので、各事項を早期に実現されるようお願いいたします。

1. 特定保健指導の実施方法について

- 効果的な特定保健指導を実施できるよう、標準的なプログラムについては、次のような観点から見直していただきたい。
 - ・ 一律 180 ポイント以上としていることや電話・メールなどのポイント評価の見直し
 - ・ 評価指標としての腹囲の取扱い
 - ・ 記録票の提出を必須としていることの見直し

2. 特定健診とがん検診の同時受診機会の拡大について

- 受診率の向上や加入者の利便性の確保のために、特定健診とがん検診の同時受診の機会の促進方策を検討していただきたい。

3. 労働安全衛生法における定期健康診断（事業主健診）の取得について

- 現行制度上、本人の同意がなくても事業主健診の結果を保険者に提供できるという仕組み及び健診結果を積極的に保険者に提供することなどについて、行政機関から事業主などに周知を図っていただきたい。

4. 特定健診及び特定保健指導の広報について

- 各保険者においても特定健診や特定保健指導の広報に努めているが、より効果的な広報を行うため、国においてもメディアなどを活用した積極的な広報活動を行っていただきたい。

健連発第 603 号

平成 22 年 11 月 11 日

厚生労働省保険局総務課
医療費適正化対策推進室
室長 城 克文 殿

健康保険組合連
専務理事 白川



特定健診・特定保健指導に係る今後の見直しに向けた対応について（要望）

標記事業につきましては、施行後 3 年を経過しようとしています。また、本年度は 5 年を 1 期とする『医療費適正化計画』の中間年にあたり、同計画の進捗状況に関する評価が実施されることとなっています。本年 8 月には、特定健診等にかかる平成 20 年度の実施状況（国への報告結果）が公表され、特定健診受診率、特定保健指導実施率が想像以上に低調であった実態が明らかになりました。制度の導入初年度ゆえの混乱という見方もありますが、その要因を明らかにし、受診率等の向上を図っていく必要があります。

このたび、本会では、各健保組合からのさまざまな意見・要望を踏まえ、現在に至るまでの同事業の評価・総括を行い、事業の見直しに向けた要望事項を下記の通りとりまとめました。健保組合は、今後も生活習慣病対策の一環として同事業を積極的に推進していきますが、そのための運営基盤となる基本的な課題・問題点を整理したものです。本会としては、引き続き同事業に関する検証を進め、適宜、要望事項をとりまとめていきます。

政府におかれても、同事業の進捗状況に関する評価・総括を行うとともに、様々な要望事項を集約・検討する場（検討会等）の設置と見直しに向けた検討の早期着手に取り組まれるよう強く要望いたします。

記

1. 特定健診の検査項目及び基準値について、1 期 5 年の期間中の変更は行わないこと。

- 特定健診の検査項目や基準値の期間中の変更は、健診結果の時系列比較やシステム改修（膨大な費用）、事務処理の問題など影響が大きい。保険者の事務負担軽減の観点から、1 期 5 年（第 1 期は 24 年度末迄）の期間中の変更は避けるべきである。

2. 特定健診等の受診促進に向けて、現行の仕組みの改善等具体的な手立て（市町村がん検診との連携等）を講じること。

- ▶ 従前の住民健診が保険者による特定健診と分けられたことから、利用者の利便性を損ねた側面もあり、被扶養者（家族）の低受診率の一因ともなっている。今後、特定健診等の一層の推進を図るためにも、受診者の利便性に配慮した市町村がん検診との連携の仕組みや双方の受診率向上の手立てを全体的に考えていく必要がある。

3. 特定健診・特定保健指導に関するより厳密なエビデンスを示すこと。

- ▶ メディアが腹囲等の基準値に関する疑義を頻繁に取り上げたこともあり、現場に戸惑いがある。腹囲など特定健診の判定基準、基準値について、国はより厳密なエビデンスを示すべきである。
- ▶ 特定保健指導については、ポイント制も含めその効果に関する検証が必須である。特定保健指導への保険者の取り組みを促進するためにも、国による検証とそれに基づく特定保健指導の効果に関するエビデンスの提示が求められる。

4. 特定健診等の趣旨・目的を引き続き積極的にPRすること。

- ▶ 保険者は対象者への特定健診等の受診促進に向けて普及啓発活動に努めているが、国としても国民に対して制度の趣旨・目的（自分の健康を守るための自己責任を喚起するような内容も含む）を積極的にPRすべきである。

5. 高齢者医療制度改革に伴い「加算・減算措置」に対する見直しが行われる場合であっても、特定健診等をより円滑に推進する方策として、同事業へのインセンティブが働く（積極的に取り組んだ保険者が報われる）仕組みとすること。

- ▶ 保険者は、参酌標準に向けて鋭意、特定健診等事業に取り組んでいる。そうした保険者が報われるような、何らかのインセンティブを設ける仕組みが必要である。

6. データ授受円滑化の方途の検討や実施機関側への当事業に対する更なる協力要請を行うこと。

- 従来、保険者や実施機関で使用されていたデータの仕組み（CSV形式）とは全く異なるXML形式の採用により、関係機関間のデータ授受が複雑化した。また、問診項目や医師の氏名欄等のデータ欠損により、完全な実績値データとして扱われない事態も生じており、問題である。
- 実施機関側へのシステム連携及び確実な問診結果データ作成等の更なる協力要請を含め、データ授受円滑化の方途の検討が必要である。

7. 特定健診等実績報告の集計結果を保険者に速やかに示すこと。

- 保険者の毎年度の特定健診等事業計画の策定（実施目標の見直しを含む）に資するため、国は、特定健診等実績報告の集計結果を速やかに取りまとめ、保険者に提示すべきである。

8. 特定健診等補助金における基準単価の引き上げと現行の個別・集団別補助金（特定健診）の区分を改めること。

- 特定健診等補助金の基準単価の引き上げと、定義が不明確な個別・集団別補助金（特定健診）の区分を改めるべきである。
- 健診の実施者である保険者の認識に沿った区分（検診車で特定の場所に向かいに行く巡回健診型等が「集団」であり、医療機関、健診施設等と個別契約をして受診者に当該施設に向かいってもらう形が「個別」）とすべきである。

厚労省平成 20 年度特定健診等実績報告集計結果（H22.8.25）について

——健康保険組合連合会——

1. 制度発足当初は、保険者、実施機関とも全国一律実施に伴う様々な運営上の混乱を生じており、保険者全体の集計結果（低い実施率等）に繋がっている。

【特定健診受診率等低迷の主な要因として考えられるもの】

（以下の事柄が錯綜して大きな混乱に陥ったと考えられる）

- ① 電子的標準様式・XML形式に基づく全国的なシステム仕様確定と開発の遅れ
- ② 保険者、実施機関、決済代行機関（支払基金等）間のシステム連携の不具合
- ③ 安衛法上の事業主健康診断による特定健診項目等の欠損、データ置換、データ授受の遅延 [喫煙・服薬などの問診項目や医師の氏名欄等のデータ欠落、特定健診分データのXML形式への変換と受け取りの遅延（膨大な事業所を抱える保険者の事務負担）]
- ④ 集合契約交渉（都道府県保険者協議会の代表保険者と県・地区医師会等との契約）の取り纏めの難航と遅延
- ⑤ 健診受診券、保健指導利用券の保険者誤記載や実施機関側の券面情報錯誤による窓口での混乱（受診者の制度への理解不足も一因）
- ⑥ 特定健診開始時期の遅れや全国的混乱の状況が健診結果の階層化を経て行う特定保健指導の実施に影響を与え、特定保健指導の低実施率に結びついた。

※ その他保健師等マンパワー不足など実施体制の脆弱性も保険者共通の課題。

※ 集合契約における各地域間の特定健診・特定保健指導価格のバラツキ・乖離が大きいことは問題。（契約交渉上の保険者連携が必要）

2. 制度施行後 2 年が経過したが、この間、保険者の普及啓発努力もあり、「メタボリックシンドローム」の言葉や概念は広く国民に浸透したのではないかと。生活習慣病予防に関する意識喚起が図られたことは、大きな成果であったと言える。ただ、従前の住民健診が保険者による特定健診と区分けされたことから、利用者の利便性を損ねた側面もあり、被扶養者（家族）の低受診率の一因ともなっている。今後、特定健診等の一層の推進を図るためにも、市町村がん検診との連携の仕組みや双方の受診率向上の手立てを全体的に考えていく必要があるのではないかと。

◎健保連は特定健診・特定保健指導事業の効果等について、様々な角度から検証、分析を進めている。（データ分析事業）

特定健康診査・保健指導を進めるに当たっての課題

1 基本的な考え方の検証

今後とも保険者の本来の事業として前向きに取り組む必要があり、実施の意義、数値目標、年次計画などを見直し、あらためて今後の進め方を明確に示す必要がある

- 将来展望
 - 理念、意義、方向性、数値目標、年次計画、評価(アウトカム)
- 年齢構成、労安法対象者など保険者の実態に沿った目標の設定
- 成人病予防健診、生活習慣病健診、人間ドックとの棲み分け・連携
- メタボリックシンドロームに着目する意義(医学的な視点からの論拠)
- 医療費縮減効果の考察
- 健診データの保健指導への活用(電算用システムツールの開発)

2 具体的な検討事項

(1) 特定健診・保健指導の将来展望(中長期的な取り組み)

- 厚生労働省は方向転換(廃止)するのではとの疑念を抱いている実務担当者への意識の醸成

(2) 成人病予防健診、生活習慣病健診、人間ドックなどこれまでの取り組みの変遷と、特定健診・保健指導の実態に沿った棲み分けの明確化

- 従来の成人病予防健診、生活習慣病健診、人間ドック
 - ・ 疾病の早期発見、早期治療、要精密検査、要治療者への受診勧告
- メタボリックシンドロームは生活習慣病該当者・予備軍への意識付け及び該当者への指導の在り方(一部専門家の不要論等への対応)
- 保健指導対象者の選定、階層化の見直し(治療中の者は対象にする)
- 特定健診は従来よりレベルが下がったとの意見への説得

(3) 実施目標数値の見直し

- 特定健診実施率が低く積極的支援対象者が低いと必然的に保健指導実施率が高くなるため評価方法の見直しが必要

(4) 内臓脂肪症候群に着目した事業の目的、効果の精査

- 従来の成人病予防健診との違い
- 内臓脂肪から分泌される物質の身体への影響(悪玉物質 善玉物質)
- 運動の効果(エクササイズの目標の周知)

(5) 医療費縮減効果の考察

- 短期的には医療費が上がるとの意見への対応
- 医療費縮減効果の実証及び推計値の明示
- 服薬している高血圧、脂質異常者への運動による病状改善の支援
- 長期服薬者に対する後発医薬品の使用促進との連動した取り組み

IV. 特定保健指導の効果および課題解決方策に関する講義（資料）

講義日：2011年12月13日

メタボ今井班

保健指導・生活習慣改善の方法およびその問題点

2011年12月13日 国立保健医療科学院

滋賀医科大学 生活習慣病予防センター
上島弘嗣

1

1. メタボ対策の問題点と在り方
2. ハイリスク者の保健指導としての集団指導の問題点
3. 個別指導の効果と問題点
4. 集団全体への対策 (Population Strategy) における克服すべき課題
5. ハイリスク者対策への新たな試み (ウェルネスリンク)

2

メタボ対策の問題点と在り方

3

Metabolic syndrome をめぐる診断基準の変遷

1. 1998年 WHOが Met-Sの定義を提唱
インスリン抵抗性を強調、必須
2. 2001年 National Cholesterol Education Program
Adult Treatment Panel III (NCEP-ATPIII)
5つの要因のうち3つを満たす。
3. 2005年 International Diabetes Federation (IDF)
IDFはインスリン抵抗性の代わりに腹部肥満を必須
AHA /NHLBI はNCEP-ATPIIIに準拠、必須なし。
4. 2005年 日本8学会の診断基準、腹部肥満を必須

4
インシュリン抵抗性と腹部肥満の関連により、世界ではいくつかの診断基準があるが、我が国では腹部肥満をメタボリックシンドロームの診断で必須としている。

Metabolic syndrome をめぐる診断基準の変遷

6. 2009年 IDFとAHA/NHLBIが合意
腹部肥満を必須から外す
5つの要因のうち3つあること

5

腹部肥満を必須診断項目にするか否かについて見解が分かれていたIDFとAHA/NHLBIが、腹部肥満を診断必須項目から外すことで合意し、我が国と見解が分かれた状態。

メタボリックシンドロームの診断基準

IDF, NHLBI, AHA, WHF, Int. Athro. Soc, Int Asso. Study Obesityの合意による

要素	診断基準
腹部肥満	国や人種によって設定
高いトリグリセライド値	≥ 150mg/dL(1.7mmol/L)
低いHDLコレステロール値	< 40 mg/dL --男性 < 50 mg/dL --女性
高い血圧値	収縮期血圧 ≥ 130mmHgまたは 拡張期血圧 ≥ 85mmHg; 両方を満たす
空腹時血糖値	≥ 100mg/dLあるいは、血糖低下薬使用中

6 腹部肥満は必須でない、5つのうち3つを満たす。 Circulation 2009;120:1640-1645.

上記の見解と異なり我が国の診断基準は、腹囲が必須項目(男:85cm、女:90cm)であり、男女の腹囲がWHO基準の逆で女性の方が大きく設定されていることが特徴。

Metabolic Syndromeの論点

1. 診断基準の統一 病態の解明、比較、
2. 必須項目の問題 必要性、
インスリン抵抗性が腹部肥満
3. MetSの定義は必要か
個々の危険因子の管理でよい
リスクは連続性のもの(2分割
無意味?)
4. 腹部肥満の定義 特に我が国内での論争
5. 行政的な対応の優先課題か

7

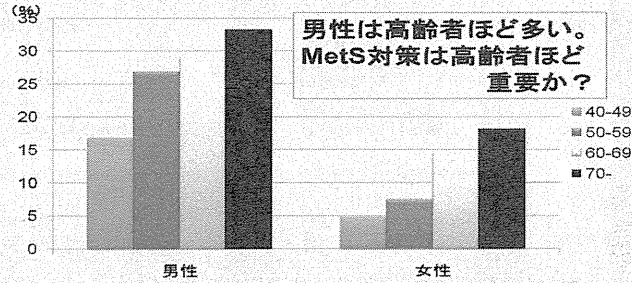
行政的には、高血圧、喫煙対策が最重要課題

Metabolic Syndromeは高齢者に多いが本当か?

8

高齢者では肥満を伴わないリスク保有者が多い状態。

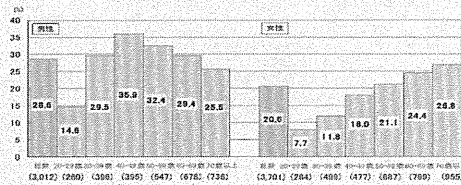
年齢別MetSの率、 平成20年度国民健康栄養調査(腹囲85cm以上と項目2つ)



9

年齢別のMetS率だけを見ると、男性より女子が多く、男女とも年齢とともに増加。これだけみると、男性高齢者ほどMetS対策が重要であるように見えるが...

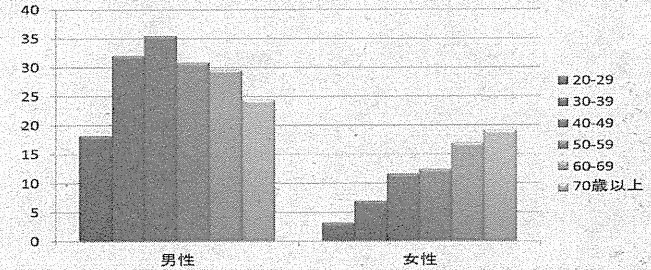
BMI25以上の人の割合 国民健康栄養調査、平成20年度



10

BMIでは、女性より男性が多いが、男性は中年がピークであり、女性だけが年齢とともに高い割合へと変化していく。

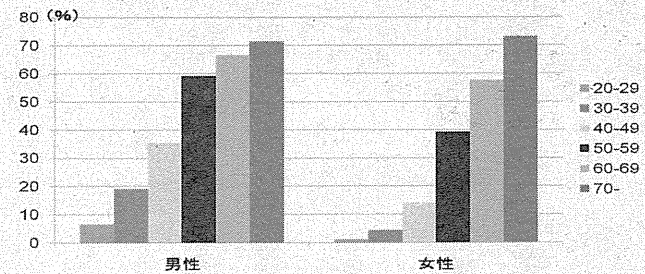
内臓脂肪型肥満の頻度、平成21年度 国民健康栄養調査 BMI 25以上、男性腹囲85cm以上、女性90cm以上



11

内臓脂肪型の肥満は、男性は中年男性に多く、高齢者は現象傾向。女性は年齢とともに増加傾向。メタボリックシンドローム対策は、40-50代男性と60代女性がターゲットとする必要。

高血圧有病者率、国民健康栄養調査、 平成18年度



12

高血圧有病者は、男女とも年齢と共に増加傾向。