

表1 2008～2010（平成20～22）年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況と目標

●特定健康診査の保険者種別の実施率

		全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
実績値	2008（平成20）年度	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%
	2009（平成21）年度	40.5%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
	2010（平成22）年度	43.3%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.6%	70.9%
目標値	第一期	70%	65%	70%	70%	70%	80%	80%
	第二期	70%	60%	70%	65%	65%	85%	90%

●特定保健指導の保険者種別の実施率

		全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
実績値	2008（平成20）年度	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%
	2009（平成21）年度	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
	2010（平成22）年度	13.7%	20.9%	7.7%	7.3%	6.6%	14.8%	10.4%
目標値	第一期	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%
	第二期	45%	60%	30%	30%	30%	60%	40%

（厚生労働省保険局：検討会資料，2012.）

管疾患のスクリーニングとして有用であるが、保健指導の対象者選定法、改善可能性、事業主健診に盛り込まれるか否かなどについてさらなる検討を要することから、第二期の特定健診の必須項目には加えない方向性となっている。

② 情報提供についての修正点

健診受診者に対する「情報提供」について、画一的な健診結果の送付に終わっている場合が少なくない。情報提供とは、健診結果に基づいて生活習慣の改善についての意識づけを行うこと、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者には受診や服薬の重要性を認識させること、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識させることなどの目的を有する。次年度の健診への動機づけの機会としても活用したい。

③ 特定保健指導非対象者への対応（表2）

現行では非肥満でリスクがある者については特定保健指導の対象とはならないが、その病態に応じて保健指導を行う必要がある。とくに受診勧奨判定値以上の者に対しては、適切な対応が求め

られる。そこで、健診・保健指導現場において一定の考え方に沿って適切に対応できるよう、できる限りの定型化を図ったうえで指針として標準プログラムに示すこととなった。すなわち、肥満の有無と検査データの程度（A～Dゾーンの4区分）を組み合わせ、情報提供、特定保健指導、受診勧奨などの対応を適切にとること、とくにDゾーンにあたる対象者に対しては確実な受診勧奨を行い、受診したことを確認するなどして重症化防止に努めることが望ましい。

第二期特定保健指導の修正点

保健指導を実施しやすくするため、いくつかの修正が予定されている。

① ポイント制、支援Bを必須とせず

積極的支援においてはポイント制が導入されており、支援A（積極的関与）で160ポイント以上、支援B（励まし）で20ポイント以上の計180ポイント以上の支援が必須とされている。ポイント制には賛否両論あり、「ポイント制にとらわれた保健指導が行われやすい」ため廃止を求める声も

表2 特定保健指導非対象者への対応

●肥満、血糖、血圧、脂質の測定値および喫煙に応じた対応（案）

リスクの 大きさ	危険因子（肥満・血糖・血圧・脂質・喫煙）を評価する		
	肥満あり		肥満なし
	＋リスク2つ以上	＋リスク1つまで	—
Aゾーン		肥満改善、生活習慣病予防に関する情報提供	一般的な健康づくり情報の情報提供
Bゾーン	特定保健指導 〈積極的支援〉	特定保健指導 〈動機づけ支援〉	当該疾患についての情報提供
Cゾーン	特定保健指導 〈積極的支援〉 (6カ月評価時に該当項目について再確認が望ましい)	特定保健指導 〈動機づけ支援〉 (6カ月評価時に該当項目について再確認が望ましい)	当該疾患に関わる生活習慣改善指導（面接）、医療機関受診
Dゾーン	すぐに受診 または、医師と連携して特定保健指導〈積極的支援〉を実施後医療機関管理	確実な受診勧奨 または、医師の判断で積極的支援相当の保健指導をすることも可	確実な受診勧奨、 受診の確認、医療機関管理

●学会基準等に基づく検査値分類

1. 血圧

収縮期 拡張期	～129	130～139	140～159	160～
～84	A	B	C	D
85～89	B	B	C	D
90～99	C	C	C	D
100～	D	D	D	D

2. 血糖, HbA1c

	A	B	B'	C	D
FPG	～99	100～109	110～125		126～
HbA1c (%)	～5.1	5.2～5.5	5.6～6.0		6.1～

Dゾーンでは、眼底検査、eGFRを実施し、合併症に留意すること。

3. 脂質

	A	B	C	D
トリグリセライド	< 150		150～299	≥ 300
LDL	120		140	(≥ 180)

(厚生労働省健康局、健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ：2012³⁾より)

ある一方、「ポイント制があるからこそ継続的支援が最低基準以上に行われている」現状や、「外部委託の尺度としてポイント制は必要」とした意見もあり、第二期ではポイント制を継続することとなった。

ただし、より効果のある保健指導を推奨する立場で、支援Bを必須（20ポイント以上）とする条件を外し、「支援Aを160ポイント以上、合計180ポイント以上」を新たな要件とした。つまり、

すべて支援Aのみで保健指導を計画することが可能となる。

② 初回面接者と6カ月後に評価を行う者との同一性

現行制度では初回面接者と6カ月後の評価者を同一者が行うとしているが、職員の異動や効率性などの観点から改正が求められていた。この場合、初回面接者が責任をもって最終評価まで行い、保

健指導の質の向上に役立たせるという理念を崩さずに制度を修正することが重要である。

「保健指導の質の向上」を最大の目的とし、かつ効率化を図るといふ点でみると、同一機関内において統一的な記録様式やカンファレンスなどで指導者同士が情報を共有化できる場合には、組織・チームとしてフィードバックできるため、保健指導者全体の資質向上や仕組みの改善につながる。このような要件下では必ずしも同一者でなくてもよくなる。

③ 健診受診日に初回面接を開始するための方策

保険者と健診機関の個別契約において、「階層化された保健指導対象者のすべてに保健指導を実施する」という契約がなされており、健診当日にすべての結果が出そろって特定保健指導対象者を決定できる場合には、健診当日に保健指導初回面接を実施可能とすることが確認された。集合契約においても、保険者が同意する場合には、すべての検査結果が得られていることを前提に、健診受診日に保健指導を開始することを可能とすることを検討している。ただし、初回面接と6カ月後評価者は、同一機関に所属していなければならない。

④ 2年目の特定保健指導の特例についての検討 — 血圧・喫煙に着目した初回面接

特定保健指導を行っても必ずしも基準値未満まで改善するとは限らず、保健指導を反復する対象者も少なくない。とくに高齢者ほど基準値未満にすることはむずかしく、保健指導の費用対効果からいっても改善が求められる。

そこで、前年度に特定保健指導を受けて、メタボリックシンドロームや生活習慣改善について理解できており、体重を減量（または維持）できた対象者であることを前提に、2年目の保健指導を軽減する方法が検討されている。

現段階では2013（平成25）年度からの実施はむずかしいため、今後より実施しやすい方法を検討中である。

⑤ 特定健康診査時に服薬中であった者の受診率算定上の取り扱い

特定健診時の問診では「服薬なし」と回答したため特定保健指導の対象となったものの、初回面接時に服薬していることが判明した場合、特定保健指導としては中止することとなる。この時の受診率は、分母、分子より除いて算定することに変更される。

⑥ 看護師が保健指導を行える暫定期間の延長

初回面接、最終評価は医師、保健師、管理栄養士が実施することとなっており、産業保健等の実績のある看護師については第一期に限り実施できるとされている。しかし、現行の実施状況を鑑みて、2017（平成29）年度末まで看護師の暫定期間を延長することとなった。

おわりに

第二期ではこれまで以上に保健指導の質の向上をめざすとともに、費用対効果を考えた仕事を追求することが大切である。特定保健指導の実施によりメタボリックシンドロームの改善、検査値の改善がもたらされることが実証できた第一期を超えて、第二期はその広がりや発展を期待したい。

さらに、第二次健康日本21がスタートするが、そのなかで特定健診データの利活用が積極的に行われることとなった。現状分析に基づく生活習慣病対策の加速が期待される。

文献

- 1) 厚生労働省健康局. 標準的な健診・保健指導プログラム：2007.
- 2) 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.
- 3) 厚生労働省健康局. 今後の特定健診・保健指導の在り方について（健診・保健指導の在り方に関する検討会中間とりまとめ）：2012. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000027va5-att/2r9852000027vbm.pdf>
 - 4) 厚生労働省保険局検討会資料. 特定健診・保健指導の効果検証の進捗状況について：2012. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000023mfn-att/2r9852000023mkh.pdf>
 - 5) 津下一代. 特定保健指導のエビデンス. 糖尿病 2012；4（12）：83-93.
 - 6) 厚生労働省事務連絡. 平成 25 年度以降に実施される特定健康診査等におけるヘモグロビン A1c 検査結果の受診者への結果通知, 保険者への結果報告及び国への実績報告について：2012.

総説：健康づくりに貢献するために —政策としての健康づくりと健康日本 21 (第 2 次) の意義



津下一代

Tsushita, Kazuyo

あいち健康の森健康科学総合センター

KEYWORD 健康日本 21, 健康寿命, 生活習慣病対策, 社会環境, 地方自治体

はじめに

2012 年 7 月, これから 10 年後の社会を見据えて, 第 4 次国民健康づくり対策「健康日本 21 (第 2 次)」が大臣告示として発表されました¹⁾. 第 1 次計画が策定された 13 年前とは時代が大きく変化し, わが国は超高齢社会に突入, 社会保障費の増大にあえぎ, 将来に希望が見出しにくい世のなかとなっています. そんななか, 「すべての国民が共に支え合い, 健やかで心豊かに生活できる活力ある社会」であり続けるために, 国民, 保健・医療の専門職, 民間企業, 行政はなにをしなければならないのか, その方向性を示したものが「健康日本 21 (第 2 次)」です.

国をはじめ地方自治体においても, 財政難のために事業の見直しが相次いでおり, 漫然とした事業は存続しえない状況です. 即効性に目を奪われると切り捨てられがちな健康づくり事業ですが, 10 年, 20 年という長期的な視点でとらえて国民健康づくり運動をたゆまず推進していかなばなりません. そのため, 世代, 地域等の健康課題を的確にとらえ, 効果的かつ効率的に解決策を実行していくこと

が求められています. 健康課題の分析, 目標設定, 事業効果のモニタリングとその改善, という PDCA サイクルを回し, 効果性・効率性・波及性の高い保健事業へ成長させていくことが不可欠です.

だれかがやってくれる, ではなく, 自分たちが動かなければ将来の安心生活は得られません. 健康長寿社会を実現するために, 国民のひとりとしてなにができるのか, 管理栄養士・栄養士という専門職としてなにができるのか, みなさんがおかれた立場からみてなにをしなければならないのか, 考え・話し合い・行動に移す. 10 年後に, あのときやっておいてよかった, と思える「21」にしたいものです.

健康日本 21 (第 2 次) のめざすところと基本戦略

「健康寿命の延伸」, 「生活の質 (QOL) の向上」を究極の目標としていることは, 「第 1 次」の理念を踏襲しています. さらに, 住んでいる地域や職業などによって健康状態に差がみられることから, 「健康格差の縮小」を新たな基本理念として掲げました. これを達成するために, 個人の生活習慣改善目標だけでなく, 良好な社会環境の構築に向けた目標が設定されています (図 1).

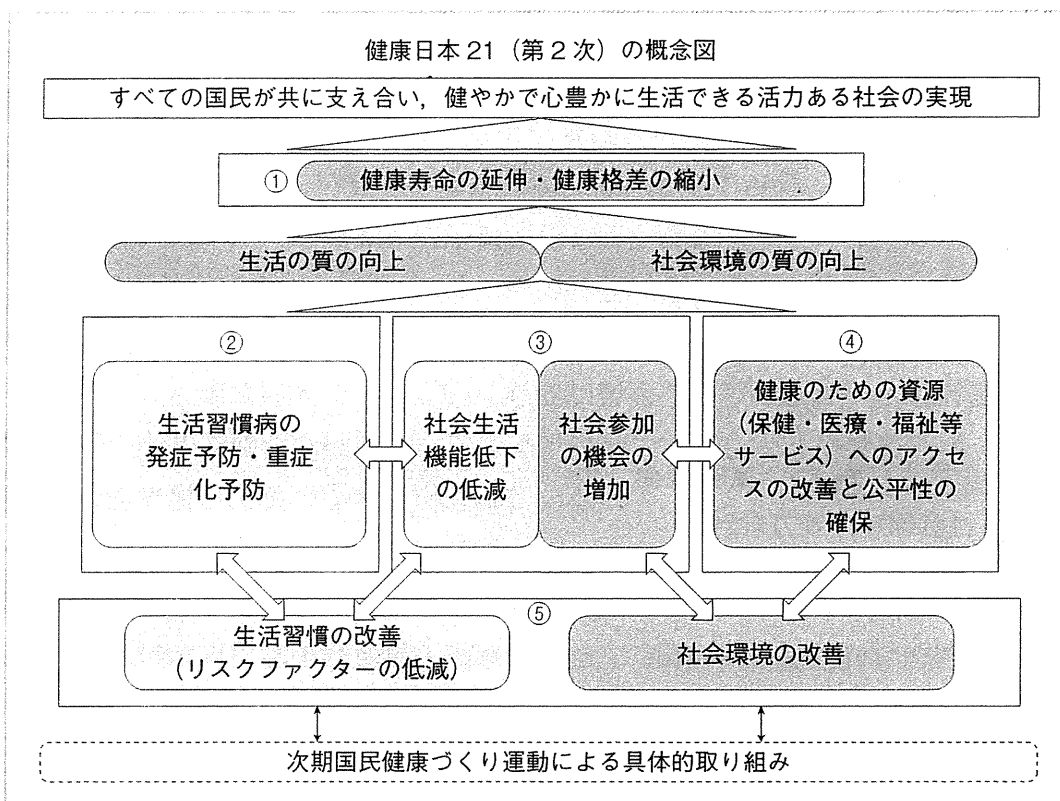


図 1 健康日本 21 (第 2 次) 概念図

(厚生労働省, 健康日本 21 (第 2 次): 2012¹⁾より)

まず, 平均寿命を延ばすことではなく, 健康寿命をのばすことを最終目標として掲げていることに着目しましょう。わが国は世界でトップクラスの長寿国ですが, 諸外国と比較して手厚い医療や介護によって「生かされている」期間が長いのが特徴です。現時点では健康寿命と平均寿命の間に男性では 9.13 年, 女性では 12.68 年の期間がありますが, 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の伸びを達成することで, 「制限がある期間を短縮する」ことを目標としています。自分の口で食べられ, 自分の行きたい所へ出かけられ, 生きがいをもって暮らせる期間を延ばすことを目標とすることには, 多くの国民の合意がえられるものと思います。

健康寿命にも地域格差がみられることが報告されており, 現時点で 3 年弱の都道府県格差があります (図 2)。この格差短縮もめざすべき方向性です。今回, 健康日本 21 策定

にあたり, 都道府県・市町村等地方自治体レベルで健康寿命を算定する計算式が公表され, HP 上で公開されています²⁾。

以上のように健康日本 21 (第 2 次) では, ①**健康寿命の延伸, 健康格差の縮小**を最上位目標としていますが, それを達成するために, ②(壮年期死亡や要介護状態などにより健康寿命を短縮する)**生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底**(循環器疾患, 糖尿病, がん, COPD の予防)と, ③(生活の質の低下をきたさないための)**社会生活を営むために必要な機能の維持および向上**を重要な対策として掲げています。それを達成するためには, 社会の目標として④**健康を支え, 守るための社会環境の整備**を, 個人の健康行動の目標としては, ⑤**栄養・食生活, 身体活動・運動, 休養, 飲酒, 喫煙および歯・口腔の健康に関する生活習慣および社会環境の改善**, という

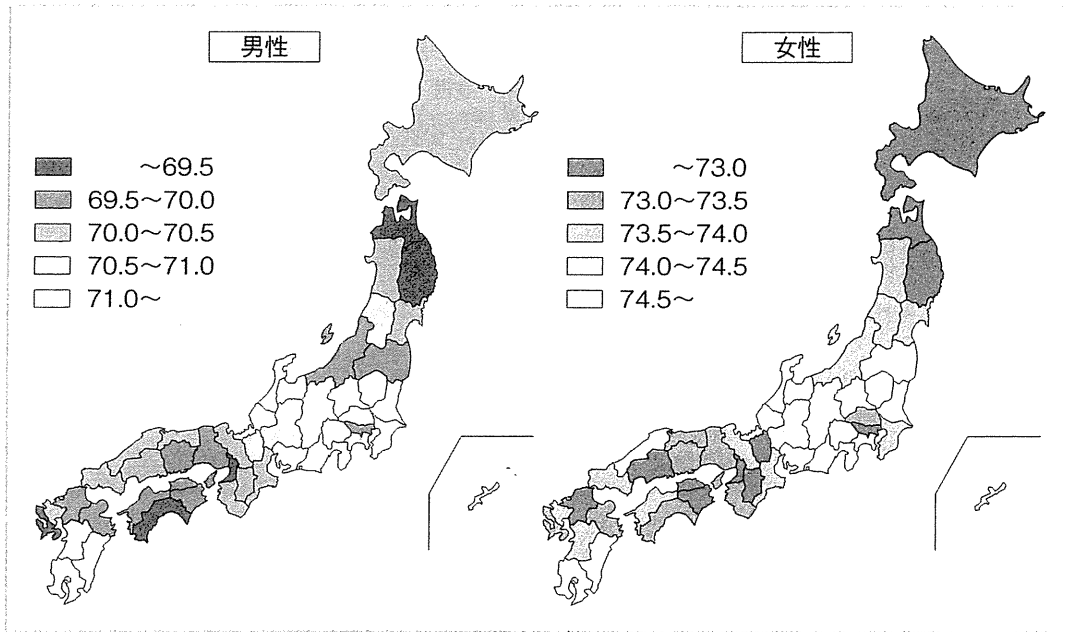


図2 日常生活に制限のない期間の平均 (色が濃いほうが健康寿命が短い)

〔厚生労働省、健康日本21(第2次):2012¹⁾より〕

保健活動を重視した構造をとっています。

健康寿命を延伸するための生活習慣病対策

健康寿命を延ばすためには、壮年期死亡の減少はもとより要介護状態の予防も重要です。要介護状態の主要な原因は脳卒中、転倒骨折、認知症、高齢による筋力低下であるため、生活習慣病の予防は要介護状態の予防にもつながります。世界保健機構(WHO)においても、がん、循環器疾患、糖尿病、COPDを主要な非感染性疾患(non communicable diseases:NCD)ととらえ、包括的な対策の強化を打ち出しています。

「生活習慣病にならない健康づくり」は若年期から重要であり、ライフステージにそった取り組みの強化が重要です。今後は、健康に関心のある層だけでなく、忙しくて自分の健康について関心をもてない層に対する働きかけや良好な生活習慣を維持しやすい環境づくりにも力を入れていかねばなりません。

健康づくりというと「病気にならない」というイメージが強いのですが、中高年においては一つや二つの持病を抱えていることのほうがむしろ普通かもしれません。これからは「生活習慣病になっても前向きに健康づくり(一病息災の健康づくり)」が重要になってくると考えます。愛知県における健康課題分析の一例ですが、特定健診において糖尿病治療中と回答した人のうち、HbA1c(JDS値)7.0%以上が1/3、8.0%以上の人でも1割以上でした(図3)。薬物治療だけでなく食事療法や運動療法、心理的なサポートもあわせて対策を考えていく必要があります。医療機関と地域の保健資源を活用した取り組みの強化が求められます。

COPD(慢性閉塞性肺疾患)は別名「タバコ病」ともいわれているように、喫煙との関係が明らかであり、禁煙や早期治療によって呼吸機能の低下が予防できる疾病です。日本においてはまだ認知度が低く本人も自覚していない可能性も高いため、まずは啓発が求められています。

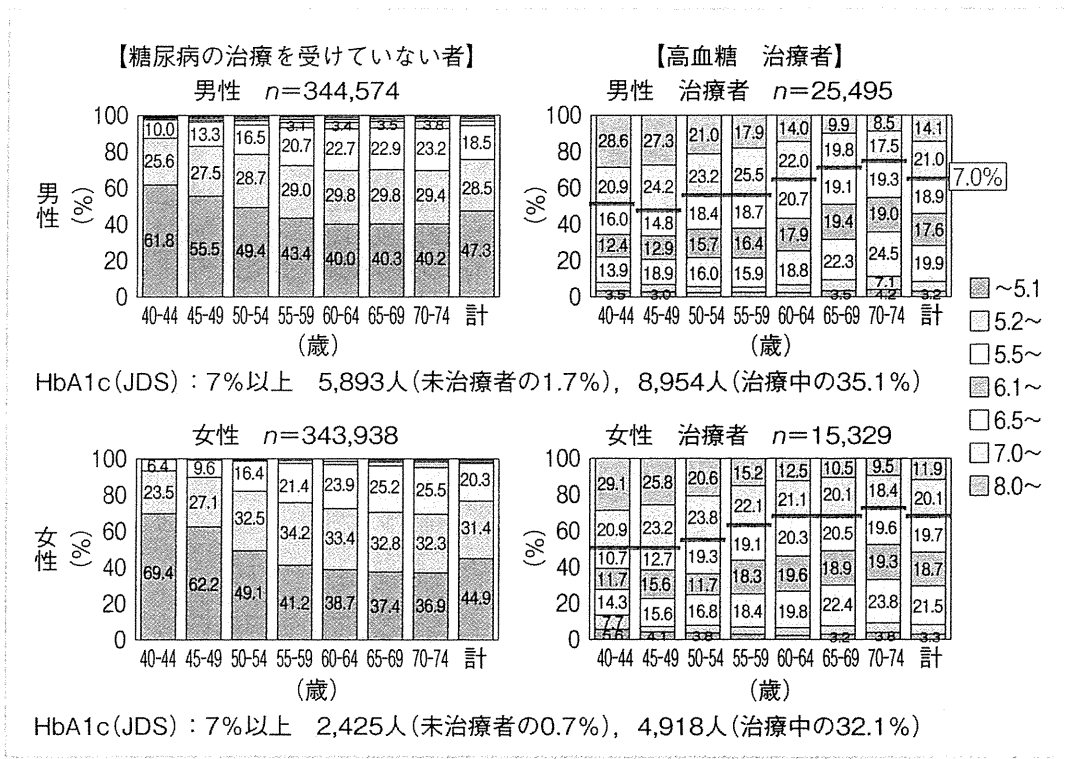


図3 高血糖治療の有無によるHbA1c (JDS) 判定区分：愛知県特定健診データ

生活習慣を確実に改善するために

健康日本21（第1次）の反省として、朝食の欠食、歩数やストレスを感じた人などの指標では、この10年間の取り組みにもかかわらず、むしろ悪化の方向へ向かったこと³⁾。このことは、従来の「個人を対象とした働きかけ」だけでは不十分であり、生活環境を含めたアプローチの必要性を示していると考えられます。

「肥満者はクラスターをつくる（肥満者には肥満者の友達が多い）」、というのはフラミンガム研究の結果ですが、わが国のデータでも肥満者の割合に地域差がみられます（図4）。健康行動は周りの人々や環境に影響されやすいのですが、外食やお惣菜などの利用が進んだ現代社会では、外食や加工食品のなかに含まれる食塩や脂肪を減らすことで社会全体の栄養改善が進むことが期待されます。運

動習慣においても、運動に対する興味や効果の実感などの個人的な理由だけでなく、施設の有無や指導者との人間関係、周りからの評価や期待、仲間の存在が関係していることが報告されています。

図5は、社会環境を改善するためのイメージ図です。健康に関心のある層が「野菜たっぷり、エネルギー控え目」なメニューを選ぶようになると、飲食店もそのような顧客にあわせた「健康メニュー」を提供するようになる。その結果、健康にはあまり関心のない層もそのようなメニューを食べる機会が増えて、結果的には健康な人が増える、というようなことを狙っています。

また、地域でお互いに助け合い、信頼感をもって暮らしている地域の健康度が高い傾向も報告されています。そこで、「地域でお互いに助け合っていると思う人の増加」、「健康づくりを目的とした活動に主体的にかかわっ

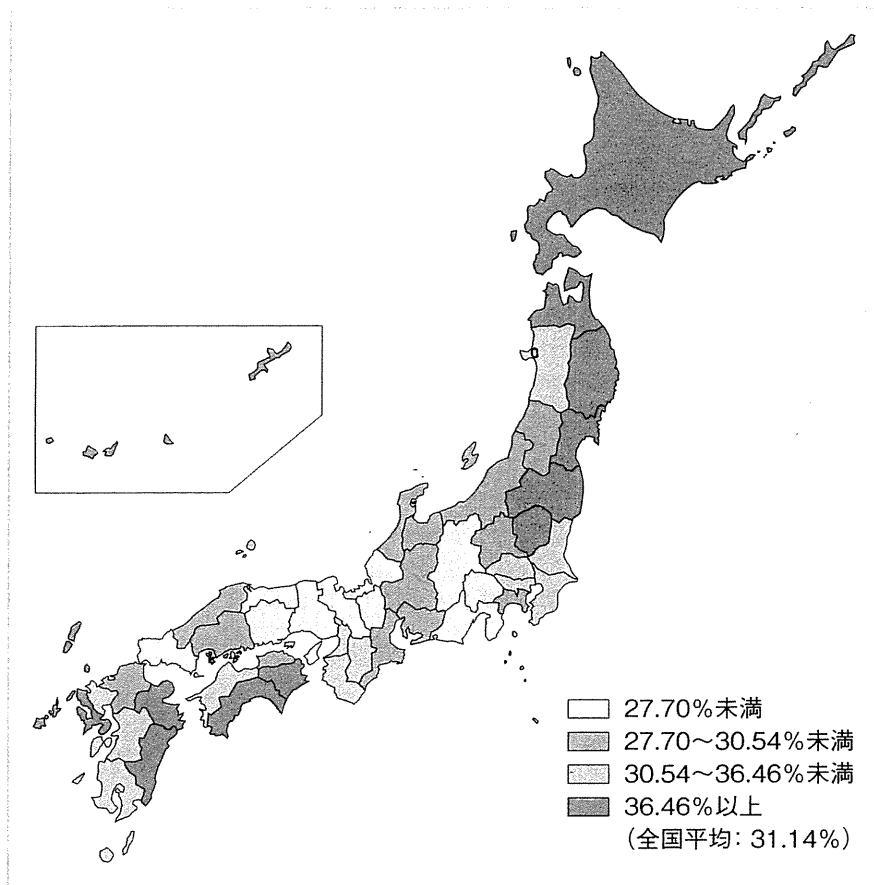


図 4 都道府県別 肥満者の割合 (男性 20 ~ 69 歳)

肥満者の割合について、都道府県別に 4 区分ごとに色分けして示したものを。

(厚生労働省、平成 22 年国民健康・栄養調査より)

ている人の増加」を新たな目標として掲げています⁴⁾。これは東日本大震災から学んだことでもあります。

地方自治体計画の進め方： 既存データの活用と部局横断的な推進体制

地方自治体では、第 1 次計画は立てたものの具体的な事業につながりにくかったという反省があります。第 2 次では目標値はできるだけ既存の統計データや特定健診データなどを用い、実際の保健事業との関連性をもたせることが重要です。

特定健診・保健指導では生活習慣問診や生活習慣病治療者の割合・コントロール状況、

予備群や未治療軽症例の割合などを分析できます。介護保険統計からは介護認定の性・年代、地域別の状況、介護が必要な病態の発生状況を把握することができますし、学校保健のデータを活用すれば「次世代の健康」の目標値設定が可能です。部局横断的にデータを集め、性・年代区別にみたり、地域別に比較したりすることによって、地域の健康課題を明確にし、対策を考えることが重要です。

健康日本 21 とは住民の命と健やかな生活を将来にわたって守っていこうという計画なのです。自治体トップの関心事ともなりうるテーマです。健康を害する人が多ければ医療費・介護給付費がかさむだけでなく、労働力の低下から税収減にもつながり財政問題

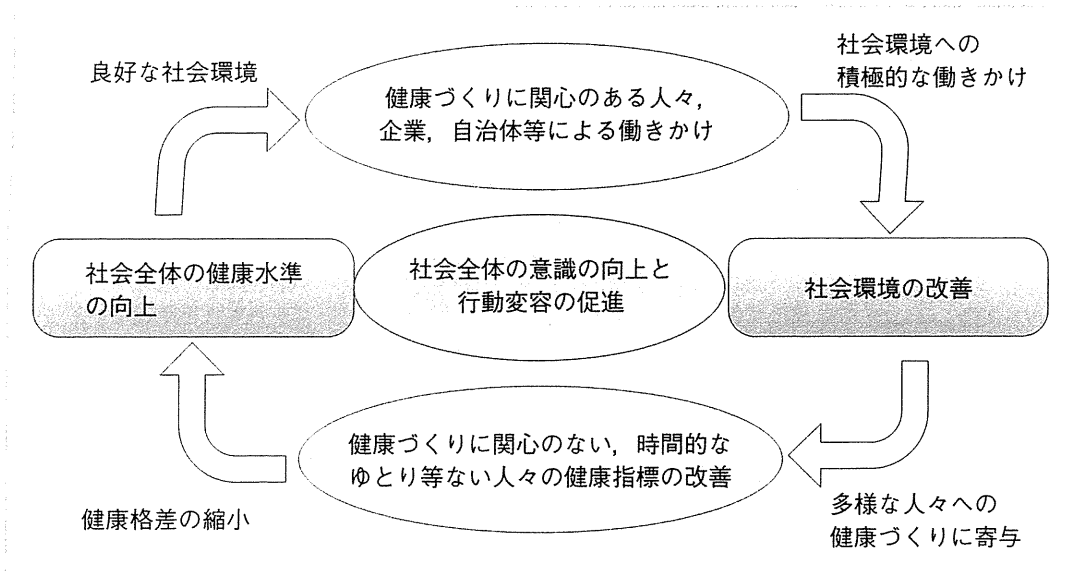


図5 良好な社会環境の構築に向けた循環 (例)

〔厚生労働省、健康日本21(第2次):2012¹⁾より〕

にも直結します。健康日本21の評価と策定を期に多くの自治体が動き出しています⁵⁾。

管理栄養士・栄養士の役割、そして期待

本誌の主要な読者である管理栄養士・栄養士は、子どもからお年寄りまで、さまざまなライフステージにある国民の食を守る職種です。病院や介護施設における給食のメニューづくり、栄養価計算、食事療法指導だけでなく、特定健診・保健指導など予防的な仕事にかかわる方が増えてきました。患者さんや予防の必要性のある人にとって、栄養学的に正しいだけでなく、生活において実行可能な方策を対象者とともに考えてくれる専門家の存在はますます重要になるでしょう。身近なところで一人ひとりにあった食生活アドバイスを受けられる環境が整うことを期待しています。

食環境づくりにおいても正しい栄養の知識をもった人材が不可欠です。「安くておいしい、そして健康にもやさしい」をめざしている飲食店のみなさんに頼られる存在になって

ほしいと思っています。

一方、わずかな栄養素の違いを大げさに表現する栄養関係の研究者や、「売らんがために」扇動している「専門家」がいることは悩ましいことです。健康に関心のある国民が、誤った健康情報によって詐欺的な「健康食品」に飛びつき、経済的な搾取を受けたり、健康被害にあったりすることに対しては、さらに厳しい目が必要だと思います。

信頼される専門家として、管理栄養士・栄養士の皆さん方が活躍の場を広げられることを期待しています。

文献

- 1) 厚生労働省、健康日本21(第2次):2012.
- 2) 橋本修二. 厚生労働科学研究 健康寿命のページ. <http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>
- 3) 健康日本21 評価作業チーム. 「健康日本21」最終評価: 厚生労働省; 2011.
- 4) 辻 一郎, 津下一代. (対談)健康日本21(第2次)が目指すもの: 健康日本21(第2次計画)に盛り込んだ思いを語る. 月刊地域保健 2012; 43(11): 24-41.
- 5) 津下一代. 地域における多様な分野の連携による生活習慣病の発症および重症化予防: 愛知県東海市の取り組みを例として. 保健の科学 2012; 54(10): 694-8.

糖尿病予防と 生活習慣病対策

医療保険者としてどう取り組むか？

あいち健康の森
健康科学総合センター センター長

津下 一代

1 はじめに

冒頭から個人的な話で恐縮ですが、本話題に関係するのでご紹介させていただきます。先日、市民公開講座で糖尿病予防の必要性和具体的な対策についてお話ししました。終了後、アンケートの裏面にびっしりと書き込みがある一枚が目にとまりました。

「お久しぶりです。15年ほど前に愛知県総合保健センターでお世話になりました。〇〇です。あの時には『不良患者』でしたが、その後はご紹介いただいた先生にかかり、合併症も軽い状態で安定、体調も上々です。先日の検査ではHbA1cが6・4%で、医者からも『まずまずだね』と言われていきます。あのままだったらどうなっていたか、と思うと、ぞっとしますね。当時は〇〇新聞編集部にて、健康よりも仕事。タバコもアルコールも仕事の一部とっていました。疲れもトシと過労のせいだと思っていました。例年のごとく健診を受けて、相変わらず悪い血糖なのも仕方がないか？と思っていたのですが、先生に『やれることがあるのに、やらないのはもったいない。緩やかな自殺行為みたいなもの』といわれた時は、正直、なにもそこまで言わなく

図1 特定健診受診とレセプトから見た国保加入者の受診行動と対策

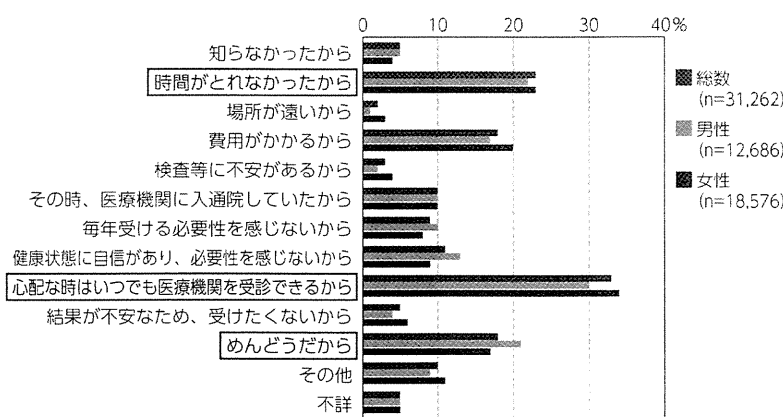
40歳～74歳 被保険者数 1,444,373人 特定健診受診者数 435,625人 (30.2%) 愛知県

		健診受診あり (40～74歳)	健診受診なし
生活習慣病	レセプトあり	182,032人 (12.6%) *合併症なし・あり ・治療中の者の健診データ分析 ・学会ガイドラインに基づく服薬管理 状況把握 (コントロール良・否) ・主治医との連携	307,274人 (21.3%) ・治療中の者の健診受診対策 ・医績データの活用・保健指導 ・主治医との連携
	レセプトなし	253,593人 (17.6%) 異常なし 保健指導対象、受診勧奨対象 ・保健指導評価 ・受診結果確認	701,474人 (48.6%) 健康状態不明 ・未受診者対策 ・健康づくり

平成20年度 愛知県国保連合会資料より

でも…とつい思いましたが。相次いで同僚が健康を害している中で、健康の大切さを実感しています。現在はリタイアして、あちこちを歩きながら雑文を書いています。お酒は少しだけたしなんでいます。タバコは卒業しました。先生もお元気でご活躍を！」

図2 健診等を受けなかった理由 (20歳以上、複数回答)



健診にかかわる仕事をしていて、ほんとうによかったと思う瞬間です。糖尿病と診断されたことをきっかけに、これからの人生を考え、生活を見直していただくことができ、マイナスどころかプラスに転ずることも可能です。年に一度の健診の機会に、どれだけその人に心に届く情報提供ができるか、本人に

2 健診も医療も受けていない人への対策

平成20年度から特定健診が始まり、医療保険者が健診データとレセプトデータの両者を保有することとなりました。図1は愛知県国保(平成20年度)の例ですが、健診未受診者のなかには、医療機関にすでに

- ① 健診も医療も受けていない人
 - ② 治療しているけれど血糖値が不良な人
 - ③ 健診は受けているけれど治療を中断している人(または未受診の人)
 - ④ 糖尿病の治療の段階ではないメタボな人
 - ⑤ 糖尿病の治療の段階ではない非メタボな人
 - ⑥ 若年者(40歳未満)
- に分けて、具体的な対策をご紹介します。

ふさわしいソリューションを提案できるか、そして実際に行動に結びつけて良い結果に導くことができるか。まさに真剣勝負の場面であると感じています。本稿では、糖尿病という目に見えない敵との長期戦にどう向き合うか、道半ばで方向性を見失いつつある対象者に、医療保険者としてどう関わられるのか? 健診やレセプトで把握できる対象者のステージ別に考えてみたいと思います。すなわち、

かっている人とかかっている人がいます。特定健診以外の健診(人間ドックなど)を受けている人を把握できていないため、実際にはもう少し健診受診率が高いことが期待されますが、国保加入者の約半数が健診も医療も受けていない状況であることがわかります。健康を害していても、気づく機会がない人が多いことが問題です。

健診を受けない理由の第1位は、「必要なきはいつでも医療機関を受診できるから」(国民生活基礎調査)(前頁図2)。必要な時とは、症状が出たときでしょうか？

糖尿病の診断基準は、空腹時血糖が126 mg/dl以上またはブドウ糖負荷テスト2時間値200 mg/dl以上であることです。ところが診断基準を少し超えたくらいでは自覚症状がないのが普通です。症状はないのですが、この基準値以上の血糖が続くと血管が傷つきやすくなり、10年後には網膜症(眼底出血など)や腎臓障害(蛋白尿、クレアチニン上昇)を起こす危険性が高まります。健診制度がなかったころは、いきなり合併症になって気づいたという人が少なくありませんでした。

糖尿病特有の症状が出てくるのは、空腹時血糖が200 mg/dl近くなっている頃。食後の血糖値は400 mg/dlくらいになり、口が渇く、体がだるいなどの症状に気

づくことになります。ここまで放置することとはとても危険であり、症状がないうちに健診で血糖(HbA1c)検査をすること、がとても大切なのです。

会社に帰属しているうちは労働安全衛生法で義務化された健診をほとんどの人が受けていますが、退職後も「年に一回の健診」を習慣化してほしいものです。健保組合に加入している間に習慣化することで、退職後も自ら健康管理をする人が増えてくれば後期高齢者の医療費の抑制にもつながります。

3 治療しているけれど 血糖値が不良な人への対策

特定健診の問診で「糖尿病治療中」と回答する人は年齢とともに増加し、50歳代男性では受診者の約5%(女性は約3%)、60歳代男性では10%が糖尿病治療を受けています(図3)。治療中と回答した人について、健診時のHbA1cをみると、HbA1c(JDS)7.0%以上の「血糖コントロール不良状態」の人が3分の1程度を占めており、8.0%以上の非常に悪い状態の人(不可)が15%もいることがわかります(図4)。そのなかでもとくに若年者の状況がよくないことが気になります。

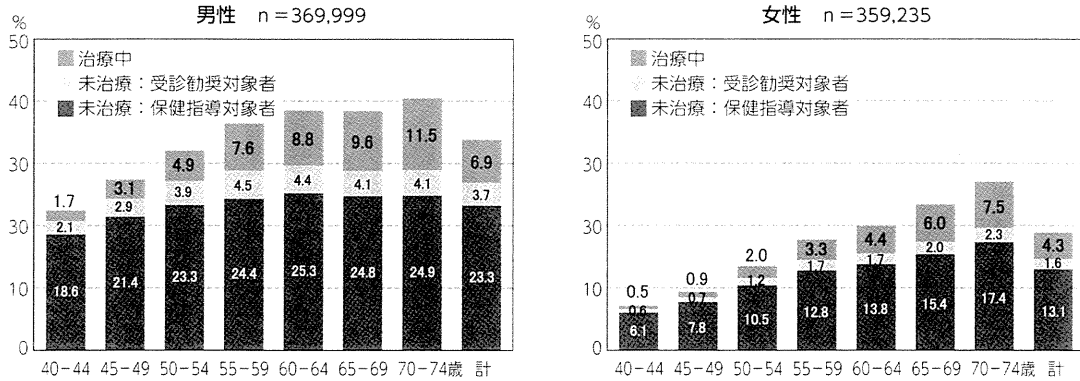
合併症のおこりやすさは、血糖が悪い状態が何年続いたか、つまりHbA1cと罹病期間に依存しているため、40〜50歳代ではよりよい血糖コントロールが必要です。

このような患者さんに対する保険者としての対策としては、健診事後指導時にどのような治療状況であるのかを確認し、よりよい方法がないかを一緒に探っていくことです。定期的に受診しているか、薬はきちんと服用できているか、食事療法や運動療法で困っている点はないのか、医師とのコミュニケーションはうまく取れているか、などを尋ねます。薬剤費を節約するために薬を間引いて服用している、定期的に受診できていない(仕事のため診療時間にいけない、叱られるから足が遠のく)、食事療法などについて具体的な話しを聞いていない、結果が悪いのに慣れてマンネリ状態になっている、などの理由をあげる人が多いようです。

薬剤費が気になっている人にはジェネリックの活用についての情報を提供することが有効でしょうし、食事・運動などに不安がある人には生活習慣改善のための保健指導プログラムや教育入院への参加を促すなど、新たな解決法を提示します。

当センターでは治療中の人に対して保健指導を行っていますが、それによりコン

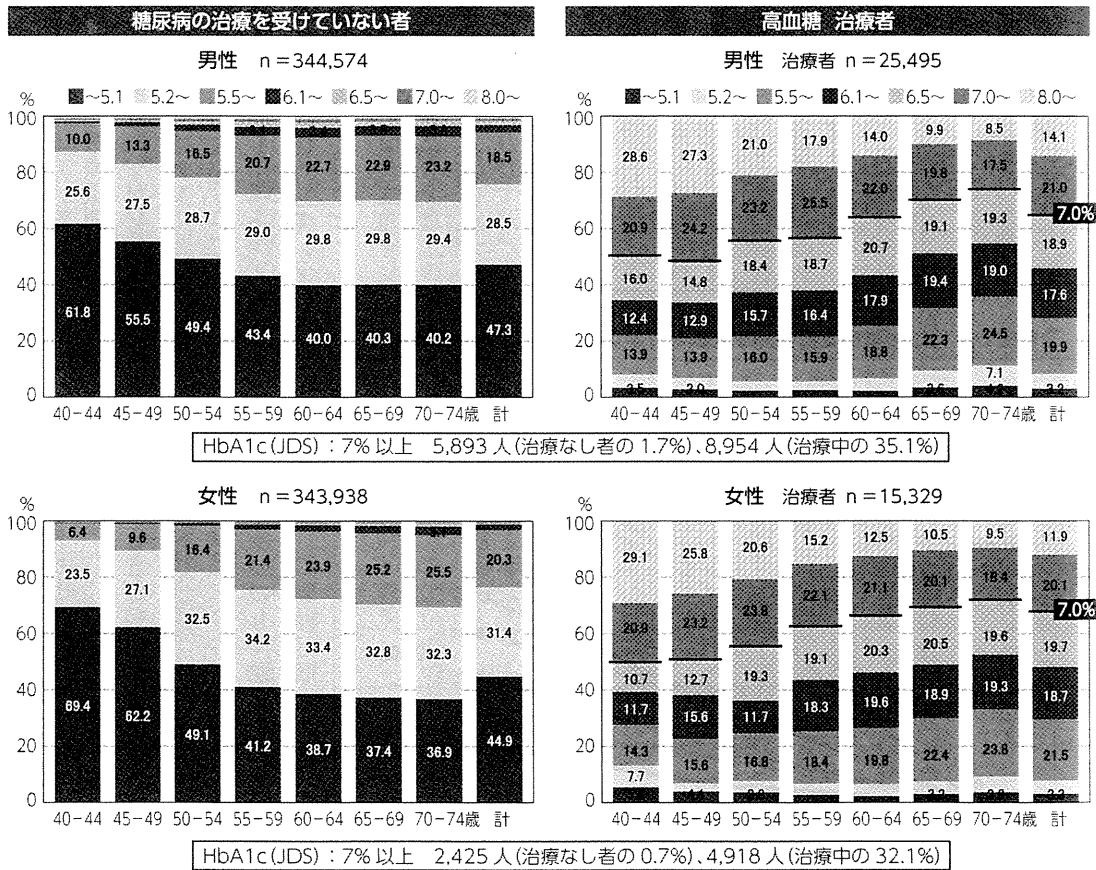
図3 高血糖 有所見率 (性・年代別)



注1) 保健指導対象者 HbA1c \geq 5.2%または空腹時血糖 \geq 100 mg/dL
 受診勧奨対象者 HbA1c \geq 6.1%または空腹時血糖 \geq 126 mg/dL
 未治療は特定保健指導(動機づけ支援・積極的支援)が必要と判定された方
 注2) 母数(n)は判定可能者

平成20年度 愛知県特定健診データ分析(健保・協会けんぽ・国保 愛知県分)

図4 糖尿病治療の有無によるHbA1c (JDS) 判定区分



平成20年度 愛知県特定健診データ分析(健保・協会けんぽ・国保 愛知県分)

トロールが改善し、薬剤を減らすことに成功した患者さんも少なくありません。薬は飲んでいなければならないけれど体重のコントロールができていない人(肥満の人、体重が増加しつつある人)は積極的に生活習慣改善指導を受けるべきです。

したがって、この対象者には**医師との連携のもと、保健指導に参加するチャンスをつくる**ことが重要です。某健保組合では、月に一度糖尿病専門医の相談日を設け、このような方との電話相談をおこなっています。治療の中で感じている疑問や不安を専門的な立場で聞き取ることで、前向きに治療を受ける人が増えています。

4 治療を中断している人への対策

治療中断者を発見できるのも、保険者の強みです。医療機関では受診しなくなった患者さんをふたつ追跡することはありません。他の医療機関にかかっているかもしれないからです。せつかく発見できた中断者を再び治療の軌道に乗せていくのも、保険者としての大切な役割です。

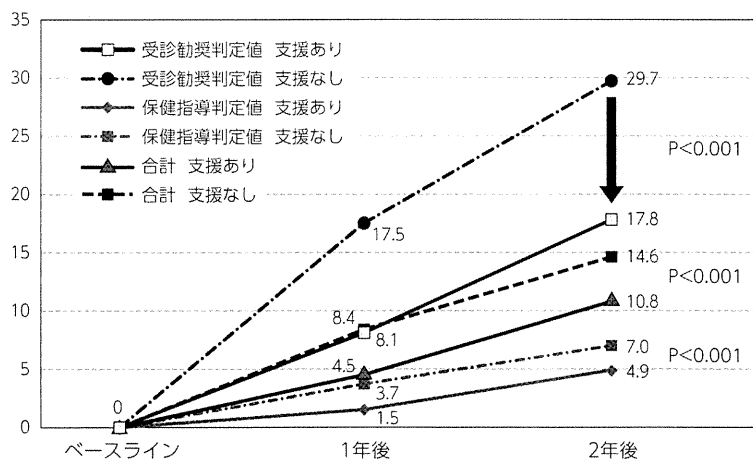
治療中断の理由として、転勤など環境の変化という比較的簡単なものから、医療に対する不信任など根深い原因が隠れていることがあります。糖尿病の場合、薬によ

る低血糖がきっかけで中断した、医師に叱られるのが嫌だ、などの理由がよくあげられます。

そこで、いたずらに医療機関受診を勧めるのではなく、治療しているときの状況(医療者との関係、服薬についての思い)、中断に至ったきっかけなどを聞くことから、解決法につなげることが大切です。

低血糖などの副作用に対して、医師に伝えることなく中断してしまうケースが少なくないようです。たとえば、昼食が遅くなりがちな職業の人では、昼頃に低血糖が起こりやすいのですが、医師は患者さんの生活すべてを知っているわけではなく、どのような時間帯に低血糖がおきやすいのか、食事時間、身体活動の状況などの情報もあれば、より的確に薬を処方することができるとでしょう。一度低血糖をおこしたからといって間違った治療だと不信任をもつのではなく、医療者とのよいコミュニケーションの必要性を話してみてもいいかでしょうか。最近では低血糖がおきにくい薬が増えてきたことを伝えたいものです。

図5 初年度積極的支援該当者について
2年間で1回以上積極支援実施が服薬率に及ぼす効果(1年、2年後)



厚生労働科学研究：津下班 平成23年度報告書データより作図
生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標におよぼす効果と医療費適正化効果に関する研究

転勤などのために中断した人に対しては、現在の通勤範囲でもっとも負担なく通えるエリアの内科医を紹介するとよいでしょう。

治療中断者が必ずしも糖尿病に無関心であるとは限りません。自分なりに民間療法や健康食品によって改善しようとしている人が多いのも実態です。「糖尿病を放

置しているから無関心期だ」ととらえるのではなく、関心があるからこそ、現状の医療だけでは不安になっている患者心理も考えねばなりません。最近では糖尿病患者の心理を考え、その気持ちに寄り添いながら、前向きな気持ちを引き出してくれるような医療者も増えてきました。健康の保健師も、大学や学会、医療機関等が実施する糖尿病研究会などに積極的に参加し、人脈をつくるとともに、医療機関の診療姿勢などを把握しておく、患者さんに適切な情報提供ができるのではないのでしょうか。

このような重症化防止の保健指導は、糖尿病の医療にある程度詳しく、特定保健指導や療養指導の実績のある医師、保健師（看護師）が管理栄養士と連携しておこなうことが望ましいと考えられます。中断者は服薬をしていないので特定保健指導の対象となることが多いはずですが、この機会に生活習慣改善と受診に結び付けたいものです。

5 糖尿病の治療の段階ではない メタボな人

特定保健指導をうまく活用する

特定保健指導が始まってもうすぐ5年。保健指導効果の検証も進んできました。積

極的支援実施者では体重の1〜2kgの減量とともに、血圧、脂質、血糖、肝機能などの改善がみられています。積極的支援レベルに該当していながら保健指導を実施していない対照群と比較すると検査値の改善効果は明らかに少ないです。私たちが保健指導実施群の方が有意に良好であったことを示しています(図5)。

積極的支援の1年後に評価を行った約5千名について、体重減少率2%ごとに区分し、検査値の変化量について群間比較すると、体重の変化がほとんどなかった「0〜2%群」を基準にすると、2%以上群から血糖、HbA1cなどの有意な改善を認めています(次頁図6)。4%以上の減量では血圧5mmHg程度、中性脂肪で50mg/dl程度など、明らかな改善を認めていることから、メタボ型の人には無理なくわずかな体重減量を目指す特定保健指導の効果が期待できるといっていいでしょう。

糖尿病の合併症は、高血圧、脂質異常症、喫煙などのリスクファクターが存在すると高率におこしやすくなることから、糖尿病だけでなく、ほかの生活習慣病の状況にも留意する必要があります。

6 糖尿病の治療の段階 ではない非メタボな人

肥満ではないけれど、血糖がやや高い(保健指導判定値:空腹時血糖100〜125mg/dl)の対象者では、インスリン分泌能が落ち始めているのかもしれない。ブドウ糖負荷テストをおこない、インスリンの反応を調べると今後の方針を立てることに役立ちます。

インスリン分泌能が低下している人では、将来的には薬物治療の必要性が高いのですが、現在分泌されているインスリンをよりうまく機能させるために、単純糖質を減らし食物繊維をよくとるようにする、食後に短時間でもよいのでウォーキングをするなどを勧めます。アルコールや喫煙などにも留意する必要があります。

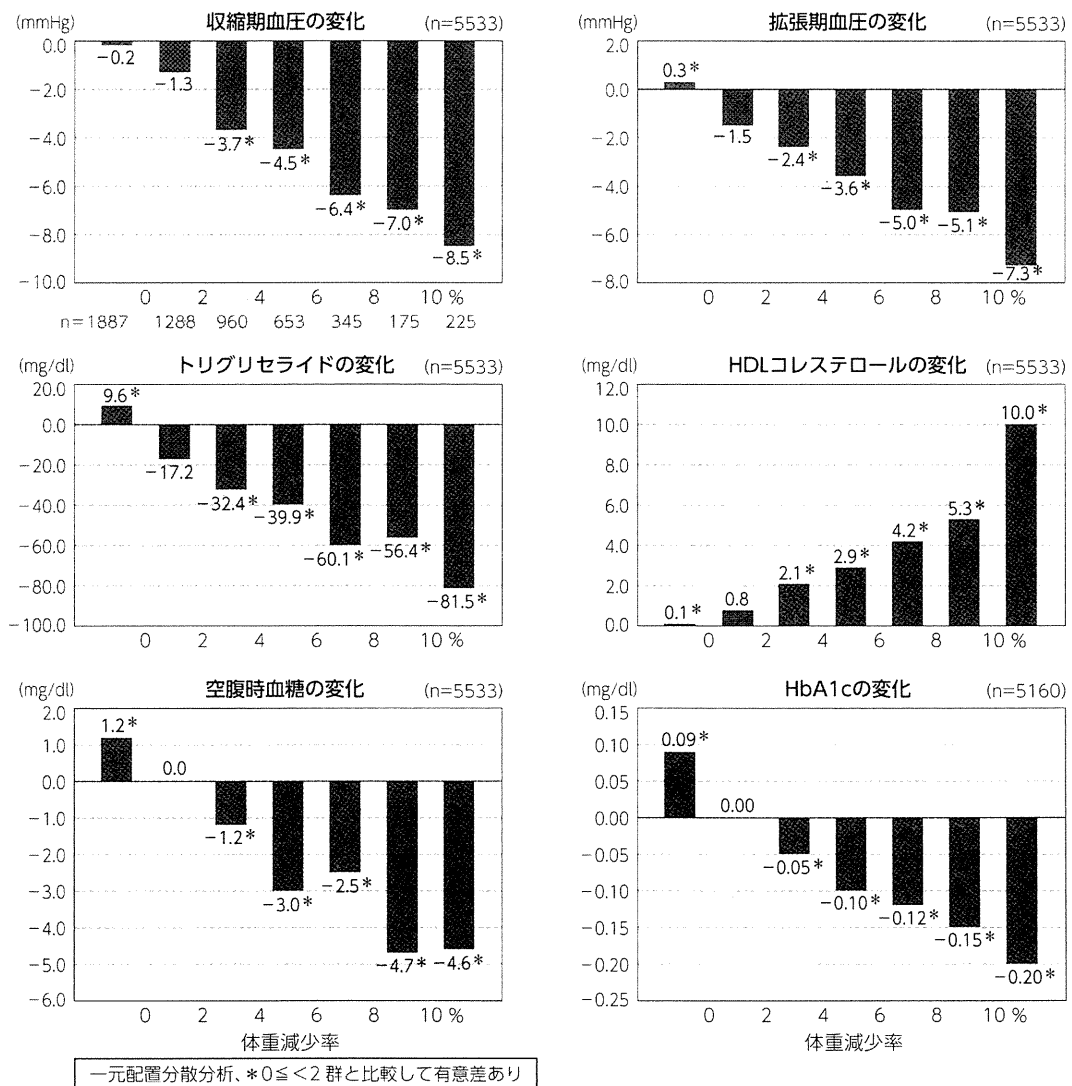
将来的には薬物治療が必要になる可能性も高いことから、「血糖が悪いのは生活習慣が悪いから」という罪悪感を持たせるような指導ではなく、「足りないインスリンを補う治療が必要になるかもしれないけれど、できるだけ臍臓に負担のない生活を心がけることが大切です」というメッセージとともに、毎年の健診を欠かさず受けることを勧めます。

7 40歳未満における肥満対策の必要性

特定健診・特定保健指導は40歳以上を対象としています。体重が最も増加しやすいのは20〜30歳代。就職して運動不足になり、飲酒も増えてと肥満になるチャンスばかりです。健保担当者からは、特定保健指導でメタボを減少しても、毎年40歳未満のメタボ者が新規に保健指導対象者として移行してくるといふ悲鳴が聞こえてきます。

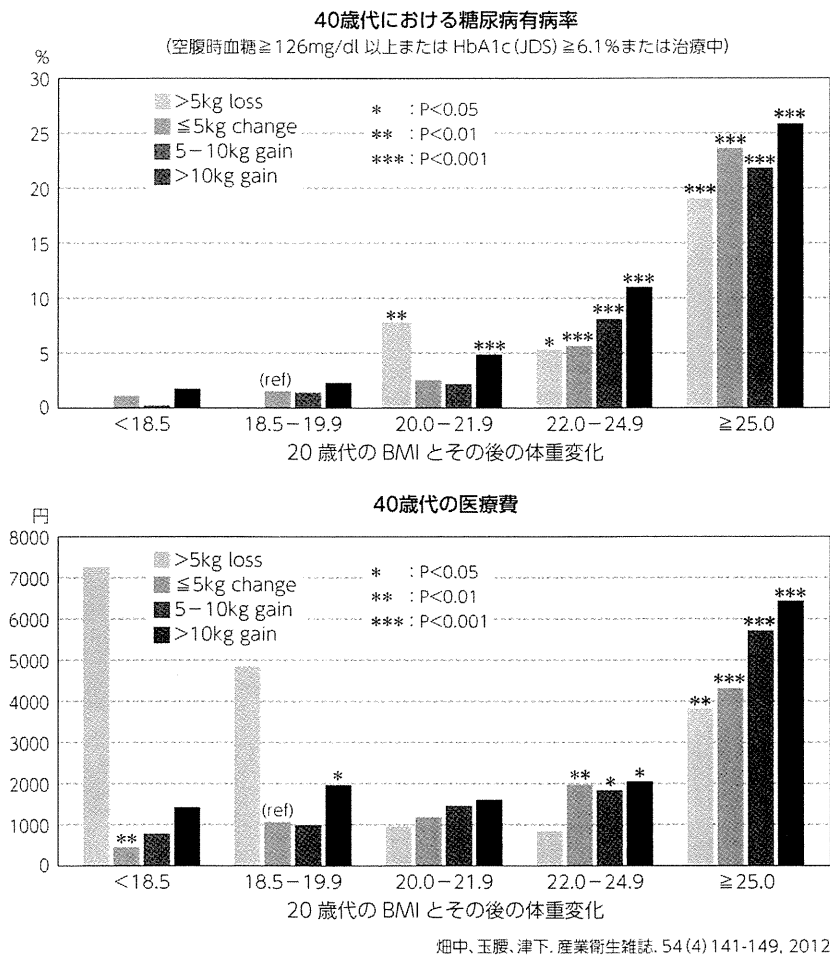
図7はある健保組合による20年間追跡の調査データですが、20歳代に肥満(BMI25以上)の人は40歳代になると高率に糖尿病を発症すること、20歳代にBMIが22〜24.9の人でもその後5kg以上の体重増加があれば糖尿病有病率が高

図6 1年間の体重変化率と検査値変化 (積極的支援実施群)



厚生労働科学研究：津下班 平成 23 年度報告書より
生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす効果と医療費適正化効果に関する研究

図7 20歳のBMIおよびその後20年間の体重変化と糖尿病有病率、医療費



まることを示しています。高血圧も同様であり、その結果、医療費も適正体重維持者と比較して有意に高いことが示されました。メタボ対策は40歳から始めればよいのではなく、20歳代からの肥満対策が重要といえます。

入社時から毎年の体重・検査値の変動をグラフ化して渡す、制服があるところではできるだけサイズを変えないようなメッセージを発する、食堂のメニューを工夫するなど、産業保健や人事と連携したさまざまな工夫ができそうです。

8 おわりに

糖尿病は、「いま」苦痛がある病気ではなく、「将来」の苦痛のもとになる病態です。「いま」だけを見ると、むしろ治療にかかる時間やお金、それに生活を変えることの負担が大きいと感じているかもしれません。医療保険者としては医療費分析の結果も踏まえて、糖尿病予防と治療のメリットとデメリットをしっかりと伝え、将来「あの時に気づいてよかった！」と健康長寿を謳歌する人を増やしてほしいと願っています。

特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援のあり方
— 中間とりまとめを受けて —

特定健康診査・特定保健指導に おける禁煙支援のあり方

— 中間とりまとめを受けて —

大井田 隆 / 中村 正和 編集

一般財団法人 日本公衆衛生協会

一般財団法人 日本公衆衛生協会

本体価格 (税込1,600円)
ISBN 978-4-8192-0233-6 C3047 ¥1524E

はじめに

本書は2012年4月に発表された厚生労働省健康局「健診・保健指導の在り方に関する検討会」の中間報告を受けて特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援のあり方を示したものです。この検討会で議論になったのは①メタボリックシンドロームに着目した健診を行い、その対象者に生活習慣を改善するという保健指導に意義はあるのか、②特定健診においては、腹囲を測定し、特定保健指導の対象となる者を選別・階層化するうえでのスクリーニングの第1基準として用いられているが、腹囲を第1基準にするのではなく判定要因の一つとすべきではないか、③現在特定保健指導の対象となっていない者への対応の中で、一番わかりやすい問題の提示として「腹囲の第1基準でスクリーニングされない高血圧者—いわゆるやせた高血圧者」や「喫煙者」をどのようにするか3点でした。①と②については結論を先送りにされましたが、いままで特定保健指導に対象にならなかった喫煙者や非肥満者で高血圧などを有する者への対応指針を検討するという方向性が打ち出されましたことは大いに評価できると考えております。

そこで今回、厚生労働省に先駆け禁煙支援に関する本書を急ぎ出版し、保健医療従事者や日本公衆衛生学会員を中心に禁煙支援のあり方を示すことと致しました。

執筆者の皆さん方には、この領域で優れた学識と豊富な実践経験を基に、喫煙に関する実態と様々な問題点を提示して頂くことができました。衷心より御礼申し上げます。「わが国の喫煙問題」は尾崎米厚先生、「健康日本21（第2次）とたばこ対策」は野田博之先生、「受動喫煙防止対策と禁煙支援」は大和浩先生、「特定健康診査・特定保健指導の場における禁煙支援の意義と方法」は中村正和先生に、「行政機関におけるたばこ対策」は加治正行先生にそれぞれ執筆頂きました。また、第2部の「健診等の保健事業の場における禁煙支援のための指導者用学習教材」は日本禁煙推進医師歯科医師連盟及びJ-STOP