

図7 積極的支援実施群における1年間の体重変化率と検査値変化(厚生労働科学研究, 津下班「平成23年度報告書」より)

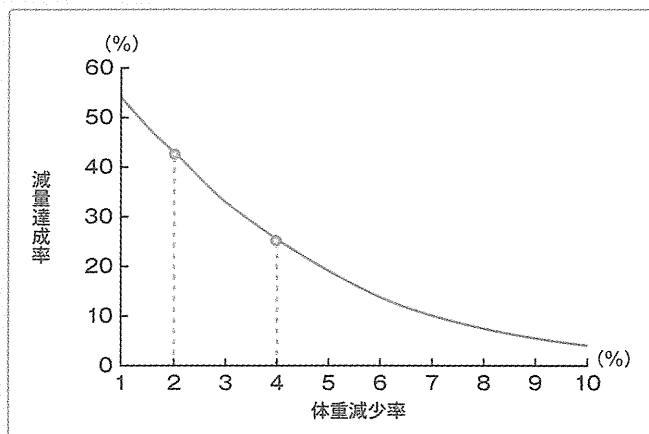


図8 積極的支援参加者における1年後の減量達成者の割合(津下班 平成23年度(生活習慣病予防による医療費適正化効果に関する研究))
 4%減量は1/4で、2%減量は4割で達成した。

とがわかった(図9)。初回保健指導で手ごたえを感じるような結果が得られた場合、長期効果にも結びつくのではないかと推察された。

積極的支援を実施した一部の事例(n=135, 男性)について、アディポネクチン, Angiotensin-like protein 2 (Angptl2) などのアディポサイトカインを測定し, MetSの病態に及ぼす保健指導の効果を検証した¹⁰⁾(図10)。積極的支援により, アディポネクチンは6ヵ月以降で増加, Angptl2は3ヵ月後から低下したが, その変化量と体重減少率に関連がみられた。2~4%程度の軽度な減量でも, アディポサイトカインの分泌

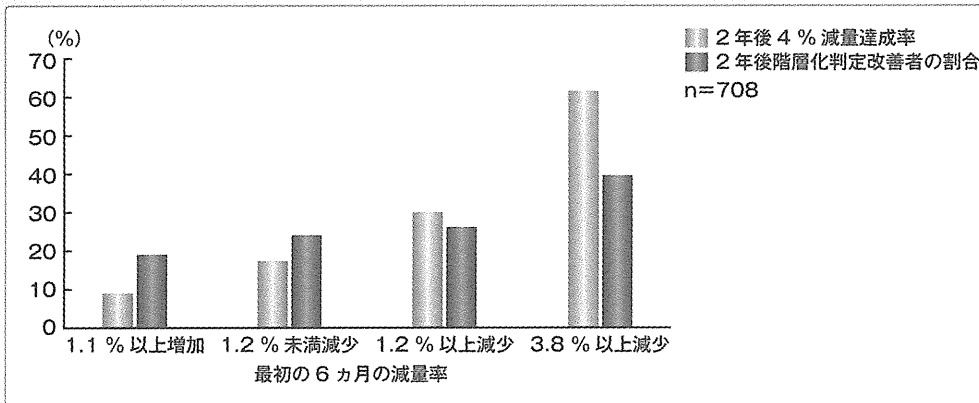


図9 2年連続積極支援実施者の2年後の状況
6ヵ月後の体重減少率が大きいほど、2年後の減量率、階層化判定改善率が良好であった。

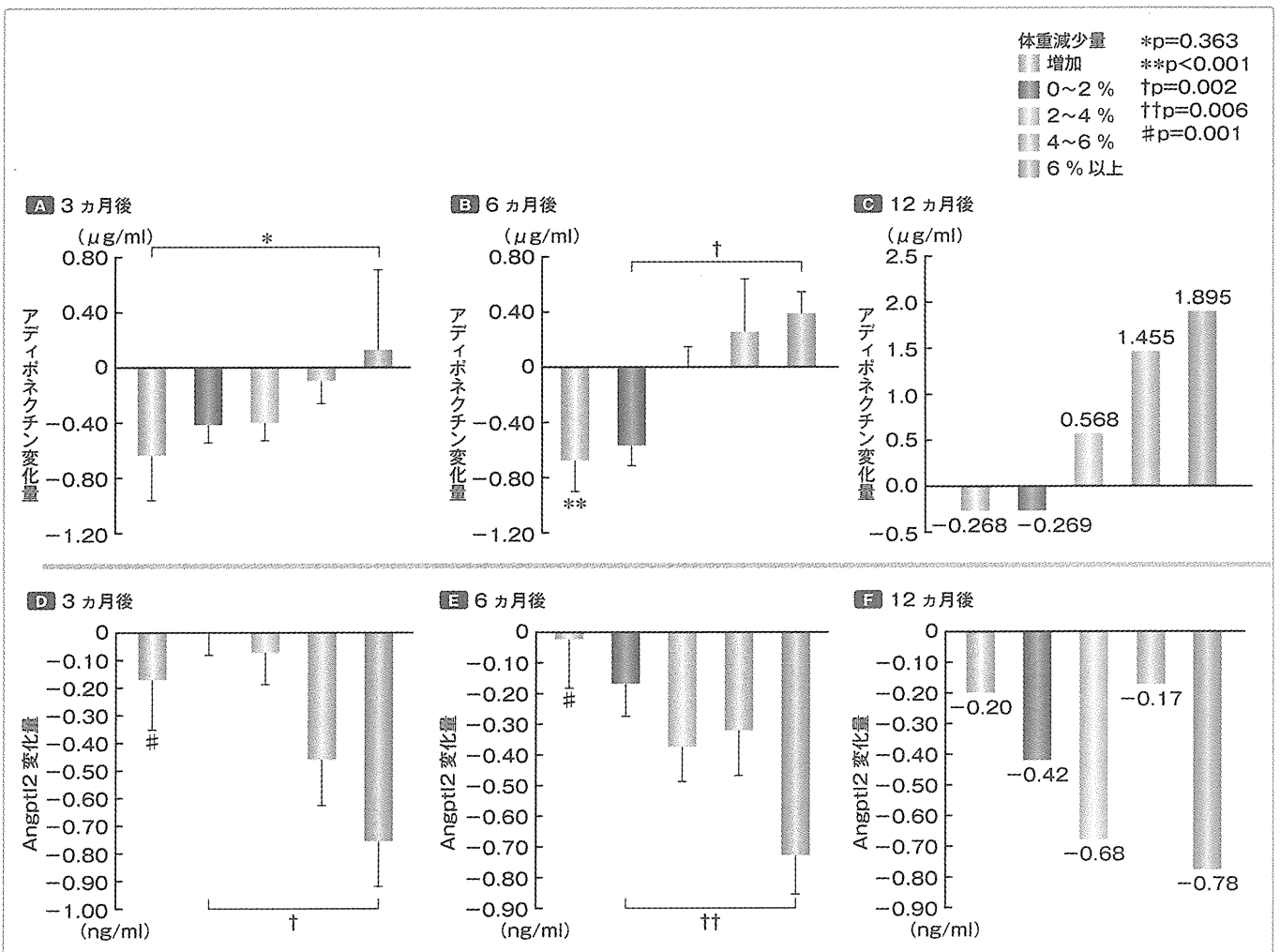


図10 保健指導によるアディポネクチン、Angiopoietin-like protein 2の変化(文献10)
アディポネクチンは体重減量群の6ヵ月以降で増加、炎症関連蛋白Angiopoietin-like protein 2 (Angptl2)は3ヵ月後から低下した。

動態が改善しうることを示唆している。

効果が出やすい対象者特性

6ヵ月後に4%減量を達成するにはどのような要因が関

係するかについて、対象者属性を分析した(表5)。年齢や肥満度、健診時の問診で得られた行動変容ステージ(生活習慣を改善してみたいと思うか)は影響が小さく、①最終評価時に血液検査をすると事前告知をしているプログラ

表5 特定保健指導における体重4%減量に影響する要因

	6ヵ月後(n=2977)	
	特性	多変量調整オッズ比(95%CI)
年齢	49.3±6.2	1.01 (0.99~1.02)
BMI	26.1±2.6	0.99 (0.96~1.03)
減量ステージ(無関心・関心期/その他)	27.5%	1.00 (0.83~1.22)
血液検査告知あり/なし	7.9%	1.94 (1.45~2.60)**
喫煙なし/あり	47.1%	1.28 (1.05~1.55)*
飲酒なし/あり	25.1%	1.28 (1.05~1.55)*
完了あり/なし	65.7%	1.43 (1.19~1.73)**
支援レベル(積極的/動機づけ)	81.2%	1.25 (0.97~1.61)

注1)減量ステージの無関心期:「6ヵ月以内に改善するつもりはない」、その他:関心期「6ヵ月以内に改善しようと思う」、準備期「1ヵ月以内に改善しようと思う」、実行期「すでにできていると思う」

注2)「完了あり」とは、動機づけ支援では6ヵ月評価ができた者、積極的支援では支援ポイントがA160以上、B20以上を満たした者。
*p<0.05, **p<0.01

ム、②保健指導を完了した場合、③非喫煙者、④非飲酒者では、減量達成効果が高かった。喫煙に着目した分析では6ヵ月後時点において、非喫煙者は現在喫煙者に比べて約1.3倍有意に4%の減量に成功しやすいことが示された¹¹⁾。

喫煙者は非喫煙者と比較して減量しにくいことが示された。この原因として、①喫煙とMetSとは共通の生活習慣背景や行動が想定される、②禁煙とMetS対策の両者を行うことが難しかった、③禁煙者では体重が増加した人が含まれる、などが考えられる。実際、禁煙成功者は体重が2kg程度増加していた。保健指導にあたっては、「喫煙+MetS」者向けのプログラムが必要かもしれない¹²⁾。

医療費に及ぼす効果

健保加入者を対象として、生活習慣病医療費に及ぼす体重の影響、体重減量の影響について分析した^{13,14)}。対象者は健診受診者(2008~2010および2009~2011)7万6380人である。初回健診で内臓脂肪型肥満かつ服薬なしの1万411人について、2008年4月~2011年10月(約3年半)の間の生活習慣病受診(298傷病名)、薬剤処方(薬効分類)抽出、健保組合員全体の平均医療費・薬剤費をそれぞれ1としたときの、各カテゴリーにおける医療費水準を求めた。また、体重1%の減量が外来医療費・薬剤費に与える影響を推計した。

その結果、外来医療費、薬剤費とも、内臓脂肪型肥満者では健保加入者全体平均と比較して高値傾向であることがわかった。内臓脂肪型肥満者において、体重1%の減量は外来生活習慣病医療費を約7%、薬剤費を9~10

%程度低下させる(既往歴・服薬歴・入院歴・喫煙を補正)。「内臓脂肪型肥満・服薬なし」の者においては、体重1%の減量が約5%の外来医療費、薬剤費の低下に寄与することが示唆された(図11)。

今後の評価の方向性

今回の結果から、積極的支援を行うと、1~2年後の検査値の改善が期待できること、検査値の改善のためには体重の2%程度のわずかな減量でも効果が得られることが示された¹⁵⁾。

保健指導の究極の目標は、糖尿病発症の抑制、循環器疾患の発症予防であるが、まだそのような結果が得られる段階ではない。今後、追跡期間を延長し、保健指導の究極の目標が達成できるかどうかを検討していく必要がある。

また、特定保健指導の対象者はBMI 26~27にピークを持つ軽度肥満者が多い。今後例数を重ね、肥満度別、年代別、保有リスク別の効果の検証が必要ではないかと考えている。

おわりに

特定健診・特定保健指導では対象者の検査データや生活習慣問診データが電子化され、蓄積されていくため、全

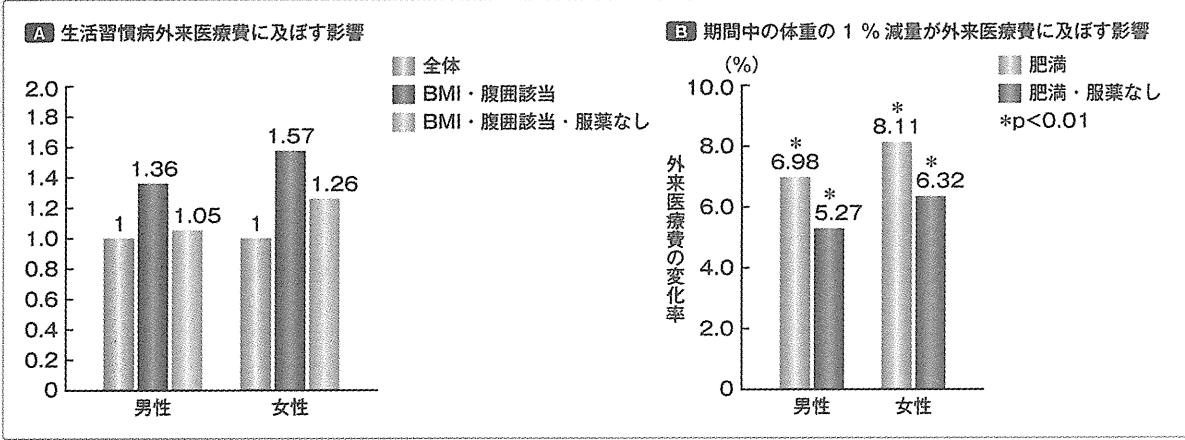


図1 初回健診時の肥満、服薬状況と生活習慣病外来医療費(健保全体を1) 2回の健診期間の体重増減が外来医療費に及ぼす影響
健康保険において、肥満者では外来医療費が非肥満者よりも高いが、減量により医療費の低減効果が期待される。

国レベルでの効果の分析、課題の抽出などが可能となっ
てきている。

本研究班で分析したように、制度開始後3年間のデータ
でさまざまな知見が得られはじめた。これからは健診デー

タと、医療・介護給付などのデータを突合分析すること
により、保健事業のありかたを絶えず検討し、改善していく
時代に突入してきたと考えている¹⁶⁾。

文献

- 1) 津下一代, 日本内科学会雑誌. 2011; 100: 903-10.
- 2) 津下一代, 日本医師会雑誌. 2010; 139 (特別号2): S338-42.
- 3) Mizushima S *et al.*, New Strategy on Prevention and Control of Noncommunicable Lifestyle-related Diseases focusing on Metabolic Syndrome in Japan. Springer, 2011; 31-9.
- 4) 津下一代, 肥満と糖尿病. 2011; 10 (3): 357-9.
- 5) 村本あき子 他, 日本健康教育学会. 2010; 18 (3): 175-85.
- 6) 村本あき子 他, 肥満研究 16 (3). 2010; 182-7.
- 7) 玉腰暁子 他, 人間ドック. 2010; 25 (1): 84-9.
- 8) 松永里香 他, 日本循環器病予防学会誌. 2010; 45: 169-79.
- 9) 沼田健之 他, 日本予防医学会雑誌. 2011; 6 (3): 143-7.
- 10) Muramoto A *et al.*, Nutr Diab 1: e20; doi:10.1038/nutd.2011.16.
- 11) 中村正和 他, 肥満と糖尿病. 2011; 10 (4): 602-5.
- 12) 日本人間ドック学会, 喫煙対策小委員会, 人間ドック. 2011; 26 (4): 49-59.
- 13) 川淵孝一 他, 特定健診・特定保健指導の費用対効果. 日本臨牀社. 2011; 69 巻(増刊号1): 737-42.
- 14) 川淵孝一 他, 週刊社会保障 2010; 2582: 28-9.
- 15) 津下一代, 総合健診. 2011; 38 (5): 615-25.
- 16) 津下一代, 保健師ジャーナル. 2012; 68 (2): 82-7.

Profile

津下一代 (つした かずよ)
 1983年 名古屋大学 医学部 医学科 卒業, 国立名古屋病院 研修医
 1985年 国立名古屋病院 内科 (内分泌・代謝)
 1989年 名古屋大学 第一内科 第5研究室 (内分泌・代謝)
 1992年 愛知県総合保健センター 総合診断部
 2000年 あいち健康の森健康科学総合センター 勤務
 2010年 同 センター長, 現在に至る

最新医学・第68巻・第1号（2013年1月号 別刷）

特集 肥満症 — 病態・診断・治療—

メタボリックシンドローム
—特定健診・特定保健指導—

津下一代

最新医学社

メタボリックシンドローム

—特定健診・特定保健指導—

津 下 一 代*

要 旨

平成 20 年度から、メタボリックシンドロームに着目した特定健診・特定保健指導が全国の医療保険者によって開始され、年間 50 万人以上の対象者に保健指導を実施している。積極的支援実施群では、行動変容を促す生活習慣改善指導の結果、体重減量もたらされ、3%程度の軽度な減量によって、血圧、脂質、糖代謝などの検査値改善に結びつくことが判明した。受診率の向上策、効果的な保健指導のあり方、長期的な評価について、検討と改革が進められているところである。

はじめに

健康寿命の延伸と医療保険制度の安定化を図るため、特定健診・特定保健指導制度が平成 20 年度に開始された¹⁾²⁾。「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく政策型健診として制度化されたもので、メタボリックシンドロームに着目して内臓脂肪減量を目指すことにより、生活習慣病の発症を抑制することを目指している。行動変容に繋がる保健指導を広く実施するために、保健指導者に対して国の基準に基づく研修を実施したり、電子的な報告様式を定め共通の評価指標を用いて分析するなど、保健事業の質と量の向上をねらった仕組みを導入している。制度開始後 5 年を迎え、厚生労働省においてはその実施状況

や効果の検証、課題の整理を行い、平成 25 年度からの次期計画（5 年間）の方向性を示したところである。

本稿では国の動きに触れるとともに、研究班などにおける効果分析の結果を示し、今後の方向性について言及したい。

特定保健指導制度の概要

特定健診の項目は表 1 のごとくであり、その結果をもとに表 2 の方法によって保健指導対象者を選定する。積極的支援では、対象者自らが生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標に向けた行動に取り組むことができるように、初回面接実施後 3 ヶ月以上の継続的な支援を行うこと、一定の投入量（180 ポイント）以上の保健指導を行うこと、6 ヶ月後に評価を行うこととなっている。図 1 はその一例である。リスク数が少ない動機づけ支援対象者に対しては、初回面接と 6 ヶ月後の

* あいち健康の森健康科学総合センター センター長
キーワード：メタボリックシンドローム、特定健診、保健指導、減量目標、行動変容

表 1 特定健康診査の検査項目など

対象者	実施年度中に 40～74 歳となる加入者（被保険者・被扶養者） 実施年度を通じて加入している（年度途中に加入・脱退がない）者 除外規定（妊産婦・長期入院・海外在住など）に該当しない者
基本的な健診の項目	○質問票（服薬歴、喫煙歴など） ○身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） ○理学的検査（身体診察） ○血圧測定 ○血液検査 ・脂質検査（中性脂肪、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール） ・血糖検査（空腹時血糖または HbA1c） ・肝機能検査（GOT、GPT、 γ -GTP） ○検尿（尿糖、尿タンパク）
詳細な健診の項目	○心電図検査 ○眼底検査 ○貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） (注) 一定の基準のもと、医師が必要と認めた場合に実施

表 2 保健指導対象者の選定と階層化

ステップ 1	ステップ 2	ステップ 3
腹囲	追加リスク ① 血糖 ② 脂質 ③ 血圧	④ 喫煙歴 対象 40～64 歳 65～74 歳
	2 つ以上該当	積極的支援 動機づけ支援
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	1 つ該当	あり 動機づけ支援 なし
	3 つ該当	積極的支援 動機づけ支援
上記以外で BMI ≥ 25	2 つ該当	あり 動機づけ支援 なし
	1 つ該当	動機づけ支援

<追加リスクの判定基準>

- ① 血糖 空腹時血糖 100mg/dl 以上 または HbA1c の場合 5.2% 以上 (JDS)
- ② 脂質 中性脂肪 150mg/dl 以上 または HDL-コレステロール 40mg/dl 未満
- ③ 血圧 収縮期血圧 130mmHg 以上 または 拡張期血圧 85mmHg 以上

<治療中の者の取り扱い>

高血圧、糖尿病、脂質異常症に対する服薬治療を受けている者については、特定保健指導の対象としない。
(厚生労働省：標準的な保健指導プログラムより)

図1 積極的支援例 (面接・電話・e-mailを組み合わせたパターン例)

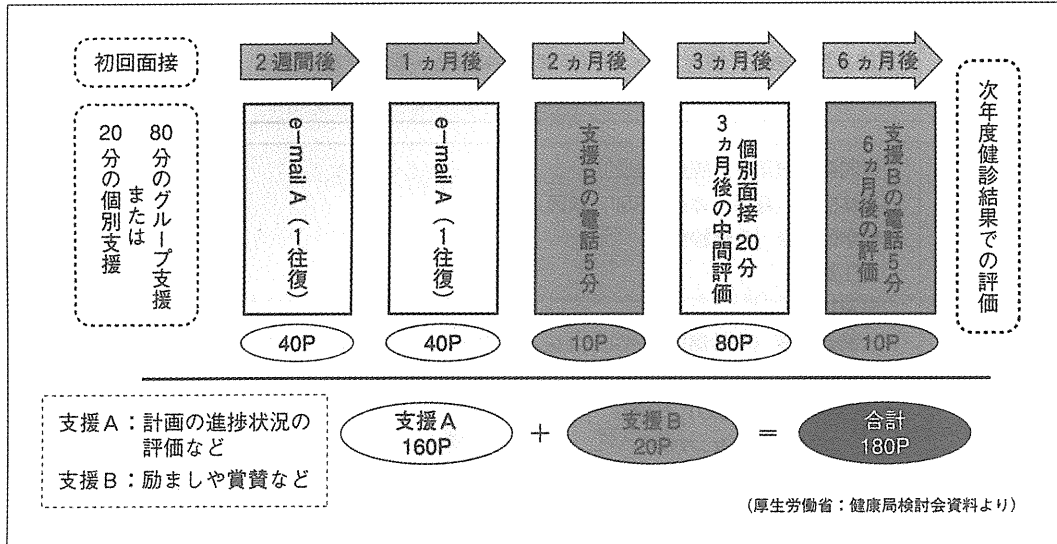
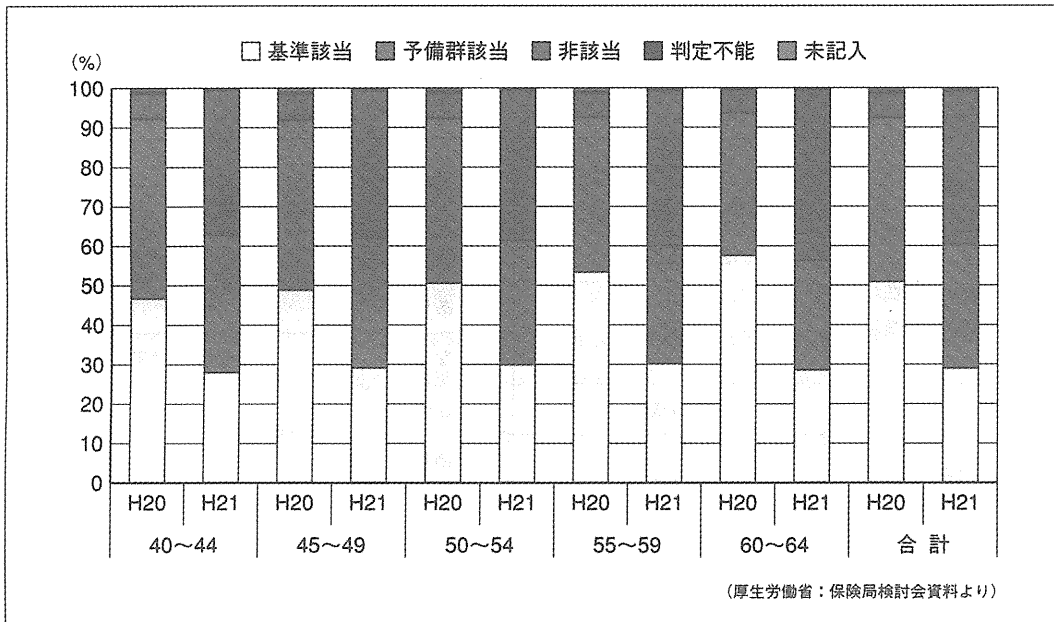


図2 平成20年度積極的支援終了者(約8万人)の平成20・21年度メタボリックシンドロームの状況

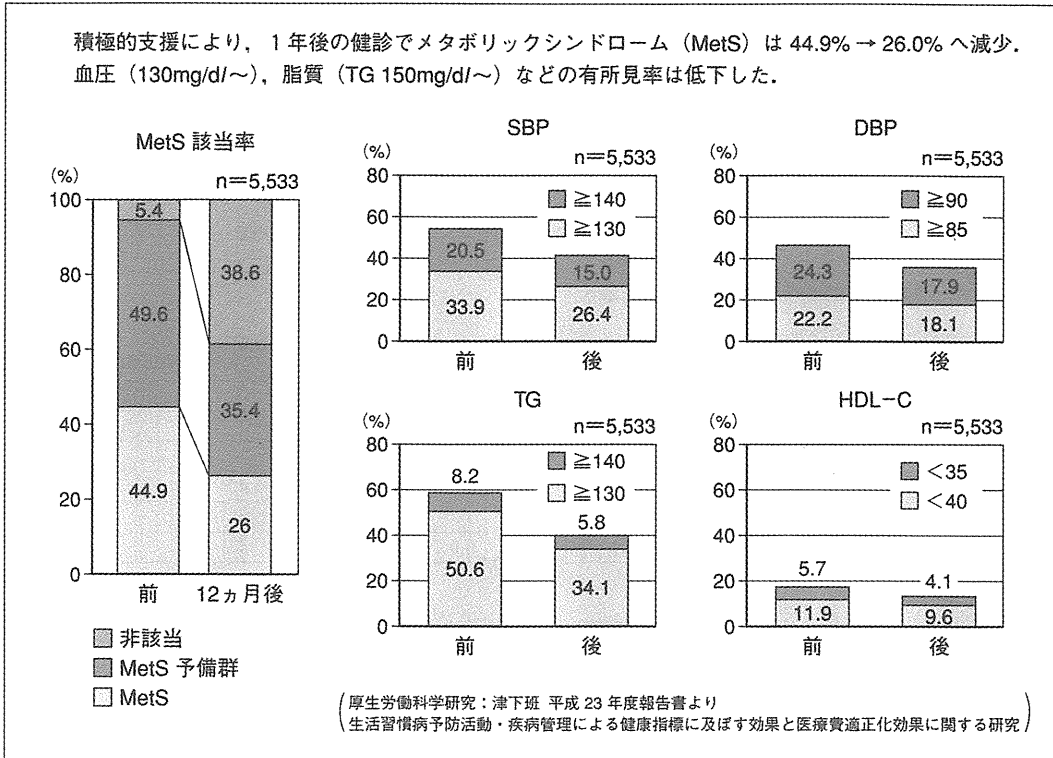


評価を実施するのみである。

なお、平成25年度からの変更点として、HbA1cについてはこれまでのJDS値からNGSP値へと変更される。積極的支援においては支援B(励まし)を必須とせず、支援A(計画の進捗状況の評価などの積極的関与)の

みで180ポイント以上であれば、保健指導終了とすることができるように変更される。クレアチニンの特定健診必須項目への導入については見送られた。

図3 積極的支援による有所見率の低下



特定保健指導の効果検証

厚生労働省の集計値では、平成 22 年度には全国で 2,260 万人が特定健診を受診し、そのうち約 406 万人 (18.0%) が上記基準に該当した特定保健指導の対象者であり、そのうち 55.6 万人が特定保健指導を終了している。受診率向上が課題として認識されており、特に未受診者に対する受診勧奨の徹底、被扶養者の利便性の向上、情報提供の質の向上による「受けとなる健診」への改善が検討されている。

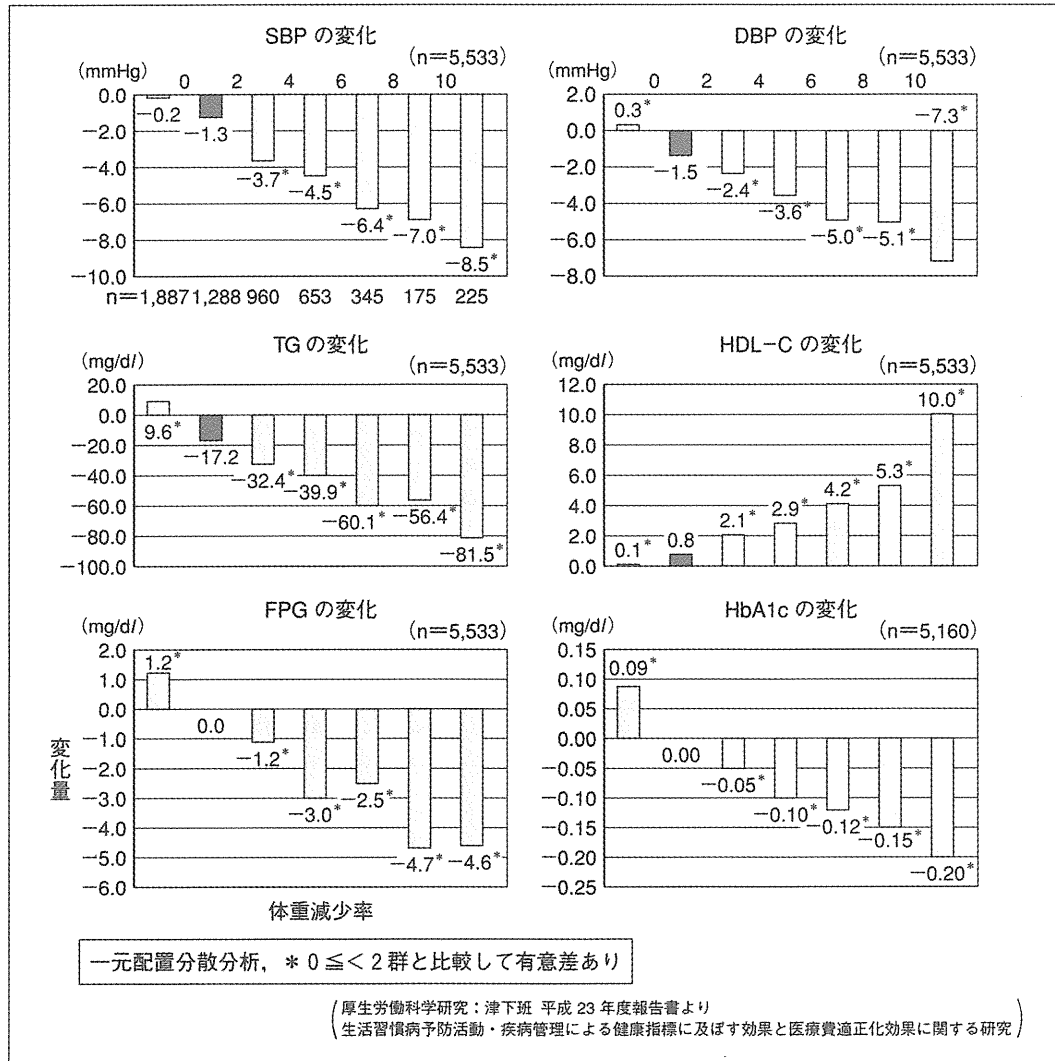
また厚生労働省では、平成 20 年度に特定保健指導を受け、翌年に特定健診を受診した約 23 万人を対象に、平成 20 年度と 21 年度のメタボリックシンドローム判定 (内科 8 学会基準) の状況を公表している。積極的支援終了者約 8 万人においては、メタボリックシ

ンドローム該当者が終了時には約 4 割減少し、メタボリックシンドローム非該当に改善した者 (腹囲が基準値以下、または追加リスクなし) が対象者全体の約 4 割を占めるとしている (図 2)。

特定保健指導の効果分析については、日本肥満学会、日本人間ドック学会などにおいて多くの実践報告がなされている⁴⁻⁶⁾。厚生労働科学研究においては、永井、今井、岡山、津下らの研究成果が報告されている⁷⁻⁹⁾。これらの研究において、特定保健指導実施群において 6 ヶ月、1 年後の検査データの有意な改善を認めており、未実施群との比較においても有意に良好な結果を得ている。

筆者らの研究では、複数の保健指導機関、医療保険者よりデータ提供を受けた 5,533 人の積極的支援実施者について、1 年後の検査データを分析した⁷⁾ (図 3)。全体では 1 年後に

図4 1年間の体重変化率と検査値変化（積極的支援実施群）

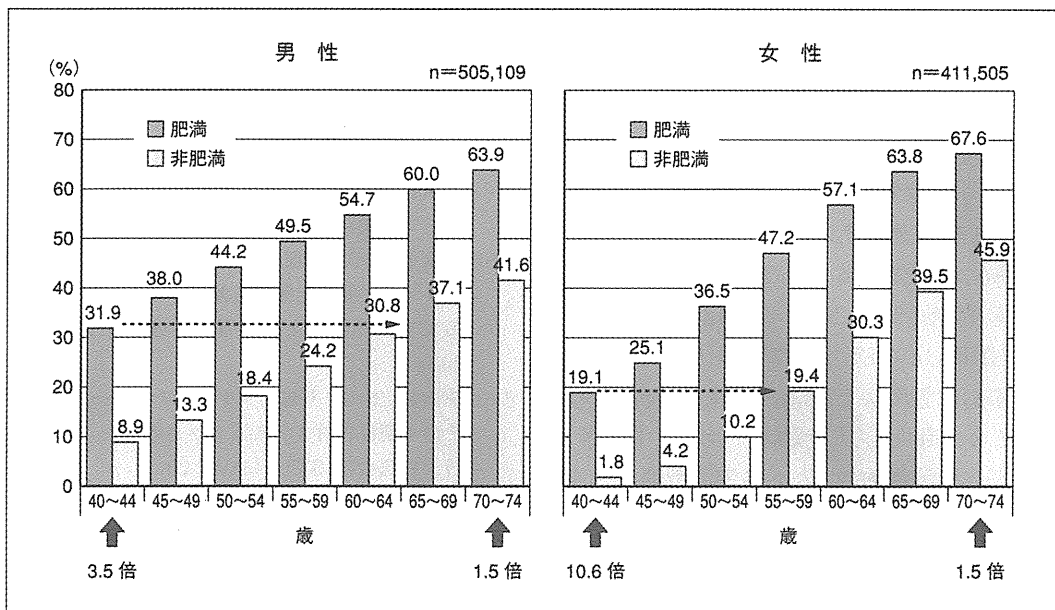


体重が平均 1.3kg 減, 血圧 (SBP, DBP), 血清脂質 (TG, HDL-C, LDL-C), 血糖 (FPG, HbA1c), 肝機能 (GOT, GPT, γ -GTP) の有意な改善を認め, 集団における有所見率の低下が観察された. メタボリックシンドローム該当者は 44.9% → 26.0%, [メタボリックシンドローム + 予備群] 該当者は 94.5% → 61.4% へと減少した. 体重減少率 2% ごとに区分し, 検査値の変化量について群間比較すると, SBP, DBP, TG, HDL-C, FPG, HbA1c の変化量に有意差が見られた (図 4).

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%以上群から有意な改善を認め, 4%以上の減量では血圧 5 mmHg 程度, TG で 50mg/dl 程度の改善を認めている. また, 積極的支援レベルに該当していないながら保健指導を実施していない対照群との比較において, 積極的支援実施群では体重, 腹囲, SBP, DBP, TG, HDL-C, LDL-C, FPG, HbA1c, GOT, GPT, γ -GTP の改善が有意に大きかった.

積極的支援を実施した一部の事例 (n = 135,

図5 愛知県特定健診受診者 90 万人のデータ分析より
—高血糖・高血圧・脂質異常のリスクを2個以上持つ人の割合—【肥満判定別：平成21年度】



男性) について, アディポネクチン, Angiotensin-like protein 2 (Angptl2) などのアディポサイトカインを測定し, メタボリックシンドロームの病態に及ぼす保健指導の効果を検証した¹⁰⁾. 積極的支援によりアディポネクチンは6ヵ月以降で増加し, Angptl2は3ヵ月後から低下したが, その変化量と体重減少率に関連が見られた. 2~4%程度の軽度な減量でも, アディポサイトカインの分泌動態が改善しうることを示唆している.

さらに保健指導の2年後まで追跡した結果(積極的支援実施群 4,075人, 対照群 6,796人), 体重 ($\Delta 1.2\text{kg}$ 対 $\Delta 0.6\text{kg}$), 腹囲 ($\Delta 1.8\text{cm}$ 対 $\Delta 0.9\text{cm}$), 血圧, 脂質, 糖などの検査値は実施群で有意に良好であり, 生活習慣病に関する服薬率は実施群 10.8%, 対照群 14.6% と, 実施群のほうが有意に良好な結果となった.

以上のように, 短期間のデータ分析ではあるが, 特定保健指導, 特に積極的支援において生活習慣病予防効果が示唆された. しかし

健診受診率は 43.3%, 保健指導実施率はまだまだ 14% 程度と低いことから, 実施率を高める方策について検討されている. 保健指導効果についても, 保健指導機関, 保健指導者, プログラムなどによる格差が見られるとともに, 喫煙者の減量成功率が低い傾向も確認された¹¹⁾. 効果的かつ効率的な保健事業のあり方について, さらなる検討と改革が必要であると考えられる.

特定健診データから見た肥満症対策

特定健診では, 標準化された測定方法による検査データが電子的に報告され, 医療保険者を通じて国へ報告されている. そのデータを分析することにより, 性・年代別の健康課題の抽出, 地域格差の実態を可視化できる¹²⁾.

図5はその一例であるが, 愛知県で特定健診を受診した約 90 万人のデータをもとに, 性・年齢区別, 肥満(腹囲基準値以上または $\text{BMI} \geq 25$)の有無別に動脈硬化リスクの保有状況を分析した. 高血糖 (FPG 100mg/dL

以上または HbA1c 5.2% 以上), 高血圧 (高値正常以上), 脂質異常症の3つのリスクのうち, 2つ以上重複するものの割合は男女とも年齢とともに増加するが, 肥満者では若年期より有所見率が高いことが明らかである。40歳代前半では男性では3.5倍, 女性では10.6倍, リスク保有割合が高まるが, 高齢者では1.5倍程度であることが分かる。このことから, 40歳未満も含めてより若年期からの肥満対策が必要ではないかと考えられる。また, HbA1c (JDS) が7%以上の割合は, 糖尿病未治療者の1.7%, 治療中の35.1%に上ることが判明し, 未受診者(治療中断者)への対応と, 治療中の人への生活習慣改善支援の必要性を示唆している。

このようなデータを市町村, 地区ごとに分析することにより, 肥満になりやすい生活環境へのアプローチや良好な医療・保健サービスの提供に繋げていくことが重要である。

おわりに

特定健診・特定保健指導制度のもと, 多くのメタボリックシンドロームまたはその予備群の人々への生活習慣介入を行うことができた。その結果, 軽度の体重減量でも有効であることが示された。今後継続的に追跡し, 心血管疾患や糖尿病発症予防などの効果を確認していく必要があると考えている。

文 献

- 1) 津下一代: 特定健康診査と特定保健指導. 日内会誌 100: 903-910, 2011.
- 2) 津下一代: 特定健診・特定保健指導. 糖尿病診療 2010. 日医会誌 139 (2): S338-342, 2010.
- 3) Mizushima S, et al: New Strategy on Prevention and Control of Noncommunicable Lifestyle-related Diseases Focusing on Metabolic Syndrome in Japan. Asian Perspectives and Evidence on Health Promotion and Education, p31-39. Springer, Tokyo, 2011.
- 4) 村本あき子, 他: 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) 松永里香, 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その妥当性の検討. 日循環器予防誌 45: 169-179, 2010.
- 6) 沼田健之, 他: メタボリックシンドロームおよびその予備群に対する人間ドックの効果. 日予防医会誌 6 (3): 143-147, 2011.
- 7) 津下一代: 平成 23 年度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) 生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究, 2012.
- 8) 今井博久: 平成 22 年度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) 特定保健指導プログラムの成果を最大化及び最適化する保健指導介入方法に関する研究, 2012.
- 9) 永井良三: 平成 23 年度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) 個人特性に応じた効果的な行動変容を促す手法に関する研究, 2012.
- 10) Muramoto A, et al: Angiopoietin-like protein 2 sensitively responds to weight reduction induced by lifestyle intervention on overweight Japanese men. Nutr Diabetes 1: e20, 2011.
- 11) 中村正和, 他: 特集「予備群と特定健診」喫煙する受診者への対応は? 肥満と糖尿病 10 (4): 602-605, 2011.
- 12) 津下一代: 特定保健指導の評価を中心とした到達点. 保健師ジャーナル 66 (2): 82-87, 2011.

Metabolic Syndrome: Specific Health Checkups and Health Guidance

Kazuyo Tsushita

Comprehensive Health Science Center, Aichi Health Promotion Foundation

特定健康診査・特定保健指導 —5年間の評価と見直し

津 下一代

Tsushita, Kazuyyo

あいち健康の森健康科学総合センター

Key-word

特定健康診査, 特定保健指導,
メタボリックシンドローム, 評価

はじめに

特定健康診査(特定健診)・特定保健指導制度が開始されてからまもなく5年^{1,2)}, 2013(平成25)年度からは第二期を迎える。厚生労働省検討会ではこれまでの実績や効果等の検証結果をふまえ, 第二期の実施方法について議論してきた³⁾。その結果, 一部修正を加えるが大筋は現行を継続すること, 受診率・利用率向上に向けて新たな目標を設定し, その向上をめざすことが決められた。特定健診ナショナルデータベース(NDB)の分析も始まり, 第三期に向けてより効果的かつ効率的な予防政策を追求していくこととなる。

本稿では特定保健指導の成果と次期の修正点について要点を述べるが, 管理栄養士をはじめとする読者のみなさまの, 今後の仕事の参考にしていただければ幸いである。

第一期特定健康診査・特定保健指導の実績と課題

特定健診・特定保健指導の実施率は, 2010(平成22)年度にそれぞれ43.3%, 13.7%と, 目標の70%, 45%とは相当の開きがある⁴⁾。しかしながら各保険者, 健診・保健指導機関等により制度の周知がはかられ体制整備が進みつつあり, 徐々に実施率を高めている。2010(平成22)年度に

は全国で2,260万人が特定健診を受診, そのうち55.6万人が特定保健指導を受けている。

積極的支援に参加した対象者については, 1年後の健診データの改善が示された。厚生労働省のNDBを用いた解析では, メタボリックシンドローム該当が42.7%減少することが示された。複数の研究班においても特定保健指導による健診データ等の改善効果が報告されている。筆者が班長としてまとめた積極的支援による効果分析では, 体重減少率, 腹囲減少量に対応して血圧, 脂質, 血糖等の改善がみられており, 2~4%以上の減量により各検査項目が有意に改善していた⁵⁾(図)。

一方, 保健指導実施率は14%と低いこと, 特定保健指導対象外への保健事業のあり方について課題となっている。また, 第一期で導入が見送られた検査項目についてもその有効性の議論が行われた。

第二期特定健康診査の変更点

以上を踏まえ, 2013(平成25)年度から2017(平成29)年度までの第二期においても現行の枠組みを維持し, 実施率向上に向けて取り組むこととなった。第二期の目標は特定健診70%, 特定保健指導45%の目標を維持するが, 実現性を考慮して保険者種別の目標値を変更した(表1)。今後もエビデンスを蓄積して効果検証に取り組むとともに, 必要に応じ運用の改善や制度的な見直しの検討を行う予定とされている。

今回の主な修正は以下の通りである。

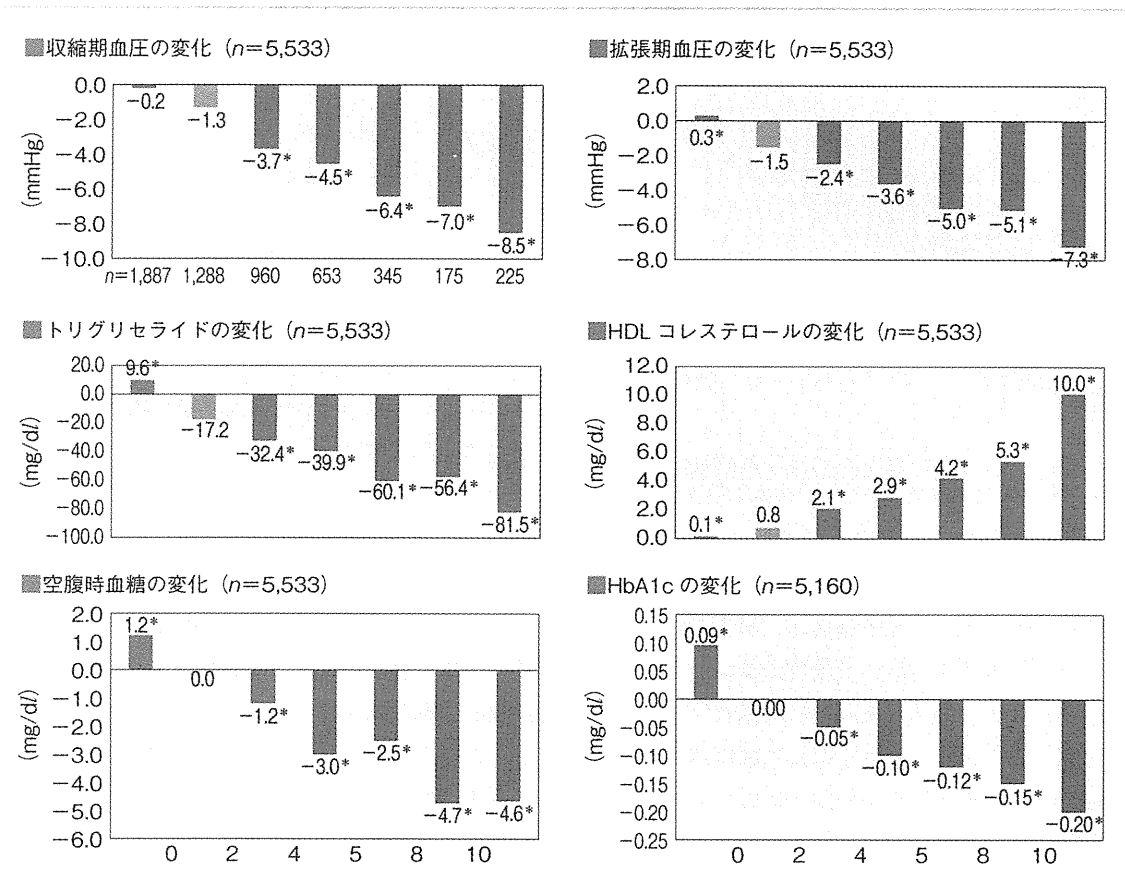


図 1 年間の体重変化率と検査値変化 (積極的支援実施群)

一元配置分散分析, *0 ≤ < 2 群と比較して有意差あり。

(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。)

① 健診項目についての修正点

腹囲の基準値については階層化の第一基準にすべきかどうか, 女性の 90 cm の値が諸外国の基準よりも高すぎないか, という論点で議論された。前者については, 内臓脂肪減少を目的とした保健指導の観点から, 現行の方法で第二期も継続することが確認された。ただし腹囲, BMI が基準値未満でもリスクを保有する対象者に対する情報提供のあり方を見直すこととなった (後述)。

女性の腹囲基準値については, 男女別の循環器疾患の相対リスクではなく, 男女総合的にとらえた絶対リスクを重視すると現行の基準でよいこと,

また女性に「やせ」を推奨する結果にならないような配慮からも, 現行の基準が踏襲されることとなった。

HbA1c については, 2012 (平成 24) 年度から日常臨床の現場において JDS 値 (日本糖尿病学会) から NGSP 値 (国際基準) へ変更となっているが, 特定健診においては JDS 値のままであった。第二期では NGSP 値へ移行することとなった⁶⁾。JDS 値に 0.4 加えた数値がおおむね NGSP 値に相当する。

新たな検査項目の導入については血清クレアチニン検査について議論された。腎不全防止や心血

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う点でみると、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

一 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つ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.

特集

「生活習慣病」から「生活環境病」へ

第2次健康日本21の方向性と社会・生活環境

津下 一代

保健師ジャーナル
第68巻 第8号 別刷
2012年8月10日 発行

医学書院