

II. 調査結果の概要

① 健康手帳の交付

【結果】

平成22年度において健康手帳は回答が得られた自治体の84.0%で交付されており、人口規模が大きくなるにつれて交付率が高かった一方で、65歳以上の老年人口割合が高いほど交付率は低かった(図3～5)。

平成20～22年度の健康手帳の交付数の傾向は、ほぼ横ばいが過半数を占めていた(図6)。交付数が減少傾向にある自治体では、その理由として、「住民のニーズがない」ことや「手帳に代わる資料を活用している」ことが挙げられていた(図7)。

図3. 健康手帳の交付の有無(平成22年度)

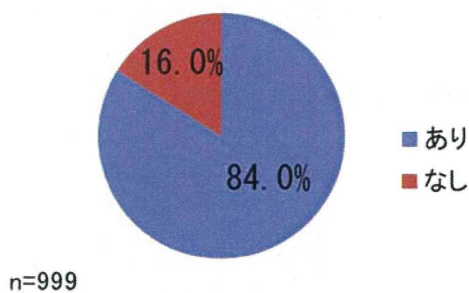


図4. 健康手帳の交付率(人口規模別)

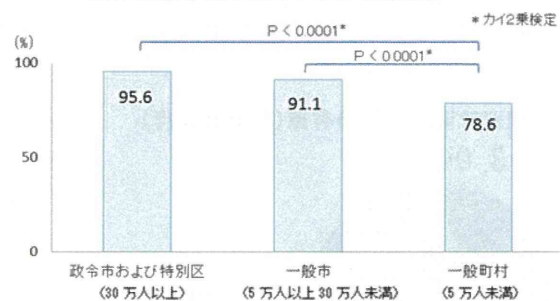


図5. 健康手帳の交付率(老年人口割合別)

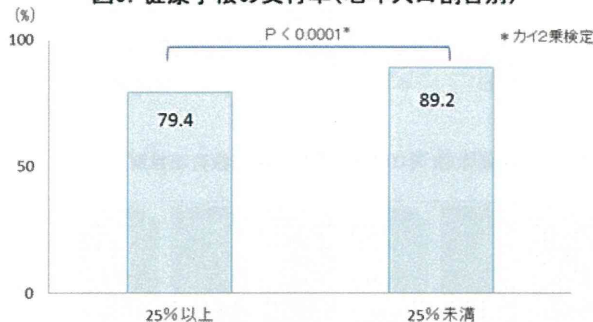


図6. 健康手帳の交付数の傾向(平成20～22年度)

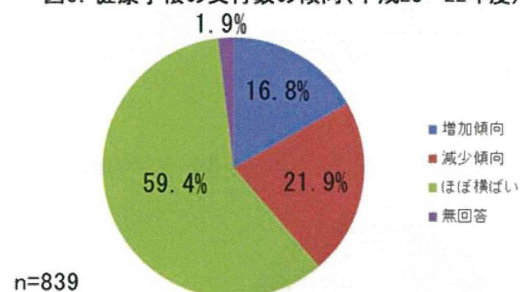
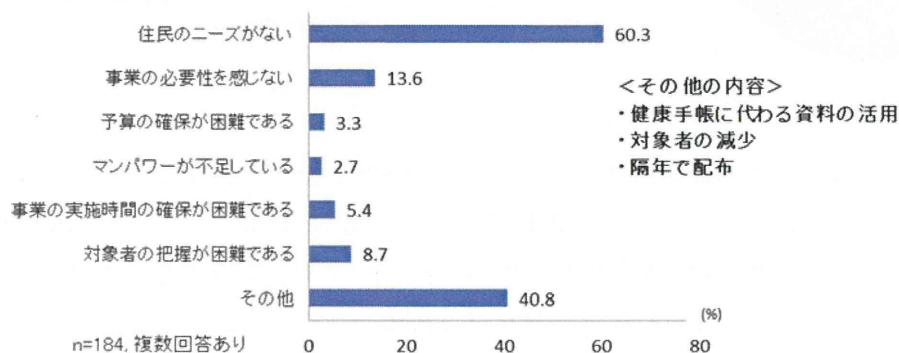


図7. 健康手帳の交付数が減少している理由



【考察】

健康手帳は全国の自治体で一定数活用されていることがうかがえる一方で、多くの自治体において、健康手帳の交付数や交付履歴、再交付理由等の交付実績の管理が不十分であることもわかった。

② 集団健康教育

【結果】

平成 22 年度における集団健康教育は回答が得られた自治体の 97.0%で実施されていた。特に政令市および特別区では 100%実施されていた（図 8, 9）。

平成 20～22 年度の集団健康教育実施量の推移は、「ほぼ横ばい」と回答した自治体が 61.4%と多くを占めた（図 10）。教育項目別にみると、生活習慣病の予防のための日常生活上の心得、健康増進の方法、食生活のあり方やその健康に関して必要な事項について教育を行う「一般に関する健康教育」や、肥満、高血圧、心臓病等と個人の生活習慣との関係及び健康的な生活習慣の形成について教育を行う「病態別に関する健康教育」では事業実施量が減少傾向にあると回答した自治体の割合が多かった（図 11）。

図8. 集団健康教育の実施の有無(平成22年度)

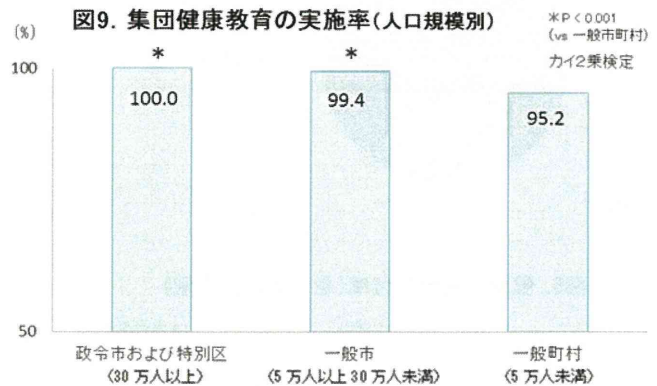
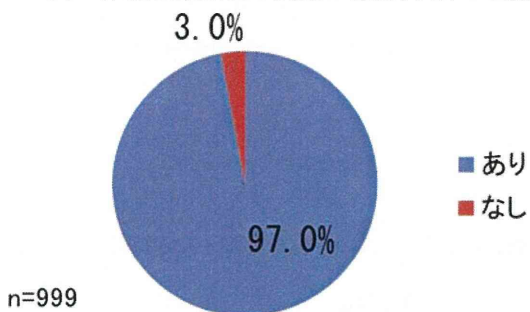


図10. 集団健康教育の実施量の傾向(平成20～22年度)

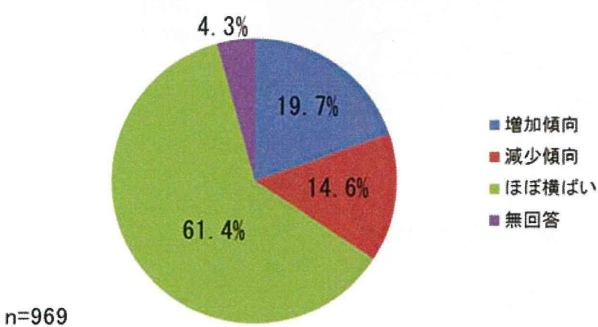
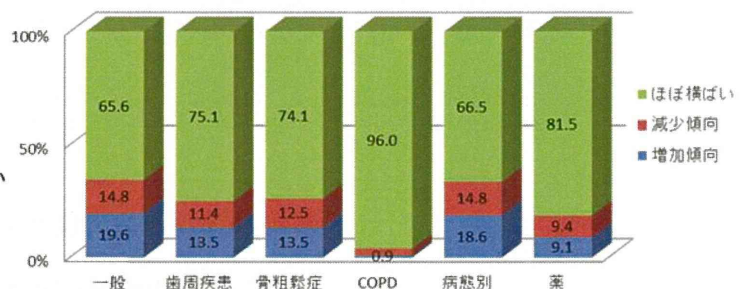


図11. 集団健康教育の実施量の傾向(教育項目別)



【考察】

集団健康教育は回答が得られたほぼすべての自治体で実施されていたが、特定保健指導と内容が重複している教育項目については、平成 20 年以降、事業実施量が減少傾向にある自治体の割合が多かった。これらは「マンパワーの不足」や「事業の実施時間の確保が困難」に加えて、本事業の対象者が特定保健指導の対象者となることで、従来の健康教育を行う必要がなくなることも事業実施量の減少理由の一つと考えられる。また人口 5 万人未満の一般町村でこの傾向がより強いことから、限られた職員数で各事業を実施するにあたり、特定保健指導を優先し実施していることもうかがえる。

③ 個別健康教育

【結果】

個別健康教育を実施していたのは、回答が得られた自治体の 17.4%にとどまった（図 12）。この理由として、「マンパワーの不足」、「事業の実施時間の確保が困難」、「集団健康教育や健康相談、特定保健指導で実施」といった回答が多くみられた（図 13）。また、人口規模が小さい一般町村や高齢化が進んでいる自治体で本事業の実施率がより低い傾向であった（図 14, 15）。

平成 20～22 年度の個別健康教育実施量の推移については、19.9%の自治体が減少傾向を示しており、項目別にみると喫煙者への健康教育が特に減少していた（図 16, 17）。

図12. 個別健康教育の実施の有無（平成22年度）

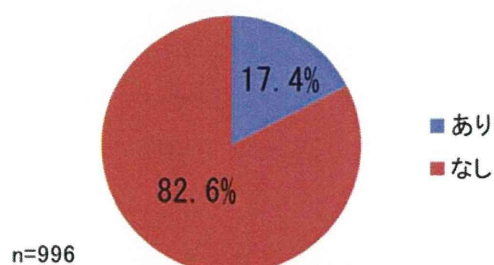


図13. 個別健康教育未実施の理由

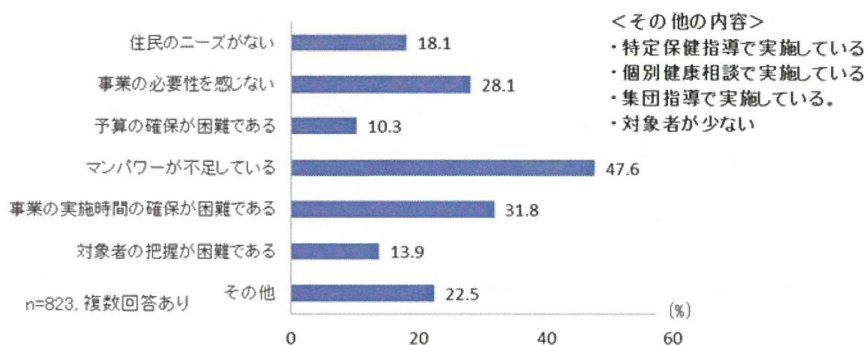


図14. 個別健康教育の実施率(人口規模別)

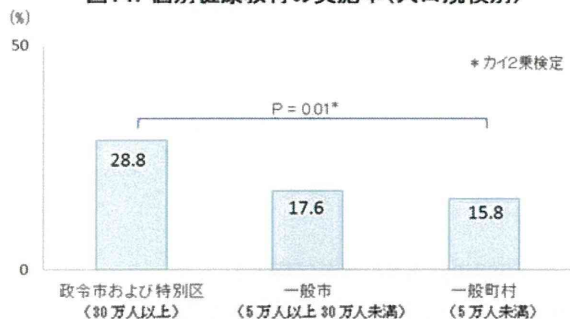


図15. 個別健康教育の実施率(老年人口割合別)

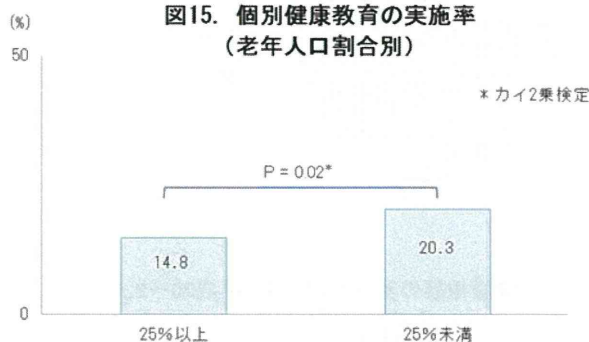


図16. 個別健康教育の実施量の傾向(平成20～22年度)

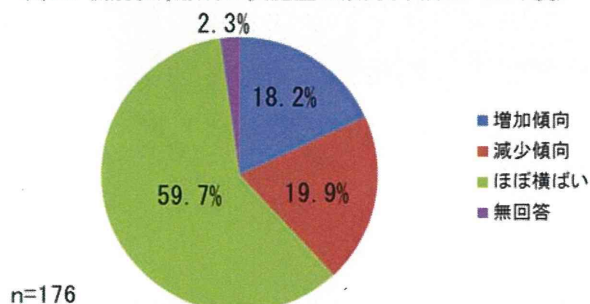
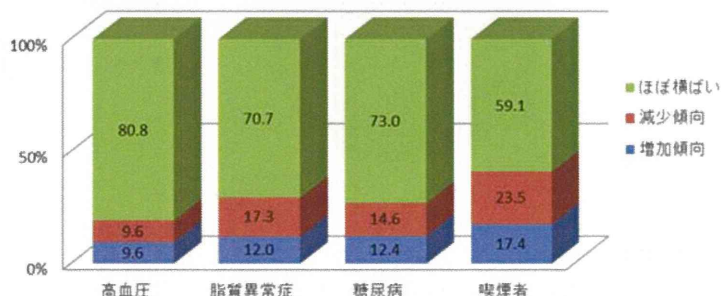


図17. 個別健康教育の実施量の傾向(教育項目別)



【考察】

個別健康教育は、全体の 17.4%の自治体での実施にとどまり、高齢化率が 25%以上の一般市町村において実施率がより低かった。実施率が低いことと考えられる理由として、本事業は事業内容が手厚く、実施にあたってはマンパワーや実施時間の十分な確保が必要であるが、特定保健指導へのマンパワーの投入による影響によりその確保が困難となっていることが考えられる。また喫煙者への健康教育が特に減少している理由としては、対象者を「禁煙の希望がある者」と限定しているほか、指導内容が手厚く事業実施にマンパワーを要すること、また近年では医療機関における禁煙治療が普及してきたことが考えられる。

④ 健康相談

【結果】

健康相談は、回答が得られた自治体の 97.1%で実施されており、特に政令市および特別区では 100%実施していた（図 18, 19）。また、実施していると回答した自治体のうち、83.4%が平成 20～22 年度の実施量が横ばいかまたは増加傾向であった。この傾向は健康相談の項目別に検討しても同様であった（図 20, 21）。

図18. 健康相談の実施の有無(平成22年度)

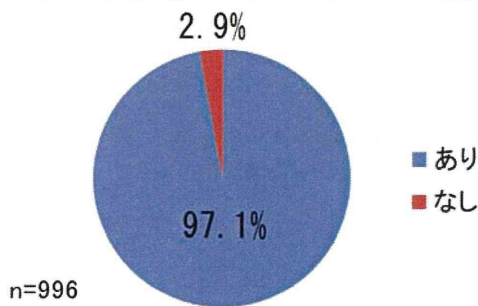


図19. 健康相談の実施率(人口規模別)

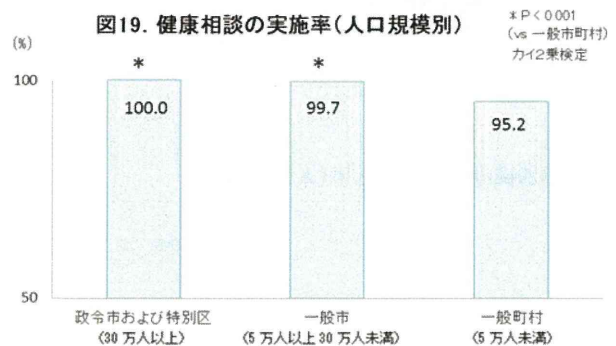


図20. 健康相談の実施量の傾向(平成20～22年度)

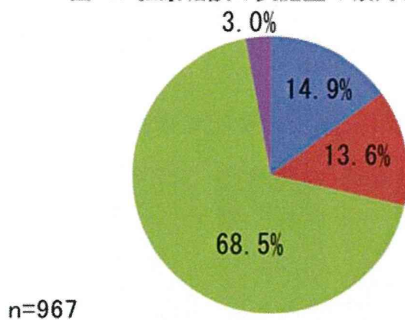
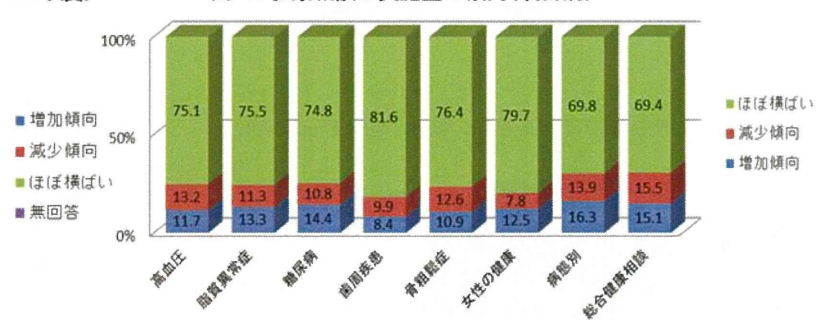


図21. 健康相談の実施量の傾向(項目別)



【考察】

健康相談は全国の自治体で事業として安定して実施されていることがうかがえる。本事業の項目別実施量の増減については、本事業が地域の実情や健康相談の実施体制等を考慮した上で、毎年重点課題を選定することとなっているため、その変化を評価することは困難である。

⑤ 機能訓練

【結果】

機能訓練を実施していたのは、回答が得られた自治体の 15.7%にとどまった（図 22）。特に人口規模の小さい一般町村や高齢化が進んでいる自治体、特定健診と特定保健指導のいずれも衛生部門が実施している自治体では著しく実施率が低かった（図 23～25）。本事業を実施していない理由としては「事業の必要性を感じない」、「マンパワーが不足している」、「40～64 歳における対象者が少ない」、「介護保険や医療保険で対応している」ことが挙げられていた（図 26）。

平成 20～22 年度の本事業の実施量の傾向をみると、82.3%の自治体が減少傾向か横ばいであった。また事業実施量が減少している理由として、「住民のニーズがない」、「対象者の把握が困難である」、「マンパワーが不足している」、「40～64 歳における対象者が減少している」ことが挙げられていた（図 27, 28）。

図22. 機能訓練の実施の有無(平成22年度)

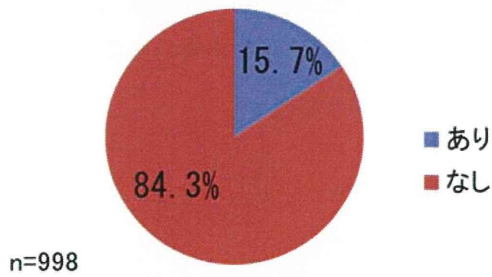


図23. 機能訓練の実施率(人口規模別)

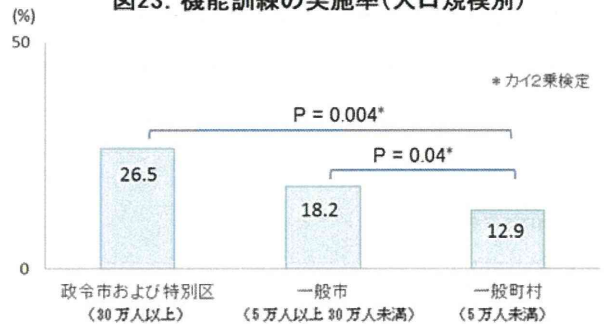


図24. 機能訓練の実施率(老年人口割合別)

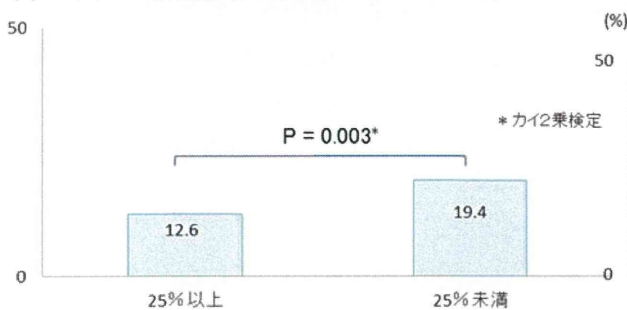


図25. 機能訓練の実施率(特定健診・特定保健指導の実施形態別)

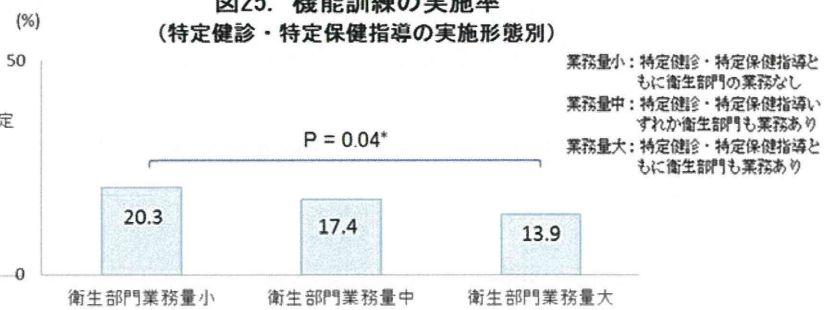


図26. 機能訓練を実施していない理由

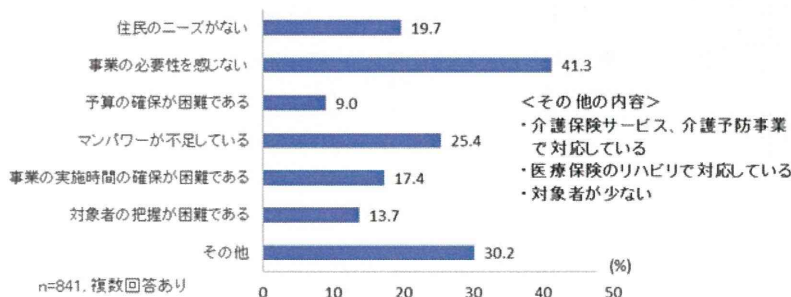
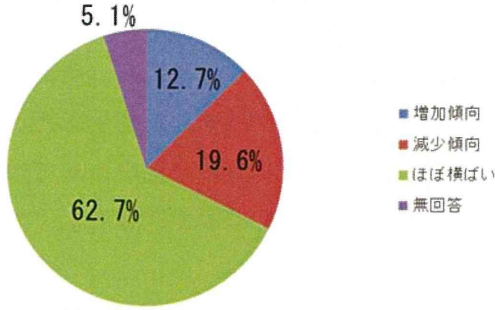
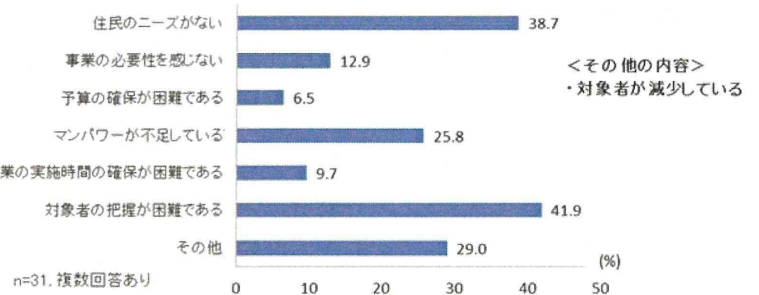


図27. 機能訓練の実施量の傾向(平成20~22年度)



n=158

図28. 機能訓練の実施量が減少している理由



【考察】

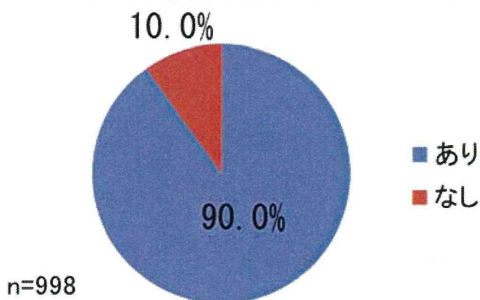
機能訓練を実施している自治体は全体の15.7%にとどまり、これは事業の対象者条件に該当する者が少ないことや、対象者の把握が困難であることが理由と考えられる。今後事業の発展と効果的な実施に向けては、対象者選定基準の見直しの他、事業効果に関する調査・検討を行い、本事業の必要性についての再検討が必要と考えられる。

⑥ 訪問指導

【結果】

訪問指導は、回答が得られた自治体の90.0%で実施されており、特に高齢化が進んでいる一般町村での実施率が高い傾向にあった(図29, 30)。その一方で、平成20~22年度の事業実施量の傾向をみると、約20%の自治体が減少傾向にあると答えており、特に介護予防や家族介護者への指導、住宅改造及び福祉用具の使用に関する指導、生活習慣病の予防等に関する指導において顕著な減少傾向が見られた(図31, 32)。減少している理由として、「マンパワーが不足している」、「事業実施時間の確保が困難である」、「対象者の把握が困難である」、「介護保険制度など他の制度で実施されている」ことなどが挙げられていた(図33)。

図29. 訪問指導の実施の有無(平成22年度)



n=998

図30. 訪問指導の実施率(老年人口割合別)

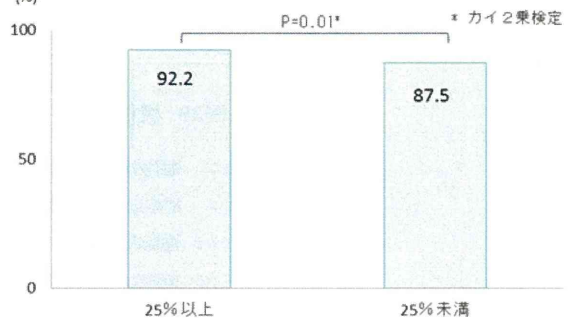
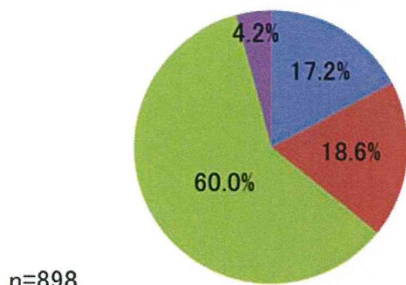


図31. 訪問指導の実施量の傾向(平成20~22年度)



n=898

図32. 訪問指導の実施量の傾向(項目別)

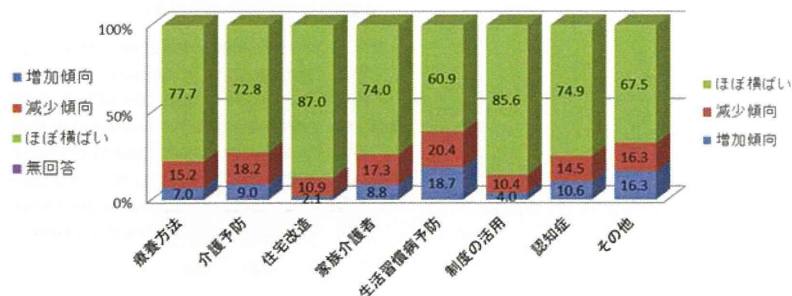
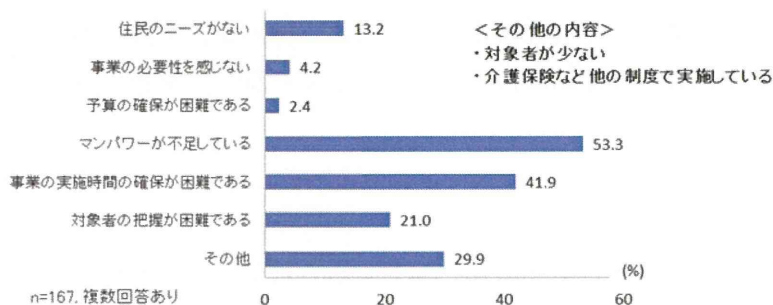


図33. 訪問指導の実施量が減少している理由



【考察】

訪問指導は回答が得られた自治体の90.0%で実施されており、事業として安定して行われていることがうかがえる。本事業については指導内容が特定保健指導や介護保険事業など他の法律に基づく事業と重複する部分があるため、今後の効果的かつ効率的な健康づくり事業の展開に向けて、国民健康保険部門や介護福祉部門との連携強化が必要不可欠であると考えられる。

⑦ 生活保護者の健診・保健指導

【結果】

生活保護受給者への健康診査は、回答が得られた自治体の93.7%で実施していた。生活保護受給者の健診受診率を推計すると平均10.4%であった。健診実施形態は、医療機関・健診業者への委託がほとんどを占めていた(図34, 35)。

図34. 生活保護受給者への健診実施率

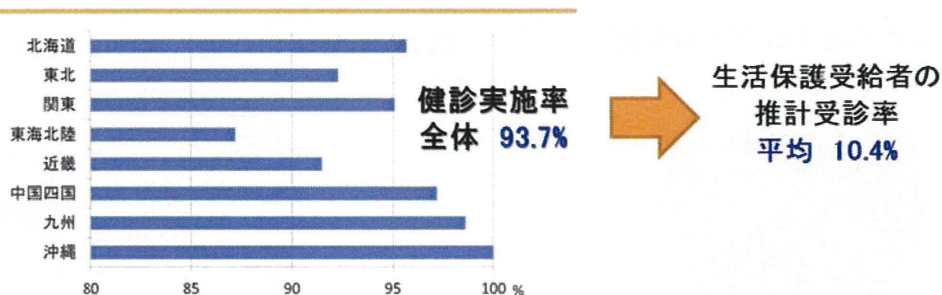
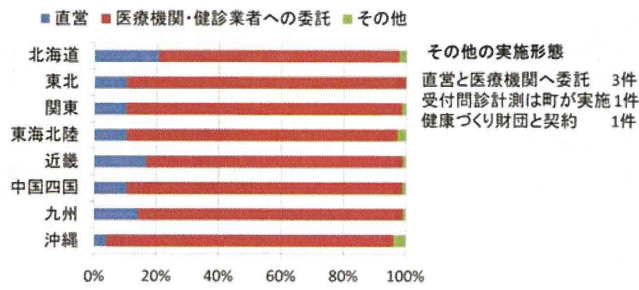


図35. 生活保護受給者への健診実施形態



【考察】

生活保護受給者への健診の実態について初めて調査を行った結果、回答が得られたほぼすべての自治体が健診を実施していたものの、生活保護受給者における健診受診率は平均 10.4%と著しく低いことが分かった。健診の実施形態や保健指導については今後より詳しく調査する必要がある。

⑧ 骨粗鬆症検診

【結果】

骨粗鬆症検診は、回答が得られた自治体の 62.3%で実施されており、実施していない理由としては「予算の確保が困難である」ことが約半数を占めていた(図 36, 37)。検診の実施方法については 60.4%の自治体が他の検診と連携して行っていた(図 38)。骨粗鬆症検診費用については多くの自治体が個人負担金を設定しており、その金額は 500 円以下が約半数を占めていた(図 39)。骨量の測定部位及び方法では、橈骨、踵骨での測定が大部分を占めており、要精検者の骨量判定基準には、「若年者成人平均値(YAM)の 80%未満」を使用している自治体が全体の 46.5%と最も多かった。(図 40,41)

WHO が開発した骨折危険確率を算出する骨折リスク評価ツールである FRAX を知っていて使用している自治体は約 1%にとどまった。(図 42)

図36. 骨粗鬆症検診の実施の有無(平成22年度)

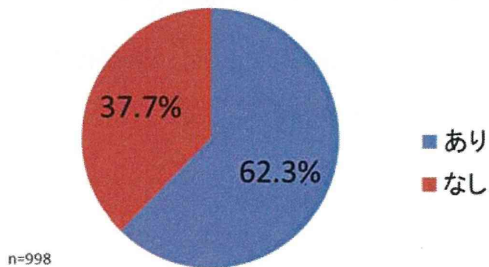


図37. 検診を実施しなかった理由

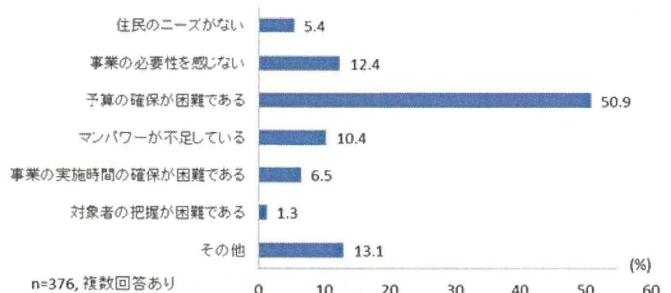


図38. 検診の実施方法(平成22年度)

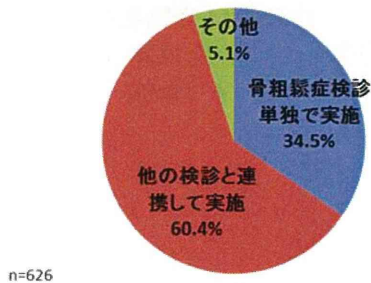


図39. 検診費用の個人負担の有無(平成22年度)

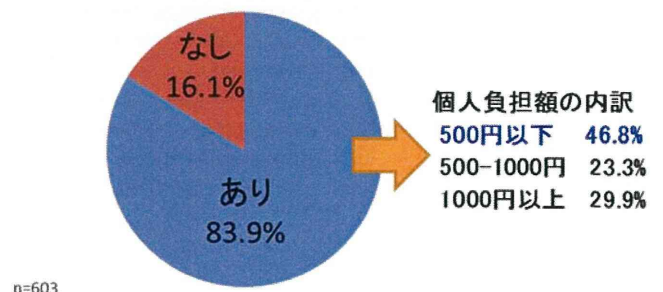


図40. 骨量の測定部位(平成22年度)

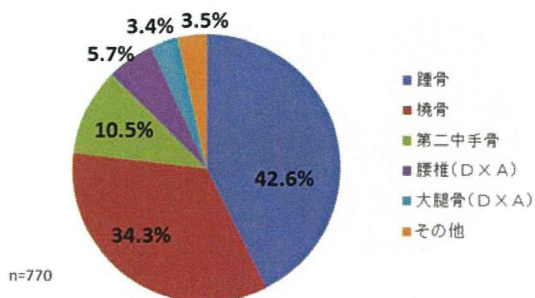


図41. 要精密検査の骨量判定基準(平成22年度)

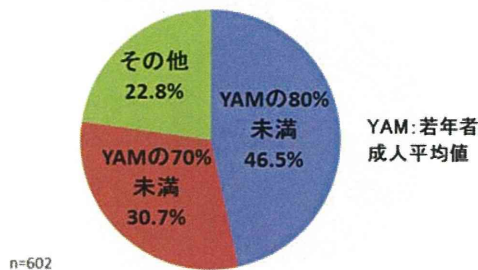
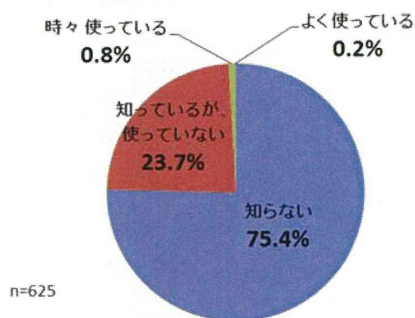


図42. FRAXの認知度(平成22年度)



【考察】

骨粗鬆症検診の実施率は 62.3%と十分に高いとは言えなかった。また要精検者の判定に際し現行のマニュアルである「YAMの80%未満」を使用していない自治体が少なからず存在した。判定基準値の適正な使用が望まれる。骨量測定を用いずとも骨折発生確率の算定を可能とするFRAXは、骨粗鬆症検診における応用についても期待される場所である。しかしながら、現時点ではこのツールの使用度は極めて低いことも明らかになった。

⑨ 歯周疾患検診

【結果】

平成22年度の歯周疾患検診実施率は61.8%であり、人口規模の大きい自治体ほど歯周疾患検診を実施する割合が高い傾向にあった(図43, 44)。また歯周疾患検診の実施方法は、個別検診が67.9%を占め、多くが委託事業として実施していた(図45, 46)。本事業を実施していると回答した自治体における検診の受診率を推計したところ、平均5.2%となり人口規模が大きくなるにつれ受診率は低下する傾向を認めた(図47, 48)。

歯周疾患検診受診率と健診実施形態の関連について多重ロジスティック回帰分析を用いて検討を行った結果、「個別検診の実施」、「人口規模5千人未満である」とすると歯周疾患検診受診率が10%以上である割合が有意に高く、「検診の個別負担金がある」とその割合が有意に低くなっていることが分かった(表1)。

図43. 歯周疾患検診の実施の有無(平成22年度)

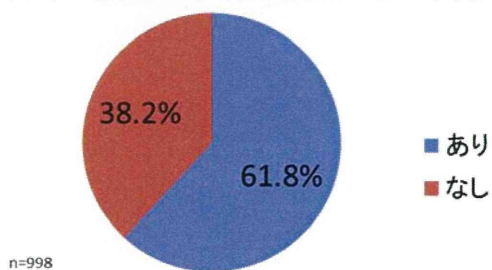


図44. 人口規模別の歯周疾患検診実施状況

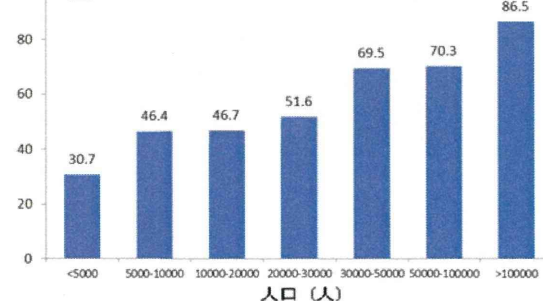
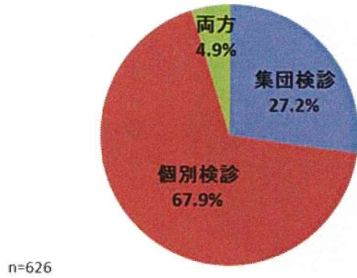
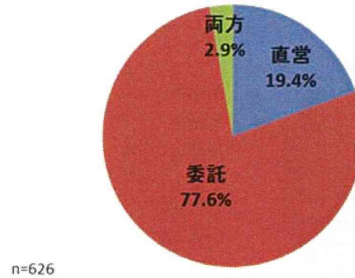


図45. 検診の実施方法(平成22年度)



n=626

図46. 検診の直営・委託の別(平成22年度)



n=626

図47. 歯周疾患検診の受診率の分布(n = 578)

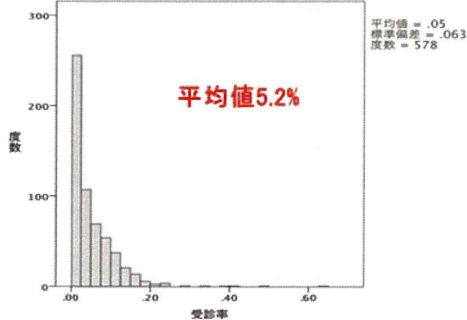


図48. 自治体の人口規模と受診率カテゴリーの関係

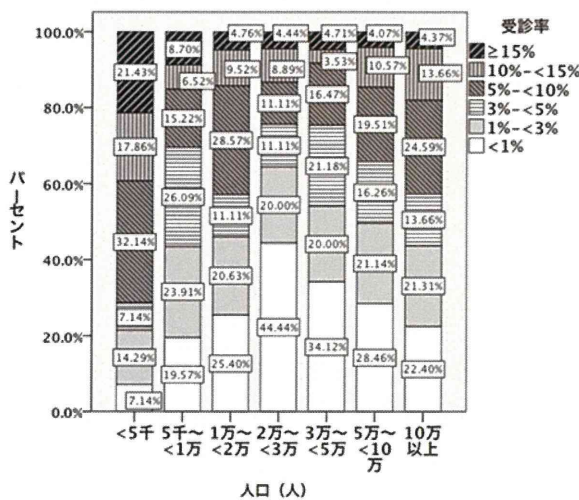


表1. 歯周疾患検診の受診率 10%以上と検診の形態との関連

変数	自治体数		オッズ比 (95%信頼区間)	P値
	<10%	≥10%		
実施方法				
集団検診	137	18	1	
個別検診	324	64	3.1 (1.6-5.8)	<0.001
両方	21	9	7.0 (2.5-19.6)	<0.001
個人負担金				
なし	212	71	1	
1-500円	139	16	0.3 (0.1-0.5)	<0.001
501-1,000円	83	3	0.08 (0.02-0.3)	<0.001
≥1,001円	48	1	0.05 (0.01-0.4)	0.004
人口(人)				
≥10万	150	33	1	
5万~<10万	105	18	0.7 (0.4-1.5)	0.38
3万~<5万	78	7	0.4 (0.2-1.0)	0.06
2万~<3万	39	6	0.8 (0.3-2.1)	0.61
1万~<2万	54	9	0.9 (0.4-2.2)	0.89
5千~<1万	39	7	1.0 (0.4-2.7)	0.95
<5千	17	11	2.9 (1.1-7.3)	0.03

【考察】

歯周疾患検診の実施率は、全体の61.8%であり十分に高いとは言えない。また検診受診率は、平均5.2%と著しく低く現状の重要課題である。検診の個別負担金が検診受診率と最も強く関連していたことから、個人負担金を徴収している自治体では負担金をなくすことで受診率が向上する可能性がある。

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）
「わが国の健康増進事業の現状把握とその評価および今後のあり方に関する調査研究」

事務局：九州大学大学院医学研究院環境医学分野

住所：〒811-2501 福岡県糟屋郡久山町久原 1822-1

電話：092-652-3032 FAX：092-652-3075

E-mail：kenkou23@envmed.med.kyushu-u.ac.jp

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)
わが国の健康増進事業の現状把握とその評価および
今後のあり方に関する調査研究

提言書

健康増進法に基づく健康増進事業 の見直しについて

研究代表者	清原 裕	九州大学大学院医学研究院環境医学分野 教授
研究分担者	細井孝之	国立長寿医療研究センター臨床研究推進部 部長
	山下喜久	九州大学大学院歯学研究院口腔予防医学分野 教授
	小久保喜弘	国立循環器病研究センター予防健診部 医長

健康手帳の交付、集団健康教育、個別健康教育、健康相談、 機能訓練、訪問指導の見直しについて

研究代表者 清原 裕 九州大学大学院医学研究院 環境医学分野 教授

1. 健康手帳の交付

【全国調査の結果概要と考察】

平成 23 年度に実施した全国調査の結果によると、健康手帳は全体の 84.0%の自治体で交付されており、大都市や老年人口割合が 25%未満の自治体で交付率が高かった。一方で、老年人口割合が 25%以上の高齢化が進んでいる一般市町村では、健康手帳の新規交付対象者が減少しているという理由から、平成 22 年度は健康手帳を交付していないとの意見もみられた。また、特定健診・特定保健指導ともに衛生部門が実施している自治体の交付率が 80.2%とやや低かったが、これら自治体の多くでは健康手帳に代わる自治体独自の資料を配布していた。続いて平成 20～22 年度の健康手帳の交付数の推移をみると、人口 5 万人未満の一般町村と比較して人口 30 万人以上の大都市では減少傾向の割合が多かったものの、全体では 76.2%がほぼ横ばいか増加傾向であった。これらの結果は、平成 17～21 年度の老人保健事業報告とも一致していた。

【健康増進事業実施要領における事業の対象者と事業の様式及び内容について】

- ・対象者：①40 歳以上
 - ②健康教育、健康相談、機能訓練又は訪問指導を受けた者か、高齢者の医療の確保に関する法律第 18 条に定める特定健康診査、同法第 125 条に定める健康診査又は健康増進法第 19 条の 2 に基づく健康増進事業等を受けた者で、健康手帳の交付を希望するもの又は市町村が必要と認めるもの。
 - ③記載すべき余白がなくなった場合や健康手帳を破損、紛失した場合は再交付を行う。
- ・様式及び内容：標準的な様式例があるが自治体の裁量で作成を行う。

【まとめ】

健康手帳は全国の自治体で一定数活用されていることがうかがえる一方で、多くの自治体において、健康手帳の交付数や交付履歴、再交付理由等の交付実績の管理が不十分であることもわかった。これらの原因として、健康手帳の交付を行う対象者に希望者や再交付者が含まれていることが考えられる。国民における健康手帳の活用実態やその効果については今後の調査課題といえる。

【健康増進事業実施要領改定案】

健康手帳の交付について現時点で明らかな改定箇所はないと考える。

2. 集団健康教育

【全国調査の結果概要と考察】

集団健康教育は全体の 97.0%の自治体で実施されており、特に政令市における実施率は 100%であった。実施率が高い一方で、14.6%の自治体では平成 20～22 年度における生活習慣病の予防のための日常生活上の心得、健康増進の方法、食生活のあり方やその健康に関して必要な事項について教育を行う「一般に関する健康教育」や、肥満、高血圧、心臓病等と個人の生活習慣との関係及び健康的な生活習慣の形成について教育を行う「病態別に関する健康教育」の実施量が減少傾向にあった。これは「マンパワーの不足」や「事業の実施時間の確保が困難なこと」に加えて、従来の対象者が特定保健指導の対象者となったことで、集団健康教育を行う必要がなくなったことも減少理由の一つと考えられる。特に人口 5 万人未満の規模の小さい一般町村でこの傾向がより強いことから、限られた職員数で事業を実施するにあたり、特定保健指導を優先的に実施していることがうかがえる。これは、実施目標及び成果目標が明確に掲げられ、その目標の達成状況に応じて後期高齢者支援金の加算・減算を行う特定健診・特定保健指導が、国民健康保険の医療保険者としての自治体の財政にも大きな影響を及ぼすことが理由と考えられる。一方、健康増進法の下で健康診査の一つとして検診事業を実施している骨粗鬆症や歯周疾患に関する健康教育では、約 90%の自治体が横ばいか増加傾向であり、自治体での優先度が高いことがうかがえるが、その理由は定かではない。平成 20～21 年度における老人保健事業報告では、骨粗鬆症や歯周疾患に関する健康教育の参加延人数は、健康教育総数の 3%ほどであった。健康教育の大部分を占める「一般に関する健康教育」や「病態別に関する健康教育」と比べ増減の程度が弱く横ばいの割合が多くなっているのかもしれない。また、歯周疾患や骨粗鬆症に関する集団健康教育をがん検診や健康づくりのイベントなど他の事業と同時に実施しているとの声もあったが詳細は不明である。慢性閉塞性肺疾患(COPD)に関する健康教育は実施数がまだ少なく、疾患の重要性に関する啓発活動などが今後引き続き必要であると考えられる。

【健康増進事業実施要領における事業の対象者及び実施内容、並びに評価について】

- ・対象者：①40～64 歳までの者またはその家族
 - ②除外対象なし（特定保健指導の対象者も含む）
- ・実施内容：①一般健康教育
 - ②歯周疾患健康教育
 - ③骨粗鬆症（転倒予防）健康教育
 - ④慢性閉塞性肺疾患（COPD）健康教育

⑤病態別健康教育

⑥薬健康教育

- ・評価：参加者に対しアンケート調査を行い、実施方法や内容が適切なものであったかどうか検討し、その後の改善に努める。

【まとめ】

- 1) 集団健康教育は全体の97%の自治体で実施されており、実施率から考えると事業として確立していると考えられる。しかし特定保健指導と内容が重複している「一般健康教育」と「病態別健康教育」では実施量が減少傾向であった。特に人口規模が小さい自治体では、特定保健指導を優先することからマンパワーが不足してしまっていることが考えられる。
- 2) 健康増進事業実施要領における「病態別健康教育」の実施内容に具体的な対象疾患を追加することで、事業の幅を広げ事業を行いやすくする可能性がある。
- 3) 評価については、事業の過程を評価するプロセス評価のみ記載されているが、本来健康教育の目的である「健康の保持増進」に対するアウトカム評価として、健康教育実施前後の健診結果や生活習慣の変化について評価するべきであるとする。

【健康増進事業実施要領改定案】

- 1) P5 ⑤実施内容 オ 病態別健康教育を以下の内容に見直す。
肥満、高血圧、心臓病、糖尿病、脂質異常症、CKD(慢性腎臓病)等と個人の生活習慣との関係及び健康的な生活習慣の形成について
- 2) P5 ⑥評価に以下の内容を追加する。
～その後の改善に努める。また健康教育前後における生活習慣や健診結果の変化を検討し健康教育の効果について評価を行う。

3. 個別健康教育

【全国調査の結果概要と考察】

個別健康教育は全体の17.4%の自治体でのみ実施されていた。個別健康教育を実施していない理由としては、マンパワーが不足していることが最も多く、次いで事業の実施時間の確保が困難であること、事業の必要性を感じないことであった。また集団健康教育や健康相談、特定保健指導として実施していることもその他の理由として挙げられていた。事業を実施していない理由について特定健診・特定保健指導の実施形態別に検討すると、特定健診・特定保健指導に関して衛生部門の業務量が多い自治体では業務量の少ない自治体と比較して、事業の実施時間の確保が困難である、事業の必要性を感じないと答えた割合が有意に多かった。このことから、特定健診・特定保健指導へのマンパワーの集中的投入によって、本事業の実施量が影響を受けていること、また本事業の実

施要件が特定保健指導と比較しても手厚い内容となっていることから、事業実施のための時間確保及び人員配置が困難であることがうかがえる。平成 20～22 年度の個別健康教育の実施量の年度推移を調べたところ、増加傾向 18.2%、減少傾向 19.9%、ほぼ横ばい 59.7%であった。特に、「喫煙者」への教育項目で減少傾向の割合が 23.5%と多かった。個別健康教育の実施量が減少している理由として、住民のニーズがないことが 54.3%と多く、その他の理由として禁煙指導を医療機関で行っていることが挙げられていた。

【健康増進事業実施要領における事業の対象者及び実施内容】

- ・対象者：①40～64 歳までの者
 - ②特定保健指導または健康増進法施行規則第 4 条の 2 第 5 号の保健指導の対象となっている者を除く
- ・実施内容：①高血圧、脂質異常症及び糖尿病個別健康教育の期間は原則 6 ヶ月を原則とする。
 - ②食生活運動調査は個人面接により聴取する。
 - ③食生活運動調査の実施後、血圧測定や尿検査、血液化学検査、血糖検査及び HbA1c 検査など 4 回程度の検査を実施する。
 - ④面接は③各検査の後速やかに行うとともに、必要に応じて回数を追加すること。
 - ⑤喫煙者個別健康教育の期間は原則 3 ヶ月間であり、概ね 1 ヶ月ごとに指導を実施すること。
 - ⑥実施人数、被指導者の年齢、指導内容、結果の推移等について分析し、質の向上に資するように努める。

【まとめ】

- 1) 特定保健指導の対象とならない軽度異常の者を対象にする事業であるにも関わらず、事前準備（食生活運動調査）、実施回数、支援期間中の検査の実施など、特定保健指導よりも手厚い支援を行うことが原則となっている。特定健診・特定保健指導の実施でマンパワーが不足している市町村においては実施が難しいことが考えられる。本事業の実施を医療機関等に委託した場合についても、委託元となる自治体、特定保健指導と併せて事業を受託した事業者にとっても、煩雑な事務作業等が生じるものと想像できる。喫煙者に対する指導についても同様のことが言える。今後、自治体における事業の拡大のためには、既存の特定保健指導の実施環境を活用できるような事業にすべきであり、それにより自治体は効率的な事業の実施が可能になると考えられる。
- 2) 自治体においては、以下のことから本事業の対象者の把握が困難な状況であると考えられる。

- ア) 自治体として保有する健診データは国保の特定健診受診者または生活保護受給者のものである。市町村国保は 65 歳以上の構成割合が高く、また健診受診者も 65 歳以上の高齢者の割合が高いのが全国的な状況である。各自治体における積極的な事業の広報活動および 65 歳未満の構成割合が高い社会保険、職域との連携が重要になるが、後者については個人情報保護の点からも進展していないのが現状と考えられる。
- イ) 未実施理由の「住民のニーズがない」、「事業の必要性を感じない」、「対象者の把握が困難である」については相互に関連していると考えられる。データがないために（潜在的なものも含めて）ニーズが把握できず、結果として事業の必要性を感じないというような負のスパイラルを形成している可能性がある。
- 3) 職域・地域における健康づくり事業で最も手薄になっているのが、社会保険の被扶養者である。職域は雇用者を中心に特定保健指導やそのほかの保健指導を展開しており、専業主婦やパートタイムの労働者などの被扶養者の健康づくり事業は手薄になっている。
- 特定健診の結果をみると若年層の女性は腹囲や BMI に所見は見られないものの、血圧や血糖、脂質の検査項目に異常が見られる場合が多い。よって市町村の個別健康教育の対象者になりうる人が多い社会保険の保険者との連携が重要であると考えられる。

【健康増進事業実施要領改定案】

- 1) P6~7 ③対象者（内容）に以下の内容を追加する。
特定健康診査等の血圧・血糖・脂質検査の結果に異常は見られないものの、腹囲検査の結果が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上または BMI が 25kg/m² 以上である者に対し肥満個別健康教育を行う。
- 2) P7 ④実施内容 ア 肥満、高血圧、脂質異常症及び糖尿病個別健康教育の実施（支援）期間を以下の内容に見直す。
支援期間は 3 ヶ月～6 ヶ月程度とし、対象者の身体状況や意欲等によって設定する。
- 3) P7 ④実施内容 (ア) 食生活運動調査方法を以下の内容に見直す。
個人面接により聴取、または通信（電話、文書、電子メール等）を活用して調査する。
- 4) P7 ④実施内容 (イ) 検査の実施について以下の内容に見直す。
検査は必要に応じて実施する。
- 5) P7~8 (ウ) 面接による保健指導な内容を以下の内容に見直す。
原則として 1 回の面接支援を行い、初回面接から 6 ヶ月後に面接または通信等を活用した支援及び評価を行う。
- * 特定保健指導の動機付け支援程度の保健指導へと見直す。

6) P8 イ 喫煙者個別健康教育の指導回数を以下の内容に見直す。

禁煙の実行に関する指導については、原則1回の面接指導を実施し、面接指導から3ヶ月後に面接または通信を活用しその実行状況について評価し、必要な指導を行う。

4. 健康相談

【全国調査の結果概要と考察】

健康相談は全体の97.1%の自治体で実施されており、特に政令市や特別区の実施率は100%であった。また健康相談の年度別実施量の推移については、83.4%の自治体が近年横ばいか増加傾向を示しており、事業として安定して実施されていることがうかがえる。この結果は、健康相談の項目別に検討しても同様であった。

【健康増進事業実施要領における事業の対象者並びに相談の種類】

- ・対象者：①40～64歳までの者またはその家族
②除外項目特になし
- ・種類：①重点健康相談「高血圧、脂質異常症、糖尿病、歯周疾患、骨粗鬆症、女性の健康、病態別（肥満、心臓病）」
市町村は、地域の実情、重点健康相談の実施体制の状況等を勘案し、毎年、①に掲げるもののうちから重点課題を選定して実施する。
②総合健康相談

【まとめ】

健康相談は全体の97%の自治体で実施されており、実施率から考えると事業として安定して実施されていることがうかがえる。一方で本事業の項目別実施量の増減については、本事業が地域の実情や健康相談の実施体制等を考慮した上で、毎年重点課題を選定することとなっているため、その変化を評価することは困難である。

【健康増進事業実施要領改定案】

健康相談について現時点で明らかな改定箇所はないと考える。

5. 機能訓練

【全国調査の結果概要と考察】

機能訓練の実施率は15.7%にとどまり、特に人口5万人未満の小規模の町村や高齢化率が25%以上の自治体では約13%、特定健診・特定保健指導ともに衛生部門が実施している自治体では約14%と実施率が低い傾向が強かった。実施していない理由として、「事業の必要性を感じない」、「マンパワーの不足」、「本事業の対象者が少ない」ことが

挙げられているが、事業の実施に最も影響しているのは本事業の対象者の選定条件にあると思われる。健康増進事業実施要領によると機能訓練の対象者は、「40～64 歳までの者で、疾病、外傷その他の原因による身体又は精神機能の障害又は低下に対する訓練を行う必要があるものとするが、医療によるリハビリテーションを要する者等は対象としない」となっている。40～64 歳であっても特定の疾患により介護が必要な場合は、介護保険の要介護認定を受けることで介護保険サービスの機能訓練を利用することが可能であることから、本事業の対象年齢である 40～64 歳で機能訓練が必要な者の絶対数が少ないため、人口規模による実施率の差が生じているものと考えられる。自治体における実施状況を考慮すると対象者の選定条件等の見直しが必要であろう。また、今後は本事業の効果について調査・分析を行い、本事業の必要性についても検討していく必要があると考えられる。

【健康増進事業実施要領における事業の対象者】

- ・対象者：①40～64 歳までの者またはその家族
 - ②疾病、外傷その他の原因による身体または精神機能の障害又は低下に対する訓練を行う必要があるもの。
 - ③医療によるリハビリテーションを要する者等は対象としない。

【まとめ】

そもそも対象者の出現率が低い（対象者が少ない）ことが理由で市町村の人口規模による実施率に差が生じていると考えられる。この事業について、65 歳以上は介護保険サービスや地域支援事業でカバーできるので、対象年齢を変更する必要はない。そのため、少しでも事業の実施量を増やすことを考えるならば、数少ない対象者をより把握しやすくする方法を模索する必要がある。あるいは事業の位置づけを、対象者がほとんどいないということを前提に、他の法律・制度では救われない人のためのセーフティネットとする考え方もある。今後事業の発展と効果的な実施に向けて、対象者選定基準の見直しの他、事業効果に関する調査・検討を行い、本事業の必要性についての再検討が必要と考えられる。

【健康増進事業実施要領改定案】

- 1) P12 その他の留意事項に以下の内容を追加する。

対象者を把握しやすく、かつ広報しやすくするために、対象者を選定するアセスメントシート等を作成し活用する。

6. 訪問指導

【全国調査の結果概要と考察】

訪問指導は、全体の 90.0%の自治体を実施しており、特に高齢化率が 25%以上の一般町村で実施率が高い傾向がみられた。その一方で、平成 20～22 年度の事業実施量の傾向をみると、約 20%の自治体が減少傾向にあると答えており、特に介護予防や家族介護者への指導、住宅改造及び福祉用具の使用に関する指導、生活習慣病の予防等に関する指導において顕著な減少傾向が見られた。減少している理由として、「マンパワーが不足している」、「事業実施時間の確保が困難である」、「対象者の把握が困難である」、「介護保険制度など他の制度で実施されている」ことなどが挙げられていた。

【健康増進事業実施要領における事業の対象者と訪問指導の内容及び留意事項】

- ・対象者：①40～64 歳までの者またはその家族
②療養上の保健指導が必要であると認められるもの
- ・訪問指導の内容：
 - ア 家庭における療養方法に関する指導
 - イ 介護を要する状態になることの予防に関する指導
 - ウ 家庭における機能訓練方法、住宅改造及び福祉用具の使用に関する指導
 - エ 家族介護を担う者の健康管理に関する指導
 - オ 生活習慣病の予防等に関する指導
 - カ 関係諸制度の活用方法等に関する指導
 - キ 認知症に関する正しい知識、緊急の場合の相談先等に関する指導
 - ク その他健康管理上必要と認められる指導
- ・その他の留意事項：
 - ア 医療保険により訪問看護若しくは訪問リハビリテーションを受けている者に対して訪問指導を実施する場合には、訪問看護及び訪問リハビリテーションと内容的に重複するサービスについては行わないことを原則とする。

【まとめ】

訪問指導は回答が得られた自治体の 90.0%で実施されており、事業として安定して行われていることがうかがえる。本事業については指導内容が特定保健指導や介護保険事業など他の法律に基づく事業と重複する部分があるため、今後の効果的かつ効率的な健康づくり事業の展開に向けて、国民健康保険部門や介護福祉部門との連携強化が必要不可欠であると考えられる。また指導内容の多くは家族も対象となっているため、対象者の定義に家族の記述を追加すべきである。