

しつつも開始時の簡易採血の導入を検討したい。

(2) リスク蓄積状況を評価する評価体系の検討

本研究は、糖尿病をモデル疾患に保険者・被保険者・主治医の連携による重症化防止スキームの構築を目的とした支援体制の構築、支援プログラムの開発および検証を実施した前調査研究を受け、より良い重症化防止介入法の設計を実施するため、特定健康診査データをベースとしたリスク評価指標の開発を目的としており、次年度は本リスク評価指標の有効性、拡張性について検証する。

E. 結論

肥満（BMI・腹囲）を伴わないリスク保有者のリスク改善を目的として、本年

度はフィージビリティスタディの位置づけで実施したところ、介入を行う際の課題が抽出された。

リスクの評価体系に関しては、リスク評価指標項目の選定と、リスク評価指標をツールとして利用するための「新しい健康分布図（案）」を作成した。

F. 研究発表

市川太祐,渡邊美穂,古井祐司:テキストマ
イニング手法を用いた指導者のクセの
「みえる化」;日本公衆衛生学会総会抄
録集 71:243,2012
渡邊美穂,古井祐司:保健指導実施者の振り
返り;栄養学雑誌 70(5):289,2012

G. 知的所有権の取得状況

該当なし

表 1 特定保健指導の基準値

項目	(単位)	基準値
腹囲	(cm)	男性:80 女性:90
BMI		25
収縮期血圧	(mmHg)	130
拡張期血圧	(mmHg)	85
中性脂肪	(mg/dl)	150
HDLコレステロール	(mg/dl)	39
HbA1c(JDS)	(%)	5.2

表2 解析対象者の基本属性

		平均	標準偏差	最小値	最大値
年齢	(歳)	42.9	6.2	35	60
健診時体重	(kg)	61.6	5.9	49.6	73.8
健診時BMI		21.3	1.9	16.4	24.9
健診時腹囲	(cm)	75.6	5.3	59.8	84.8

表3 健康診断時と測定会時の身体データの比較

項目	(単位)	健康診断時に基準値以上だった人数	血液検査結果(平均±標準偏差)		p値*
			健診時	測定会時	
収縮期血圧	(mmHg)	34	134.6±7.1	135.3±13.7	0.79
拡張期血圧	(mmHg)	34	86.3±10.2	86.5±11.3	0.94
中性脂肪	(mg/dl)	8	189.6±49.9	148.5±66.2	0.03
HDLコレステロール	(mg/dl)	13	47.8±9.7	53.7±14.1	0.01
HbA1c	(%)	31	5.16±0.57	5.45±0.98	0.00

*対応のあるt検定

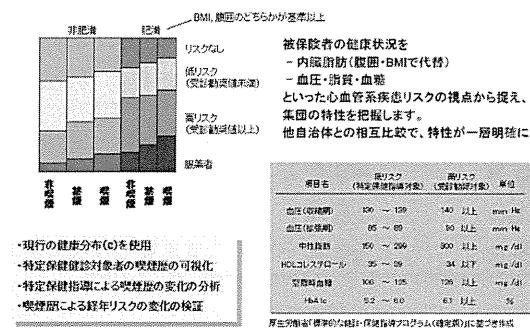
表4 行動計画の実行状況

	健康診断時に基準値以上だった人数	行動計画を2つ以上設定した人数(割合*)	行動計画を2つ以上設定した参加者において実行できた行動計画の数(割合)**		
			0個	1個	2個以上
収縮期血圧	(mmHg)	34	31 (91.2%)	5 (16.1%)	13 (41.9%)
拡張期血圧	(mmHg)	34	31 (91.2%)	5 (16.1%)	13 (41.9%)
中性脂肪	(mg/dl)	8	7 (87.5%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)
HDLコレステロール	(mg/dl)	13	12 (92.3%)	3 (25%)	4 (33.3%)
HbA1c	(%)	31	27 (87.1%)	1 (3.7%)	13 (48.1%)

*1 健康診断時に基準値以上だった人数に対する割合

*2 行動計画を2つ以上設定した人数に対する割合

①現行制度の禁煙対策としての有効性検証(案)



厚生労働省「健康行動・疾患対応プログラム(確定版)」に基づき作成

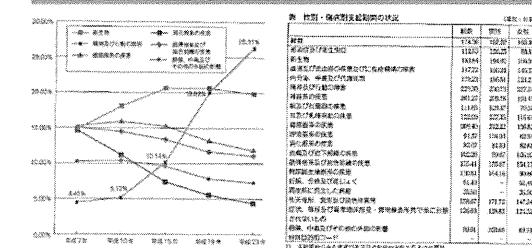
-6-

②喫煙歴の心血管系イベント発症の相関の検証(案)

喫煙歴を考慮した心血管系イベントの発生状況の分析について

・レセプト分析の観察 → 疾病名の問題、疾病発生時期の特定が困難

・個別手当支給によるデータ分析 → 疾患発症状況についてより詳細なデータの入手が可能



資料出典: 厚生労働省「健康行動・疾患対応プログラム(確定版)」

-7-

③疾患発症とリスクの積み上がりの検証(案)

・血糖値については、上記で保健指導範囲であっても、単独で血管障害のリスクとなりうる。

・FBG110~125では、IFGの可能性を否定できません。またHbA1cの5.5~6.0においては、

OGTTの結果とされていてそこから、リスク要素のレベル分けについて下記の案を考えられる。

項目名	低リスク (特定保健指導対象)	中リスク (特定保健指導対象)	高リスク (愛煙者対象)	単位
血圧(吸煙者)	130~129	140 以上	mmHg	
血圧(既往歴)	85~89	90 以上	mmHg	
中性脂肪	150~299	300 以上	mg/dl	
HDLコレステロール	35~39	34 以下	mg/dl	
空腹時血糖	100~125	126 以上	mg/dl	
HbA1c	5.2~5.4	6.1 以上	%	

厚生労働省「特定のリスク別・保険料別プログラム(確定版)」に基づき作成

-2-

糖尿病治療戦略にも沿ったリスクマップの作成

・指標により改善しないケースについて、経年のリスクの積み上げがどのような軸線をもたらすのか、
またどのようないくつかのリスクが危険性が高い(指標において優先すべきか、など)について検証する必要がある。

・そこで、糖尿病治療戦略でも重要なHbA1c、BP、LDLコレステロールについて、
新たに下記のリスクマップ(仮称)を考案し、その妥当性を検証する。

A,B,Cのリスクマップ(仮称)

		血糖			
		リスク無	低リスク	中リスク	高リスク
血圧	無				
	低				
高	無	低	高	無	低
		脂質	脂質	脂質	脂質

-3-

参考文献など

日本人の2型糖尿病に問わる進行子多型

Identification of KCNJ15 as a susceptibility gene in Asian Patients with Type 2 Diabetes Mellitus
Koji Okamoto et al. The American Journal of Human Genetics 80: 54 - 64, January 8, 2002

・日本人の2型糖尿病の発症や進行に関する進行子多型

・KCNJ15は遺伝子多型である場合、2型糖尿病の発症リスクは1.76倍

・非肥満者に既往歴のある場合は、発症リスクは2.5倍

・また、10年以内にインスリノ療法が必要となる頻度も高い

→ 非肥満でも糖尿病のリスク群が存在



禁煙による体重増加が、禁煙によるメソットが体重増加を上回る可能性

Association of smoking cessation and weight change with cardiovascular disease among adults with and without diabetes Carole Clark et al. JAMA, March 13, 2013 Vol 309, No. 10

※ラングム心臓研究の最初の参加者の子孫を対象とした第二世代研究

・1984~2011年までの、第3期~第9期の調査期間を対象として実施(被験者の合計11,148名)

・既往歴に関しては下記の4パターンで分類

①非糖尿病、②喫煙者、③禁煙者(禁煙期間が4年以下)、④禁煙者(禁煙期間が4年以上)

・(非糖尿病)禁煙による体重増加を考慮しても心臓発作、脳卒中、心血管系の死生存リスクが50%減少

・(糖尿病) 禁煙による体重増加にも関わらず、同リスクが大きく減少するパターンを確認

→ 禁煙による心血管イベントのリスクも考慮する必要性

参考文献など

合併症予防のための糖尿病の治療戦略の達成状況

The prevalence of metabolic syndrome and its association with LDL cholesterol among people with diabetes, 1998-2010
Sanjay Singh Chaturvedi et al. Diabetes Care, 15 February 2013

・米国糖尿病調査で、4,926名を対象とした調査結果

・合併症予防のための糖尿病の治療戦略は

A:HbA1cの是正 B:blood pressure 血圧の是正 C:Cholesterolの是正
とされているが、米国の糖尿病治療においていずれの基準も達成した患者が増えてつつある
ただし、すべての項目を達成している患者は全体の約19%とまだ少ない

	1988~1994年既往既存	2007~2010年既往既存
A: HbA1c 7%未満	43.1%	52.5%
B: blood pressure 130/80mmHg未満	33.2%	51.1%
C: Cholesterol LDL:100mg/dl未満 HDL:40mg/dl未満	0.9%	66.2%
全項目達成	1.7%	18.8%

糖尿病の研究において、行動穿察に関する研究が少ない

Are current clinical trials in diabetes addressing important issues in diabetes care?
W.C.Lakey, et al. Diabetes Care, 08 April 2013

・米国テクサス大学が食品医薬品局(FDA)と共に実施した調査

・糖尿病とその合併症に関する研究が、求められる調査・研究となっているかを探る

・米国政府に登録されている臨床研究6,346件について、糖尿病とその合併症に因連する研究の
介入研究が2,484件(32.6%)で、そのうち74.8%が治療介入に関する研究で、予防に関する
研究は10%、また、63.1%が栄養治療に関する研究で、行動穿察に関する研究は11.7%程度。

厚生労働科学研究補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）

分担研究報告書

「研究フィールドの整備および研究基盤の構築」

研究分担者 古井 祐司 東京大学政策ビジョン研究センター特任助教
(研究協力者 松元なるみ 田中裕子)

研究要旨

研究フィールドおよび必要なデータを継続して確保し、運営する目的で、研究フィールドの整備および研究基盤の構築を行った。今後、継続的な研究協力を得るためには、研究成果の丁寧なフィードバックや、予防施策推進の重要なステークホルダを意識した情報提供が重要であることが示唆された。

A. 研究目的

本研究では、特定健診データなど被保険者のデータを用いて、集団特性の把握や特性に応じた効果的な介入手法の検討、効果検証を行う。

研究フィールドおよび必要なデータを継続して確保し、運営する目的で、研究フィールドの整備および研究基盤の構築を行った。

B. 研究方法

(1) 医療保険者の参加促進

本研究の趣旨をご理解いただき、継続して協力を得ていくために、責任者への説明・打合せだけでなく、実務者が参加する研修会での説明や、研究成果に関しても事務職および専門職双方への還元を図ることとした。研究フィールドとした保険者の種別は次のとおりである。

職域保険者

- ・健康保険組合
- ・共済組合
- ・協会けんぽ

地域保険者

- ・市町村国民健康保険

(2) 研究基盤の整備

「集団特性の把握」、「被保険者個々の特性に応じた介入手法の検討および実施・評価」それぞれの研究が円滑に進められるよう、研究基盤の整備を図ることとした。

C. 研究結果

(1) 本研究への医療保険者の参加

本研究に協力をいただいた保険者と、当該保険者への研修会（打合せは除く）などは次のとおりである。研修会資料を添付した（資料1）。職域保険者

- ・健康保険組合；39 健保組合（被保険者データ n=238,350）/参加健保組合による分科会 10回
- ・共済組合；2 共済組合（1 共済組合の被保険者データ n=181,490、もう 1 組合は 2 年度）/全国支部向け研修会 1 回
- ・協会けんぽ；1 支部（被保険者データは 2 年度）/支部における事業主向け研修会 1 回

地域保険者

- ・市町村国民健康保険；63 市町村国保（被保険者データ n= 365,958）/県全体研修会 1 回,4 地区別研修会 4 回

(2) 研究基盤の整備

「集団特性の把握」

大手の健康保険組合は、他の保険者に比較して被保険者の流入出が少なく、経年での変化を捉えやすいことから、継続したデータの確保および運用を目指す。そこで、集団における健康状況の経年変化を捉え、保健事業の組み立てへの生かし方を提示した。

共済組合に関しては、本部・支部それぞれに役割を有している組織であることから、本部における集計結果を冊子にして、全支部に配布し、情報の共有化を図った。また、基幹システムからのデータ抽出などが円滑にできるよう、活用するデータ項目を絞り、事前に提示するよう努めた。

市町村の国民健康保険については、国保連合会のシステムの活用と、集計結果を示す際に、市町村が慣れている様式に近い形での表示とした。

「被保険者個々の特性に応じた介入手法の検討および実施・評価」

健康づくりのモチベーションを高める目的でのインセンティブ付与について、被保険者の意識・行動変容につながりやすいよう、当該保険者にコミュニケーションツールの導入を促した。

健診受診から事後フォローを一連の流れとする取り組みに関しては、地域では市町村国保と健診機関が連携したスキーム構築を目指した。フィールとした国保では医師会が主な健診を受託していることから、地域医師会との連携を健診結果のフィードバック（特定健診制度下の情報提供）を起点とした（図1）。2年度は民間の健診機関の活用を探る。

職域においては、事業主に保健事業への参画を促すために、今後の医療保険制度下で保健事業を推進するための“コラボ・ヘルス”の軸となる「健康経営」の考え方および重要性を周知し、事業主に従業員の健康づくりに取り組み“健康

宣言”をしてもらう意識醸成を始めた。

D. 考察

(1) 効果的な保健事業への寄与

本研究のフィールド保険者は、実際に自被保険者の健診データなどに基づく集団特性の把握や効果的な介入手法の検討などに協力し、結果をフィードバックされることで、研究協力を継続していることがうかがえる。

本研究は新しいチャレンジングな取り組みであるため、成果の程度は未知であることから、研究で得られた成果に関しては、成否に関わらず、効果的な保健事業に寄与するよう、その内容と今後の課題解決の方向性などを丁寧に共有することの重要性を認識している。

今後は、保険者側からも研究の進め方に関する意見・提案を受けやすくするような工夫を講じていく。

(2) 健康づくり意識の醸成

保健事業の効果を高めるためには、個人の健康リテラシーをあげることが重要であるが、事業運営のステークホルダとなる事業主などの意識醸成も必要である。

本研究で集団特性を可視化し、予防介入のあり方の検討を始めているある中小企業（美容院）では、高血糖の従業員が多い状況が従業員とマネージャの取り組みによって全国の平均値まで改善した（資料2）。データに基づくこの取り組みがテレビやラジオ、新聞で取りあげられたことで、企業として健康づくりに取り組み姿勢は一層積極的になった。まさに、「健康経営」の実践である。さらに、同じ美容院の業界や、健康づくりのための資源がなく、取り組みが困難とされていた他の中小企業も注目し始めており、成功事例をステークホルダに周知・PRしていくことの重要性がうかがえた。

研究および教育を主な役割としてきた私たち大学も、今後は研究成果を踏まえた社会への情

報提供を、施策を進めるうえで重要なステークホルダを意識しながら実施していくことが必要と感じる。

E. 結論

研究フィールドおよび必要なデータを継続して確保し、運営する目的で、研究フィールドの整備および研究基盤の構築を行った。今後、継続的な研究協力を得るために、研究成果の丁寧なフィードバックや、予防施策推進の重要なステークホルダを意識した情報提供が重要であることが示唆された。

F. 研究発表

Soichi Koike, Yuji Furui:Long-term care-service use and increases in care-need level among home-based elderly people in a Japanese urban area.;Health

Policy,110:94-100,2013

古井祐司:医療費分析から考える実効性ある保健事業（後編）;国保ひょうご

No.604:MARCH2-5,2013

古井祐司:医療費分析から考える実効性ある保健事業（前編）;国保ひょうご

No.603:JANUARY4-7,2012

古井祐司:実効性ある第2期特定健康診査等実施計画の策定に向けて;埼玉の国保

No.251(8):2-5,2012

古井祐司:特定保健指導を高めるヒント;健保連
あいち 306号:2-4,2012

古井祐司:特定健診制度の第I期検証と第II期
計画策定に向けて;共済新報 51(7):1-7,2012

G. 知的所有権の出願・登録状況

該当なし

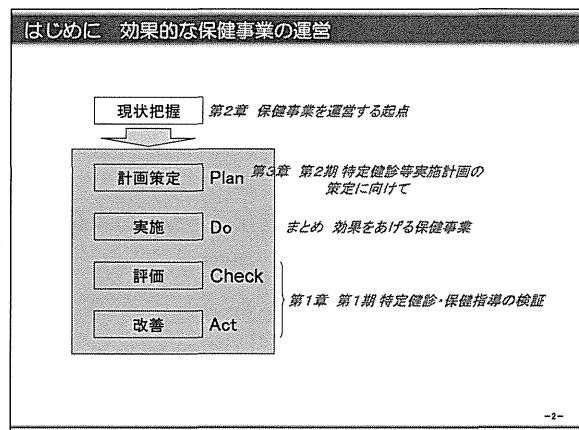
資料1:研修会資料

2012.8.29 埼玉県国保連合会 研修会資料

「第2期特定健康診査等実施計画策定に向けて」
～第1期評価および現状を踏まえて～

厚生労働科学研究費理賛成疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
H21-23「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」
H24-「集団特性に応じた効果的な保健事業のあり方に関する研究」
・調査および資料には上記成果を含みます

古井祐司 医学博士 yfuru-hc@sumit.ac.jp



目 次

- 第1章 第1期 特定健診・保健指導の検証
 - 1 特定健診
 - 2 特定保健指導
 - 3 メタボリック・シンドローム
- 第2章 保健事業を運営する起点(現状把握)
 - 1 レセプトデータに基づく現状把握
 - 2 健診データに基づく現状把握
- 第3章 第2期 特定健診等実施計画の策定に向けて
- まとめ 効果をあげる保健事業

第1期

第1章 特定健診・保健指導の検証

はじめに 効果的な保健事業の運営

```

graph TD
    A[現状把握] --> B[計画策定]
    B --> C[実施]
    C --> D[評価]
    D --> E[改善]
    
```

第2章 保健事業を運営する起点

第3章 第2期 特定健診等実施計画の策定に向けて

まとめ 効果をあげる保健事業

第1章 第1期 特定健診・保健指導の検証

-5-

1 特定健診

～被保険者の健康増進および予防の入り口～

(1) 特定健診の評価(Check)

■ 実施率

- 当該市町村のベース(市町村平均との比較)
- 当該市町村での推移(経年での比較)

□ 健診結果の活用

- 健康状況の認識
- 特定保健指導への参加



-7-

■ 実施率

- 当該市町村のベース(市町村平均との比較)
- 当該市町村での推移(経年での比較)

低い市町村

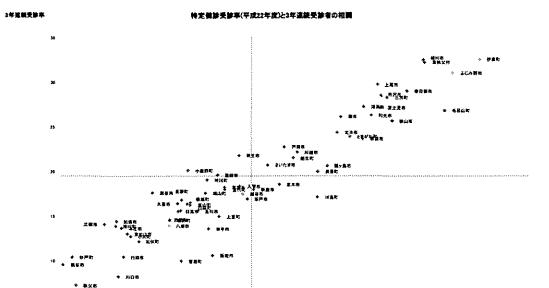
- ➡ ○○○ の構造を把握する
- ➡ ○○○○ や働きかけを検証する

平均以上の市町村

- ➡ 偏り(低実施率)のある層はないか
- ➡ 経年での上昇があったか

-8-

経年で受診しないことが低受診率を醸成する構造です



2年連続受診率 特定健診受診率(平成20年度)と3年連続受診者の割合

埼玉県内の特定健診の受診率と3か年の継続受診率

-9-

■ 実施率

- 当該市町村のベース(市町村平均との比較)
- 当該市町村での推移(経年での比較)

下降があった市町村

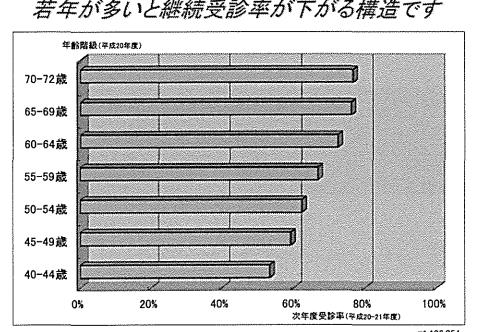
- ➡ ○○○○ を変えた影響が考えられるか
- ➡ ○○○○ が低いことが影響していないか
- * 若年層は50%台しか次年度受診しない

上昇があった市町村

- ➡ ○○○○ を変えた影響が考えられるか

-10-

若年が多いと継続受診率が下がる構造です



年齢階級(平成20年度)

70-72歳
65-69歳
60-64歳
55-59歳
50-54歳
45-49歳
40-44歳

0% 20% 40% 60% 80% 100%

次年度受診率(平成20-21年度)

n=1,136,054

埼玉県(市町村平均)の年齢階級別次年度受診率

-11-

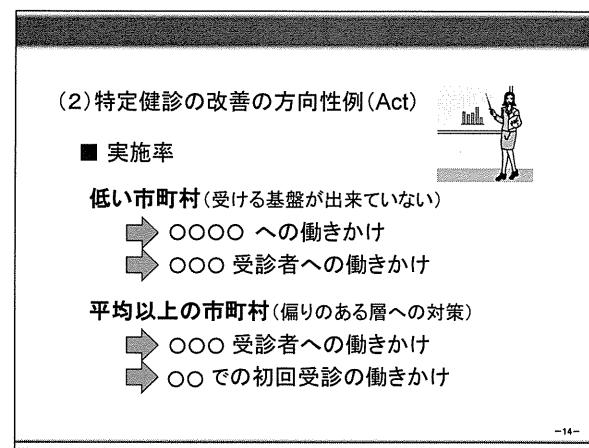
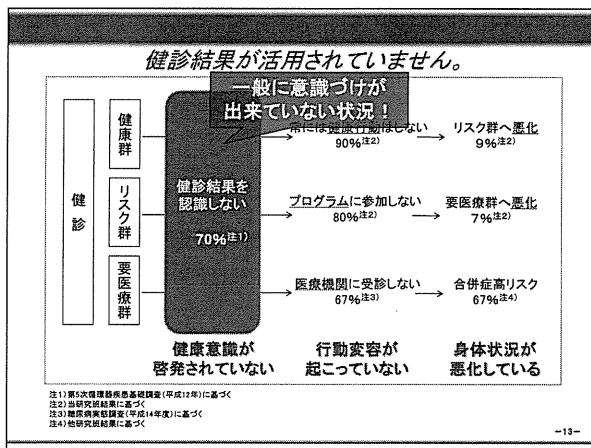
□ 健診結果の活用

- 健康状況の認識
- 特定保健指導への参加

全市町村

- ➡ 受診者の自己認識の状況を把握する
- ➡ 行動変容(プログラム参加)に影響する可能性を認識する

-12-



**第二期特定健康診査等実施計画期間に向けての
特定健診・保健指導の実施について
(とりまとめ)**

平成24年7月13日
保険者による健診・保健指導等に関する検討会

健診を受けたくなるような仕掛けの導入(インセンティブ)

N) 主体的な特定健診受診の促進

- 一層の健診の実施率向上のために、対象者に受診を義務付けるべきである、といった意見もあった。こうしたことを踏まえ、特定健診受診率を向上させるために、加入者が主体的に特定健診を受診することを促進する仕組みが考案されるかどうかについて、今後の検討課題とする。

健診結果を丁寧に返すことの徹底(情報提供)

③継続受診について

- 特定健診の受診率向上にあたっては、対象者が継続して特定健診を受診することも必要である。そのためには対象者が継続受診することについて必要性を感じることが重要であり、この観点からは、健診結果の通知と同時に経年的な受診の必要性を周知するなど、充実した情報提供を行うことが重要である。

④情報提供の充実等について

- 特定健診の受診者全体に対して行う情報提供については、特定健診受診者が自らの健康状態を把握し、生活習慣を改善又は維持していくことの利点を感じ、動機付けの契機となるよう、よりきめ細かな情報提供が保険者からなされることが必要。このため保険者等における好事例を調査し、その知見を他の保険者において共有できるようにするとともに、その考え方について、手引きの見直しを行い、周知に努める。

不定期受診者が継続して受診をすれば…

単年度の受診率(実測値) 32.2%

3年間での受診率(実測値) ○○ %

5年間での受診率(予測値) ○○ %

-17-

2 特定保健指導
~実効性をあげる視点が大切~

(1) 特定保健指導の評価(Check)

- 実施率
 - 当該市町村のベース(市町村平均との比較)
 - 当該市町村での推移(経年での比較)
- 改善率
 - 当該市町村のベース(市町村平均との比較)
 - 当該市町村での推移(経年での比較)

■ 実施率

- 当該市町村のベース(市町村平均との比較)
- 当該市町村での推移(経年での比較)

低い市町村

- ➡ ○○○○ を検証する
- ➡ ○○○○ に基づく「情報提供」を検証する

平均以上の市町村

- ➡ 偏り(低実施率)のある層はないか
- ➡ 経年での上昇があったか

-19-

-20-

■ 実施率

- 当該市町村のベース(市町村平均との比較)
- 当該市町村での推移(経年での比較)

下降/上昇があった市町村

- ➡ ○○○○ を変えた影響が考えられるか

□ 改善率

- 当該市町村のベース(市町村平均との比較)
- 当該市町村での推移(経年での比較)

改善率が低い/高い市町村

- ➡ ○○○ の状況を確認する
- ➡ 参加者の ○○○○ に偏りがあるか

改善率が下降/上昇した市町村

- ➡ ○○○○○ を変えた影響が考えられるか

-21-

-22-

年齢階級別のメタボ該当から非該当への改善効果

A 国民健康保険(n=5,553)

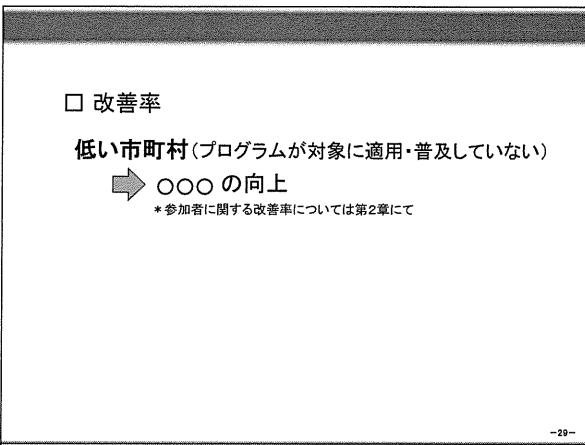
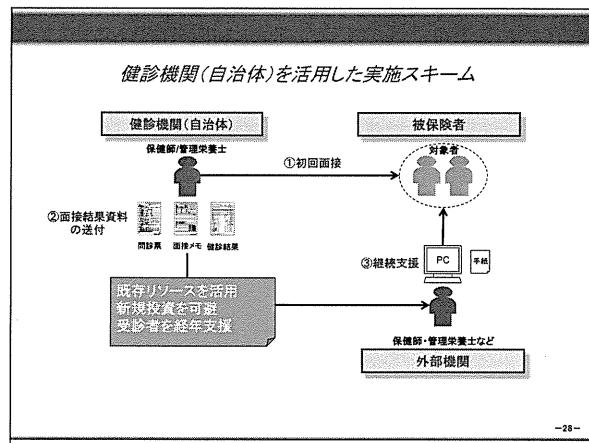
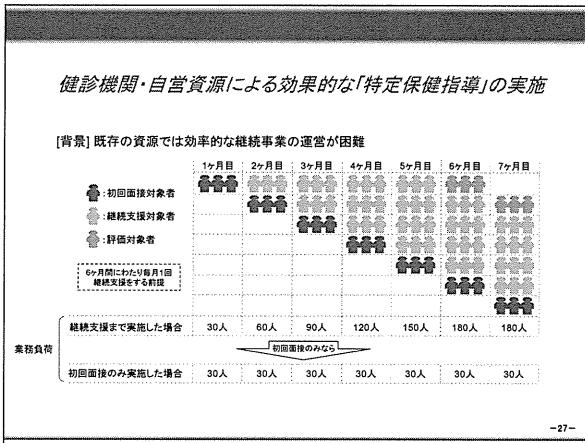
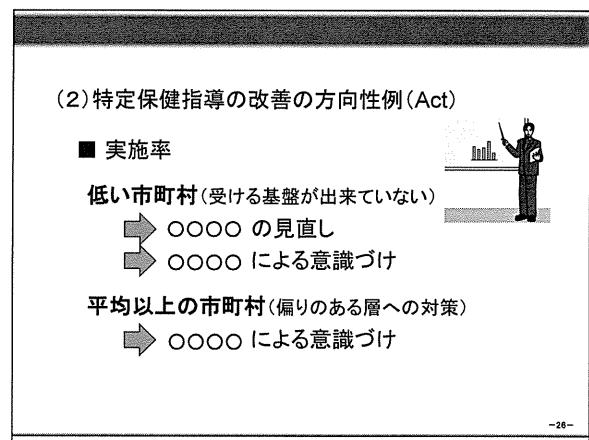
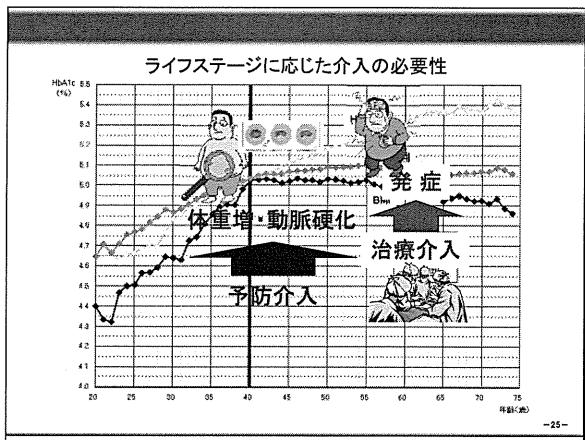
リスク改善は？ 肥満改善は？

加齢に伴う関連指標の推移

図 加齢に伴うHbA1cとBMI、腰囲の推移(男性)
男性では40代、50代になると、腰囲、BMIと冠動脈疾患リスクとの間に差違が生じています。

-23-

-24-



3 メタボリック・シンドローム
～アウトカム～

(1) メタボ状況の評価(Check)

■ メタボ率

- 当該市町村のベース(市町村平均との比較)
- 当該市町村での推移(経年での比較)



-31-

■ メタボ率

- 当該市町村のベース(市町村平均との比較)
- 当該市町村での推移(経年での比較)

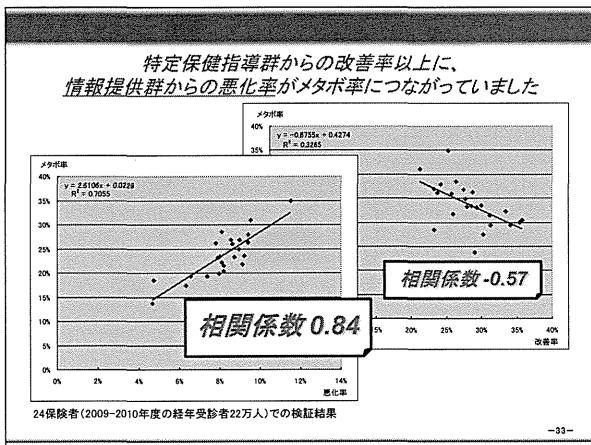
高い市町村

→ ○○○○ 群からの悪化が多い状況であることを認識する

増加・変化がない市町村

→ ○○○○ の普及状況は
→ 経年での増加があったか

-32-



(2) メタボ状況の改善の方向性例(Act)

■ メタボ率

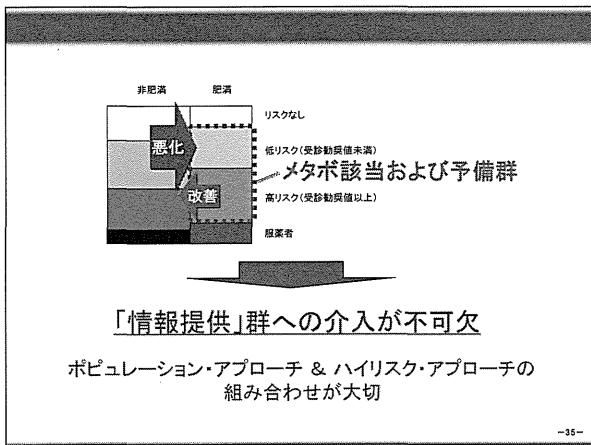
高い市町村(健康維持の基盤が出来ていない)

→ 事業の ○○○○ の見直し
→ ○○○○ による意識づけ

増加・変化がない市町村(リスク改善が弱い)

→ ○○○○ による意識づけ
→ 事業の ○○ (特定保健指導実施率など)

-34-

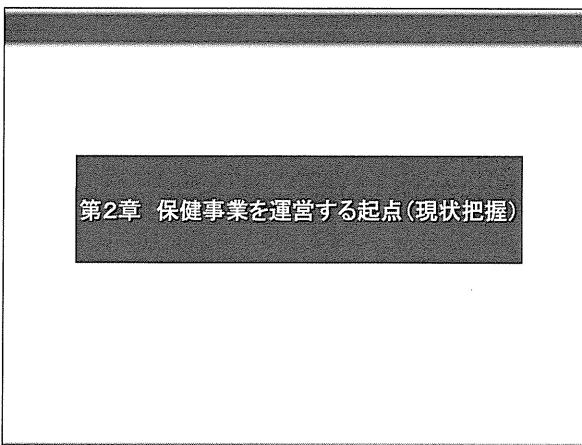
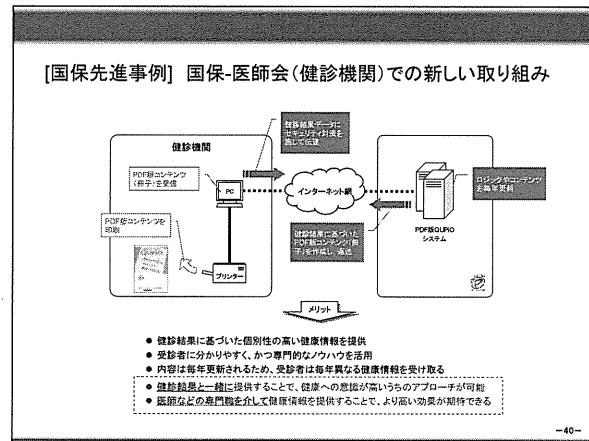
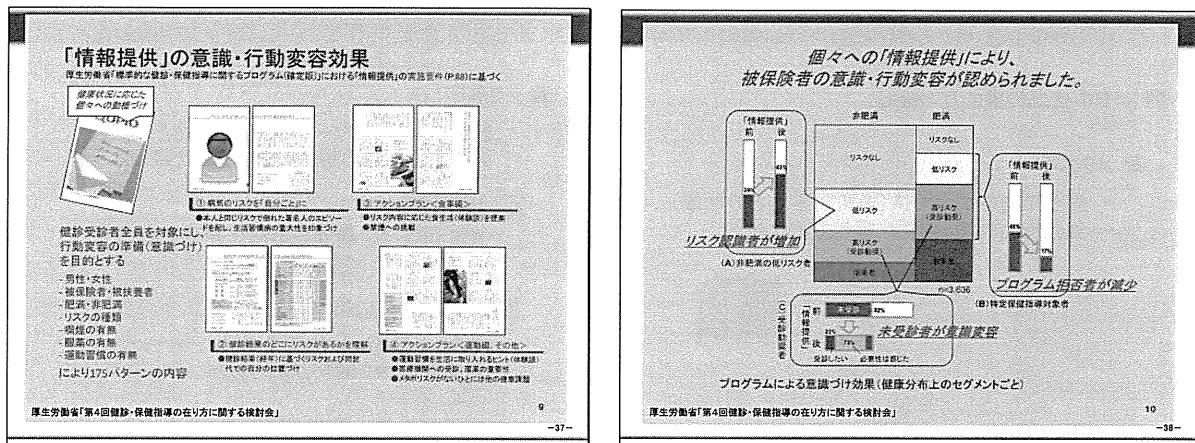


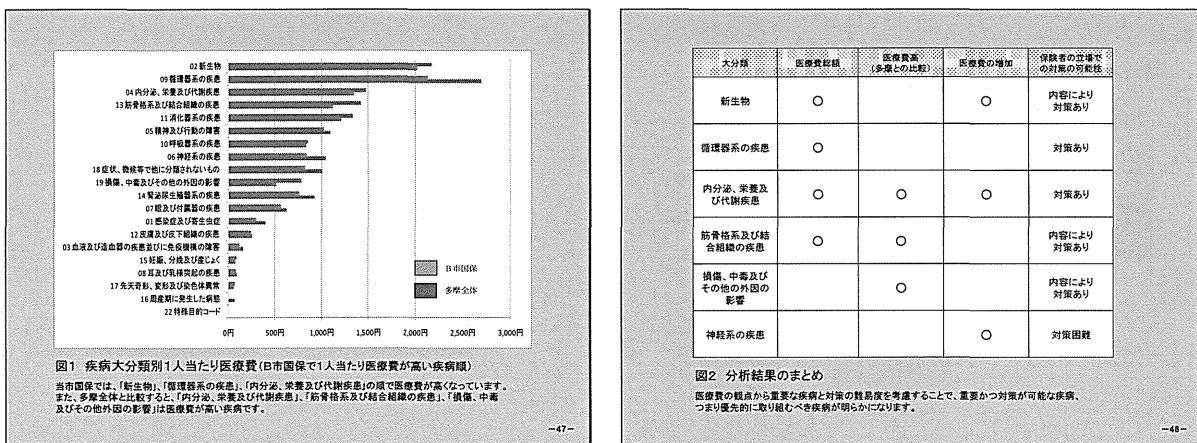
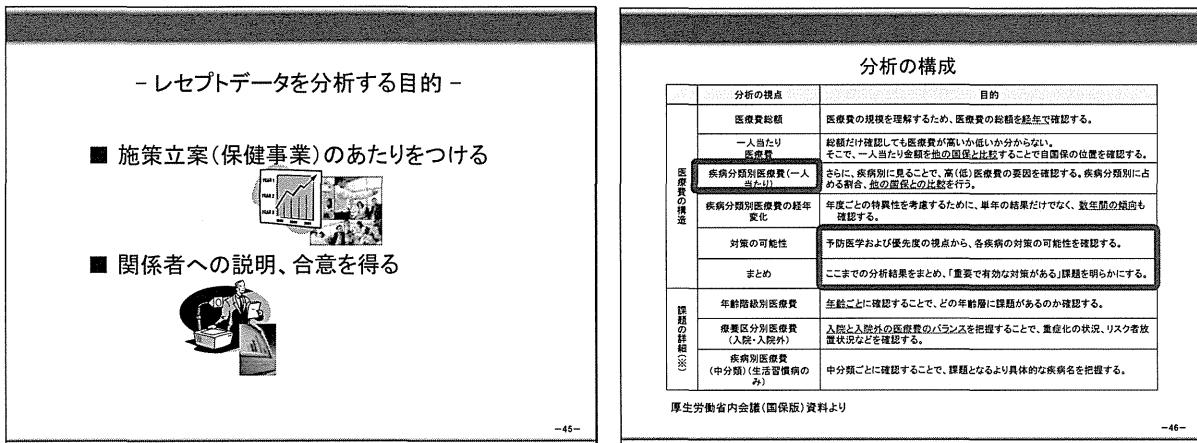
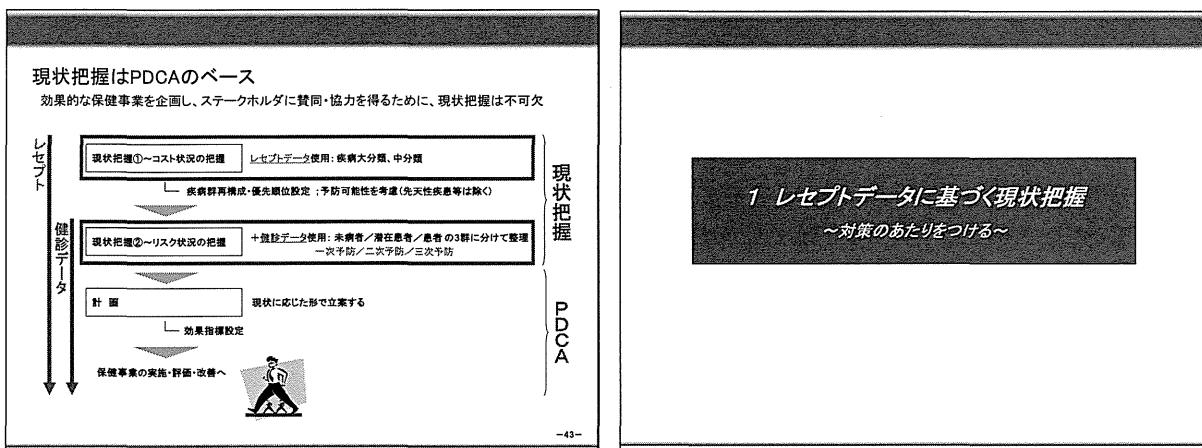
厚生労働省 今後の特定健診・保健指導の在り方について
(健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ)

(3) 情報提供の在り方について

- 健診受診者に対する、いわゆる「情報提供」の実施方法や支援内容については、現在も標準プログラムで考え方方が示されているものの、受診者によっては個別的な健診結果の提供のみに終わっているものもあるとの指摘も踏まえ、標準プログラムにおいて情報提供の重要性を強調するとともに、医療保険者等に具体的な取組みの例を示す。
- すなはち、情報提供については、対象者に対して健診結果に基づいた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確実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ことを再認識させると共に、これらを誠たず内容であるべきことを示す。

-36-





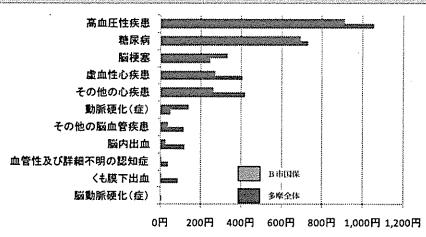


図3 生活習慣病関連疾病の1人当たり医療費

白市国保では、「高血圧性疾患」、「糖尿病」、「脳梗塞」の順で医療費が高くなっています。また、多摩全体と比較すると、「脳梗塞」、「動脈硬化(症)」は医療費が高い疾病です。

-49-

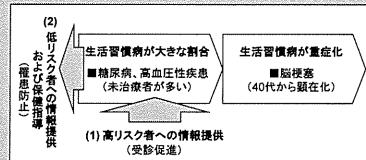


図4 B市国保における医療費の構造と対策の柱

医療費の構造を踏まえ、(1)高血糖、高血圧など高リスク者の受診を促し重症化への経路を断ち切ること、(2)生活習慣病予備群に意識づけをし罹患を防ぐこと、が市国保の対策の柱となります。

-50-

2 健診データに基づく現状把握 ～集団特性に応じた保健事業の組み立て～

現状および背景に応じた対策へ

集団特性の把握

- どのような〇〇〇が醸成されているか
 - 〇〇〇を高めている背景は何か

背景に応じた対策

- ○○○○○○○○○ からのアプローチ
 - ○○○○○ からのアプローチ

-52-

特定健診データに基づく集団特性の可視化

BMI、腰囲のどちらかが基準以上	
非肥満	肥満
リスクなし	被保険者の健康状況を - 内臓脂肪症・腹囲・BMIで代替)
低リスク (受診勧奨基準未満)	- 血圧・脂質・血糖 といった心血管疾患リスクの視点から捉え、 集団の特性を把握します。
高リスク (受診勧奨基準以上)	他自治体との相互比較で、特性が一層明確に。

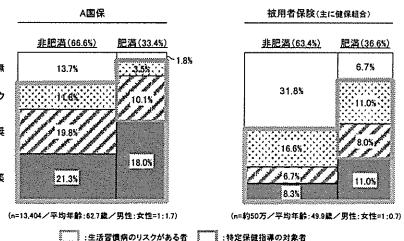
項目名	低リスク (特定保健指導対象)	高リスク (医療點検対象)	単位
血圧(収縮期)	130 ~ 139	140 以上	mm Hg
血圧(拡張期)	85 ~ 89	90 以上	mm Hg
中性脂肪	150 ~ 299	300 以上	mg / dL
HDLコレステロール	35 ~ 39	34 以下	mg / dL
空腹時血糖	100 ~ 125	126 以上	mg / dL
HbA1c	5.2 ~ 6.0	6.1 以上	%

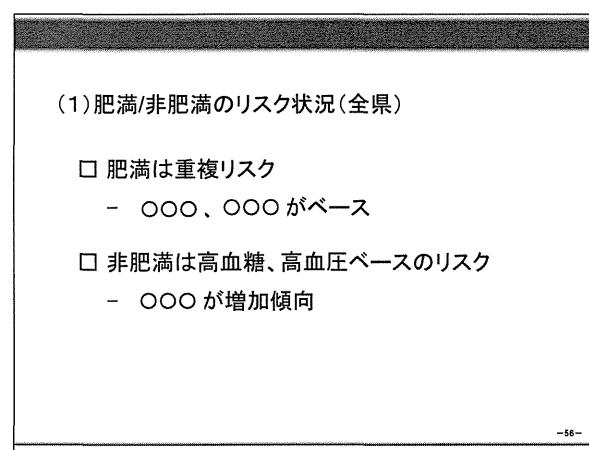
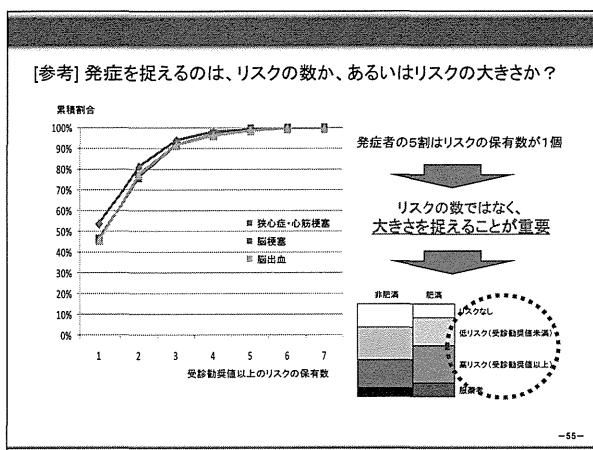
厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」に基づき作成

59

国保の特性(健康分布)

- ・ 国保は特定保健指導の対象者は相対的に少ないものの、生活習慣病のリスクを持つ被保険者の割合は高くなっています。
 - ・ したがって、国保においては健診受診者全員のリスク状況の把握および特性に応じた働きかけが重要になります。

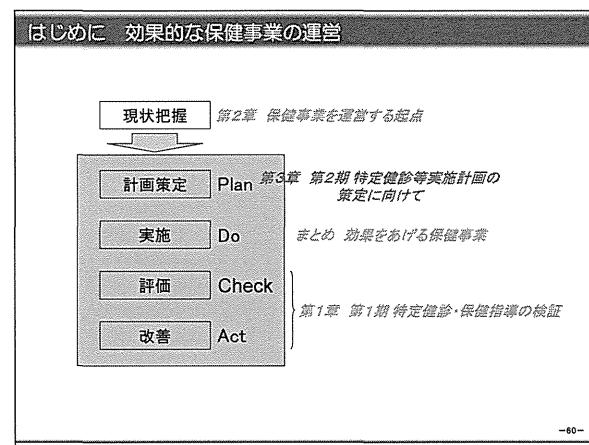




- (2) 脂質・血圧・血糖別のリスクの大きさ(全県)
- 高血圧
 - ○○○○ (特に肥満); 二次予防
 - ○○○ (特に肥満); 三次予防
 - 高血糖
 - ○○○○○○ 域; 一次予防
 - ○○○ (特に肥満); 三次予防
- 57-

- 健診データに基づき…
- ボリュームゾーンを確認(資源配分を考える)
 - リスク層ごとの像を確認(事業イメージを考える)
 - 対象を抽出して実施する(モニタリングを含む)
- 58-

第2期
第3章 特定健診等実施計画の策定に向けて



どのような特定健診等実施計画でしたか？

- 進めにくいくことはありましたか？
 - 不明(記載がない)
 - 目標・対象・方法・内容の要改善
- 実運営と乖離しているところは？
 - 目標値
 - 運営



-61-

前回策定時と異なるポイント

○○○国民健康保険 特定健診等実施計画

序章 計画策定における現状把握、課題整理

第1章 進捗状況と問題点

第2章 特定健診診査

第3章 特定健診診査・特定保健指導の実施方法

第4章 個人情報を保護

第5章 特定健診診査等実施計画の公表・周知

第6章 特定健診診査等実施計画の評価及び見直し

第7章 その他

-62-

現状把握(重点施策の検討材料)

- 医療費の構造を把握する → あたりをつける
 - 優先度の高い対象疾患(レセプトデータ)
 - 保険者として可能な対策
- 被保険者の状況を把握する → 具体的施策へ
 - 被保険者の健康状況(特定健診データ)
 - 経年推移
- 従来事業および資源を整理する → 事業の整合

-63-

事業評価(改善策の検討材料)

- 特定健診の実施率の構造・背景を整理する
 - 未受診の構造
 - 運営
 - 健診後フォロー
- 特定保健指導の実施方法・効果を整理する
 - 運営
 - 効果
- メタボ該当者および予備群の推移を整理する

-64-

特定健診・保健指導の流れ

```

    graph TD
      A[計画作成] --> B[健診]
      B --> C[保健指導]
      C --> D[評価]
      
      C --> E[情報提供]
      C --> F[専門機による特定保健指導]
      
      E --> G[評価]
      F --> G
      
      G --> H[国による評価]
      H --> I[後期高齢者医療支援金の加算・減算]
  
```

メタボ該当者・予備群を減らす(健診・保健指導を実施する)計画策定

40歳～74歳の被保険者が対象

階層化基準によって3階層に分類

情報提供のみ該当者 / 動きづけ支援対象者(メタボ予備群) / 積極的支援対象者(メタボ該当者)

(1)情報提供(健診受診者全員が対象)

(2)専門機による特定保健指導(メタボが対象)

国による評価、後期高齢者医療支援金の加算・減算

-65-

まとめ 効果をあげる保健事業のポイント

効果を最大化する保健事業の組み立て

1 対象の考え方
保健事業は被保険者全員が対象です。

本研究では2万人の被保険者を分析した結果、情報提供時の被保険者が悪化する割合が低い被保険者ほど、メタボック・シンドロームが多い傾向がありました。情報提供評への被保険者があつて初めて、特定健診指導の効果が生まれます。

2 介入の考え方
病気のリスクなど個々の特性に応じた内容および方法が効果的です。

本研究ではリスクのグレードごとに介入実績検証とともに、JR東日本、日本媒体、専門媒体とともに、個々の特性に応じた内容や方法での動きだけが、意識・行動変容を促し、健康状況の改善につながっていました。

3 保健事業の構成

(1) できるだけ早い段階で機会を提供します。受診者は、来院・連絡して受けれる必要性を感じられるように伝えます。
(2) 自分のことを意識させる
被診を受いたあとに、何よりも健診や生活習慣改善の必要性などを枕元提示します。
個別的ないくつかの仕組みは自算・行動変容を促します。

(3) 喫煙にかかることを防ぐ
生活習慣が元になるメタボリック・シンдромは改善できます。ただ、高血圧や高血糖といったリスクが出来た初期ほど、改善効率が高いことがわかつきました。(特定健診指標に「リスク切替のひき」)が受けやすいよう工夫をしましょう。

(4) 直大な効果で効率的なことを防ぐ
被診を受けたあとに、何よりも健診や生活習慣改善の必要性などを枕元提示します。専門媒体や専門媒体などの中盤媒体も設置するなど行動変化が進む。最も効果にくわちます。高リスクに対しては、「被保険者・医療機関・行政機関・社会の力」の力添を基本に、シントローではない高齢者などには現地的・現地的・現地的支援が大切です。

4 わかりに
当院併設にて合った保健事業を組み立てるために、そして開業者の質問・協力を得るために、被保険者の現状を可視化することが大切です。

被保険者のリスクを可視化し、自治体・議員・議論会など関係者相互で共有することで、ステークホルダとの協同につながります。

保険者機能を活用することで実効性が高まります。

2008年の特定健診制度の導入により、被保険者はセカンドだけでなく、健診データを含む健康情報の管理とその活用(保健事業)の実践主体となりました。このような背景から、保険者機能を地域における健康増進のインフラとして活用し、地域における“健康経営”と住民(被保険者)の“健康管理”を実現する事業スキームを構築していく。

— 地域・職域における“健康経営”的実施スキーム —

平成23年度 厚生労働省地方・職域連携推進事業関係者会議一部改訂
-67-

[参考] 肥満・非肥満およびリスク有無別の改善効果

継続支援プログラムによるリスク改善の比較

介入プログラム	A (肥満)	B (非肥満)	C (非肥満)
介入	n=591	n=235	n=620
非肥満のリスク者への介入プログラムは今後の課題			
下段の健康分布上、Aは肥満のリスク者、Bは肥満のリスク者、Cは非肥満のリスク者を示す			

-69-

説明文

初期における目標達成が介入効果を高める
初期目標：肥満・非肥満・低リスク・高リスク

初期目標達成が介入効果を高める
初期目標達成に寄与した

効果に直結する行動計画が明らかになった
行動計画：運動・食事・睡眠・休息

説明文

初期における目標達成が介入効果を高める
初期目標：肥満・非肥満・低リスク・高リスク

初期目標達成が介入効果を高める
初期目標達成に寄与した

効果に直結する行動計画が明らかになった
行動計画：運動・食事・睡眠・休息

-70-

- 健診機関
- PC
- インターネット網
- ロジックコンピュータ
- データベース

健診結果に基づいた個別性の高い健診情報を提供
受診者に分かりやすく、かつ専門的なノウハウを活用
内容は毎年更新されるため、受診者は毎年異なる健診情報を受け取る
健診結果と一緒に提供することで、健診への意識が高まるのがアプローチが可能
医師などの専門職をしてして財産情報を提供することで、より高い効果が期待できる

図1 地域医師会と連携した健診結果のフィードバックスキーム

-71-

資料2:集団特性の可視化に伴う「健康経営」事例

若干層でも血糖値が高い中小企業(美容院)

平均年齢26歳の従業員
血糖値は50歳のレベル
清涼飲料水の日頃からの摂取や深夜の夕食・朝食欠食が血糖をあげる土壤に!
1年後訪問すると...

◆血糖値が軽減!
◆店内はお茶、水、体に優しいコーヒー
- 昼食のお弁当にも、「今日もアンパンなの...?」
- 歩き始めたメンバーは、「せっかくお茶に替えたし...」

背景がわかることで、
健康経営が従業員にも波及!

-72-

従業員の血糖値の変化

空腹時血糖(mg/dl)

		当美容院		全国	
		23年度	24年度	20代	50代
男性	98	88	89	95	
	94	88	87	96	

全国の50代と同程度の血糖値でした！

1年で20代の平均まで下がりました。

* 全国は平成22年度国民健康栄養調査に基づく

厚生労働科学研究補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
分担研究報告書

「被保険者個々の特性に応じた介入手法の検討および実施・評価～
インセンティブ付与による健康づくりのモチベーション向上」

研究分担者 満武巨裕 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協
会医療経済研究機構主席研究員/副部長

(研究分担者 古井祐司、研究協力者 井口雅子)

研究要旨

インセンティブ付与の仕組みを構築する考え方および具体像を整理したうえで、健康づくりのモチベーション向上の可能性を探ることを目的とした。評価指標としては、健康づくりに取り組んでいる状況だけでなく、健康状態を維持している（生活習慣病リスクが低い）ことも評価する体系となり、集団全体の健康管理および罹患防止の観点から意義は大きい。2年度には1年度に構築した仕組みのもと、インセンティブ付与による健康づくりのモチベーション向上の可能性を検証するが、次の2点を考慮することとする。健康リテラシーの状況とインセンティブ付与の関連、健康づくりに活用できる情報・資源（プログラム・ツール）の整備および周知状況。また、米国保険者の事例調査から、インセンティブの付与と組み合わせる有効な健康プログラムとインセンティブを提供する主体のあり方の重要性が示唆されたことから、これらに関しても2年度に検討を加える。

A. 研究目的

被保険者の健康づくりを促すために
は、個人の特性に応じた動機付けが重要
であることは、前調査研究でも明らかに
なったところである。

一方で、健康行動の継続は自覚症状の
ない層にとっては容易ではなく、施策的
な仕組みの必要性が考えられる。

本研究では、インセンティブ付与の仕
組みを構築する考え方および具体像を整
理したうえで、健康づくりのモチベーシ
ョン向上の可能性を探ることを目的とし
た。

B. 研究方法

(1) 対象

本研究の目的を2年度内で円滑に遂行
するために、健康増進を目的として、
個々の被保険者とコミュニケーションを
図る手段を有しており、かつインセンテ
ィブの付与を検討している保険者の中
で、協力を得られた1共済組合（以下、
本保険者）を研究フィールドとして選定
した。

(2) 方法

はじめに、被保険者の健康づくりの視
点から従来の保健事業における課題を整
理した。そのうえで、インセンティブ付
与の狙いと期待する効果を検討した。