

2013/50/5B

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

特定健診保健指導における地域診断と保健指導実施効果の包括的な  
評価および今後の適切な制度運営に向けた課題克服に関する研究

平成23年度～25年度 総合研究報告書

三年間の抜粋版

研究代表者 今井 博久

平成 26 (2014) 年 3 月

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

特定健診保健指導における地域診断と保健指導実施効果の包括的な  
評価および今後の適切な制度運営に向けた課題克服に関する研究

平成23年度～25年度 総合研究報告書

三年間の抜粋版

研究代表者 今井 博久

平成 26 (2014) 年 3 月

# 目 次

## I. 総括研究報告

概論：地域診断の方法論、施策の効果評価、制度の適切な運営等に関する研究 今井 博久	1
--	---

## II. 制度運営における諸課題の総括 5

- 1) 要望書のまとめ
- 2) 使用した資料

## III. 分担研究報告

(1) 特定健診保健指導の大規模データベースを使用した介入効果の研究 今井 博久・中尾 裕之・石川 善樹・齋藤 聡弥	31
(2) 全国規模データによる特定健診受診者の経年変化についての検討 中尾 裕之・今井 博久	41
(3) 医療機関へ受診勧奨の全国調査 今井 博久・中尾 裕之	57
(4) 健診所見と医療費の長期縦断解析と健康日本21の循環器疾患分野の評価ツール 岡村 智教	63
(5) 職域保健・健保の長期データ活用による生活習慣病発症、医療費に関する研究 津下 一代・玉腰 暁子・畑中 陽子	75
(6) 保健指導の評価方法論に関する国内文献調査 緒方 裕光	83
(7) 特定保健指導の効果の評価に関する国内文献の動向－2008年～2012年－ 成木 弘子	89

## IV. 研究成果の刊行に関する一覧表 95

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)  
特定健診保健指導における地域診断と保健指導実施効果の包括的な評価および  
今後の適切な制度運営に向けた課題克服に関する研究

平成23-25年度総合研究報告書  
(抜粋版)

地域診断の方法論、施策の効果評価、制度の適切な運営等に関する研究

研究代表者 今井 博久 国立保健医療科学院 統括研究官

**概論：**世界で初めて政府が主導する生活習慣病の予防施策が開始され第一期（5年間）が経過した。メタボリック症候群に焦点を当てたスクリーニングおよびこの疾病の該当者に対する6ヶ月間の食事と運動を中心とした保健指導を行う内容である。施策開始時には本制度に関するエビデンスはほとんどなかったが、第一期間にデータが集積され様々な観点から解析を実施され、主に地域診断の方法論、施策の効果評価、制度の適切な運営等に関する有用な知見が得られた。本研究班は、特定健診保健指導制度に関する研究の総括班として有用な知見をまとめて提示し、とりわけマクロ的およびミクロ的な視点から保健指導の効果、医療費への影響、効率的な制度運営方法、また地域診断の方法論などを明らかにした。今後の制度の進め方を検討する上で有用であり、その意義は非常に大きい。この総合報告書では抜粋版としてこれまでの研究成果で最も有用と思われる研究成果を再掲することとする。

主なものとして、

(1) 特定健診保健指導を軸に生活習慣病対策における地域診断の適切な方法および介入の評価に関する理論的分析：厚生労働省の「地域診断及び保健事業の評価に関する検討会」で議論されてきた内容およびその検討会に引き続いて本研究班内で分析されてきた内容を整理し論理性と理念性を中心にまとめた。基本方針は「保険者および都道府県等の保険者協議会および地域・職域連携推進協議会等において保健事業の企画・運営・評価に携わる者のための、今後の生活習慣病対策推進と見直しを行うための手引きとなることを目指した内容に最終的には落とし込んだ。

(2) 全国の市町村を対象に設定し保健指導の効果を解析した。北海道から九州に至る地域の特定健診受診者のデータを使用した。市区町村の国保加入者で特定健診の受診者355,374人のデータを基に、2009年度の積極的支援の該当者を分析対象者とし、積極的支援の利用の有無により、身体計測数値および検査数値に改善がみられるか検証を行った。分析には、傾向スコアによる重み付け推定法を用いた。2009年に積極的支援の対象となった4,052人のうち、特定保健指導を受けた者は924人、特定保健指導を受けな

った者は3,128人であった。傾向スコアで調整した結果、積極的支援を利用した群は、利用しなかった群に比べて、体重は $-0.88$  kg ( $p<0.001$ )、BMIは $-0.33$  kg/m<sup>2</sup> ( $p<0.001$ )、腹囲は $-0.71$  cm ( $p<0.001$ )、ヘモグロビンA1cは $-0.04$  % ( $p<0.001$ )、中性脂肪は $-11.30$  mg/dl ( $p<0.001$ )、HDLコレステロールは $+1.01$  mg/dl ( $p<0.001$ )と、統計学的に有意な改善がみられた。すなわち、傾向スコア法という厳密な手法によって検証した結果、明らかに施策介入効果があることが示された。

(3) 制度運営の方法論に関する検討を行った。保健指導と医療から抜け落ちる患者を減らす方策(受診勧奨の実態と対策)を検討した。特定健診を受診し検診項目で受診勧奨値以上であった対象者は医療機関への受診を勧められることに制度上はなっており、生活習慣病対策における予防から医療への切れ目のない体制が名目上は取られている。しかし、実際は特定保健指導も受けず医療機関の診療も受けない対象者が多いと懸念されている。そこで、市町村の地域における受診勧奨の実態を明らかにする調査を実施した。対象は、宮城県、千葉県、広島県、高知県の市町村で合計228市町村、調査票の記入者は市町村で実際に保健指導をしている保健師とした。「受診勧奨を行った後、該当者の受診について必ず確認をしているか」の質問では、6割近くが確認しておらず連携システムが未整備であった。従って、特定保健指導も受けず医療機関からの診療も受けない対象者が多いことが示唆された。今後の第二期および第三期に向けて改善すべき課題が明らかにされた。

(4) マクロ的およびミクロ的な観点から特定保健指導の効果の定量的な評価：①職域保健：特定保健指導(積極的支援)が2年後の服薬率に及ぼす効果を健保等のデータベースを活用して分析した。積極的支援の2年後まで追跡できた症例について、2年後までの階層化判定、服薬(降圧剤、脂質代謝改善薬、血糖降下薬)状況を積極的支援参加の有無別に比較した。10,934人を解析対象とし、2年後の検査値、階層化判定、服薬率を分析した。2年後に支援レベルが改善していたのは33.2%であった。2年間で1回以上の積極的支援実施の有無により比較すると、実施群では2年後の服薬率が有意に低かった。さらに健保の長期データ活用による生活習慣病発症、医療費に関して分析を行った。ある健保において20歳代のBMIとその後の体重増加が40歳代の高血圧、糖尿病発症ならびに医療費に及ぼす影響について検討した。1989年時点で20歳代の男性10,125人を対象とした。その結果、20歳代から40歳代にかけて20年間で平均7kgの体重増加を認めた。40歳代の総医療費は、20歳代のBMIが高いほど高額であり、20歳代でBMI22.3以上かつ40歳代で25.0以上の男性では、両年とも低い群と比べて高血圧と糖尿病の有病率は4.2倍、9.5倍であった。以上のことから、20歳代のBMIは40歳代の高血圧や糖尿病の有病率や医療費に大きく影響することがわかった。また、その後の体重の増加がこのリスクをさらに増大させる結果が明らかとなった。職域においては、40歳代において肥満と判定された者だけを保健指導対象とするのではなく、20歳代でBMI22.3以上の男性に対して40歳代までに肥満にさせないための働きかけが必要であることが示唆された。

(5) 地域保険：内臓症候群および非肥満リスク保有者の国保医療費に対する影響に

ついて分析した。大規模な観察研究で内臓脂肪症候群および非肥満リスク保有者の国保医療費に対する影響を検討した。ある県在住の40~74歳の男女約4万5千人の基本健診データと健診受診後3~5年の国保医療費を突合したデータセットを使用し、対象者を肥満の有無と危険因子の数で3区分(0、1、2個以上)し、年間総医療費との関連を図1に示した。肥満の有無にかかわらず危険因子の数が増えると医療費が高いことが示された。表1は図1のそれぞれの群がどれだけ集団全体の医療費を増加させているか推計した結果である(ここでは男性のみ提示)。「肥満なし+危険因子数0」の医療費、すなわち表の網掛けの部分(A)が、特定保健指導で目標とすべき理想的な医療費となる。例えば積極支援レベルに相当する「肥満あり+危険因子数2以上」の平均医療費(B)は、理想医療費(A)よりも一人あたり86414円多く(B-A)、これは積極支援レベルの受診者の過剰医療費と考えられる。次にこの人数は2532人いるので、保険者全体で、積極支援レベルで増えた医療費は、86414円(B-A)×2532人で、約2億2千万円となる。これを集団全体に占める過剰医療費(C)とした時、(C)の全医療費に占める割合(%)を過剰医療費割合として示すことができる。表1に示すように保険者全体で、積極支援レベルで増えた医療費は4.2%であり、動機づけ支援レベル(肥満あり+危険因子数1)で増えた医療費は0.9%であった。一方、肥満なし+危険因子1の過剰医療費割合は4.8%、これは肥満なし+危険因子2以上では13.7%に達した。肥満なしの過剰医療費割合が大きいのは、一人あたりの単価がほぼ同等であるのに、この集団では非肥満者の方が肥満者よりも頻度が高いからである。

(6) 評価方法および効果に関する文献レビュー:保健指導の評価方法の確立を最終目標におき、その一端として、生活習慣病対策のための保健指導の評価に関する既存の科学的情報についてシステマティックレビューに基づき整理を行った。国内文献レビューでは「積極的支援と消極的支援の効果の比較」「対照群と介入群の効果の比較」などに分類したが、効果の評価に関する報告はまだ十分とは言えず今後が期待された。

## Ⅱ. 制度運営における諸課題の総括

厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室提出資料

- |    |         |     |    |
|----|---------|-----|----|
| 1) | 要望書のまとめ | ・・・ | 7  |
| 2) | 使用した資料集 | ・・・ | 17 |

① がん検診との一体化

② 検査項目・基準値・効果同定

③ 対象者の選定方法

④ 保健指導の実施方法・体制

⑤ 電子データ関係

⑥ 補助金・加算／減算

⑦ 普及啓発活動

※健康保険組合連合会→健保連

※全国国民健康保険組合協会→全民

※日本公衆衛生学会→日公

※全国健康保険協会→全健保

※日本看護協会→日看

※全国保健師長会→全保



### ① がん検診との一体化

#### I. がん検診との一体化【日公】

- ・ 特定健診は、保険者によって決められた場所でなければ受診できず、がん検診は自治体での受診となっており、受診形態が不便かつ煩雑であるため、両者共に受診率低迷の一因と考えられる。

#### II. 高齢者医療政策【検討会】

- ・ 新たな高齢者医療制度への移行期間は、現時点では「最短で平成 26 年 3 月」とされている一方、第 2 期の医療費適正化計画の始期は平成 25 年 4 月となっており、75 歳以上の者への実施義務付けと、医療費適正化計画の第 2 期との関係はどのような整理となるのか。

#### III. 特定健康診査

##### ○ 労働安全衛生法における定期健診（事業主健診）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、事業主へ周知が必要である。【全健保】
- ・ 労働安全衛生法に基づく事業主健診と、特定健診の健診項目が異なることから、事業主に健診項目の追加依頼が必要となっている。労安法に基づく事業主健診の健診項目を、特定健診の項目を満たすように改められないか。【検討会】
- ・ 労働安全衛生法上の健診後の保健指導の実施結果を、事業主から保険者へ円滑に提供されるようにし、これを以って医療保険者の特定保健指導の実施結果とするようにできないか。【検討会】

## ② 基準値・検査項目・効果同定

### I. 腹囲に関するエビデンス

- ・腹囲など特定健診の判断基準、基準値について、より厳密なエビデンスを示すべきである。【健保連】
- ・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科学的エビデンスや現場での実行性を考慮して、再検討する。【日公】

### II. 項目について

- ・ 検診項目の追加変更等を含めて、特定健診のあり方を検討すべき。【検討会】
- ・ 現行の集合契約では、保険者ごとに健診項目を増やす（婦人科健診を含める等）ことができない。保険者ごとに健診項目の内容を柔軟に変えることができるような仕組みを整えてほしい。【検討会】 特定健診指定項目以外の項目追加が可能なような仕組みを。
- ・ 特定健診の検査項目及び基準値の変更については、健診結果の時系列比較やシステム改修、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、24年度末までは、変更は避けるべきである。【健保連】

### III. メタボリックシンドロームに着目した制度の目的、効果の精査【全民】

- ・ 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）。
- ・ 従来の成人病予防健診、生活習慣病予防健診、人間ドックなどとの棲み分けの明確化。

### ③ 対象者の選定方法

#### I. 保健指導対象者の選定及び階層化の見直し【全民】

- 特定保健指導実施対象者の整理
  - ・ 保健指導の開始前までに服薬治療を開始した者や、保健指導開始後に服薬治療を開始し、保健指導を中断したものは、特定保健指導の実施率の算定基礎となる分母の人数から除外するなどの措置ができないか。【検討会】
  - ・ 複数年にわたり、保健指導の対象となった者については、画一的なプログラムでは実施率の低下を招くため、弾力的な運用を行い、実施率の算定基礎となる分母の人数から除外すること。【検討会】

## ④ 保健指導の実施方法・体制

### I. 実施方法の見直し

- ・ 一律 180 ポイント以上としていること【全健保】
- ・ 電話やメールなどのポイント評価【全健保】
- ・ 評価指標としての腹囲の取り扱い【全健保】
- ・ 記録表の提出を必須としていること【全健保】
- ・ 遠隔地に住む被保険者等へは、面談を要件とせず、電話等による支援も可能とするなど弾力的な運用を望む。【検討会】
- ・ 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、保健指導の実施体制を構築する。【日公】
- ・ 特定健診受診率が低く、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。【全健保】

### II. 具体的な実施方法

- 初回面接
  - ・ 特定健診受診時に同時に実施することを可能とすること。【検討会】
  - ・ 被保険者の初回面接は、職場で実施することができるような体制作りを検討していただきたい。【検討会】

### III. 受診推奨方法

- 受診推奨の有無の記載
  - ・ 健診受診者に、医師が医療機関への受診推奨を行った場合には、診断欄に付記することとなっているが、診断欄の記述を目視により確認することで受診推奨の有無を判断することになるため、対象者が膨大である場合は現実的でない。受診推奨の有無を新たな項目として追加すべき。【検討会】
- 受診推奨基準の見直し
  - ・ 受診推奨はあくまで医師の個別判断であることを徹底し、国の受診推奨基準は参考基準であることを徹底すること。また、国の基準が低いために受診推奨に該当してしまう者が多いことから、国の基準を見直すべき。【検討会】

### IV. 職員の整備体制

- ・ 行政保健師の増員等人員確保のための財政措置【日看】
- ・ 保健師の人材育成・教育研修体制の整備【全保】

## 第1章 要望書のまとめ

### V. 結果報告

- 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。【健保連】
  - ・ 特定健診結果を施策の企画立案や行政指導などに効果的に活用できるよう、国段階で取りまとめたデータを早期に都道府県に還元するなど、都道府県におけるデータの活用を支援する体制を整備していただきたい。【全保】

## ⑤ 電子データ関係

### I. 電子報告について

- データ授受円滑化の検討や、実施機関側への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きたデータの仕組み（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など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いる。**【健保連】**
  - ・ 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。**【健保連】**
  - ・ 事業主健診の健診結果の記録方法（紙やさまざまなデータ形式等）が定められていないため、保険者において健診結果を受領する際に、様々な形式が存在し、事務コストがかかっている。これらを解消するために、事業主健診結果の記録方法を、ある程度規定化してほしい。**【検討会】**

## ⑥ 補助金・加算／減算

### I. 加算・減算措置について

- 特定健診など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。  
**【健保連】**
  - ・ 地域また保険者によって被扶養者の特定健診・保健指導の実施は不均衡な状態にあるため、がん検診との同時実施を促進する方策などにより、公正公平な環境をつくることを前提に検討すること。健康保持増進が図られた保険者が報われる仕組みにすること。**【検討会】**
  - ・ 特定健診等の受診率等は、保険者の努力だけで改善できるものではないことから、特定健康診査等の受診率と支援金の加減算を連動させる措置は講じないこと。**【検討会】**
  - ・ 加入者が少数であるなど、保険者ごとに状況が異なるため、一律に分類、比較されることは適当ではない。**【検討会】**
  - ・ 実施率等の低い保険者にペナルティを課すより、インセンティブが働く仕組みに改正すべきではないか。**【検討会】**

### II. 補助金について

- 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。**【健保連】**
  - ・ 健診の実施者である保険者の認識に沿った区分(集団:検診車で特定の場所に出向いて行う巡回健診型等、個別: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出向いてもらう形)とすべきである。**【健保連】**

### III. 医療費縮減効果【全民】

- ・ 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
- ・ 治療中の者への運動による病状改善の支援
- ・ 長期服薬者に対するジェネリックの使用促進と連動した取り組み

### ⑦ 普及啓発活動

#### I. 広報について

- 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などの受診促進に向けて普及啓発活動に勤めているが、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。【健保連】
  - ・ 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。【全健保】
  - ・ メディアなどを活用した積極的な広報活動を行ってほしい。【検討会】
  - ・ メタボリックシンドロームは生活習慣病該当者・予備群への意識付けとなり、保健指導が効果的であることを、明確に説明及びPRする必要がある。（一部専門家の不要論等への対応）。【全民】

#### II. 受診促進

- 特定健診の受診促進に向けて、現行の仕組みの改善を講じる
  - ・ 従来の住民健診が、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なっている。今後、特定健診などの一層の推進を図るためにも、市町村がん検診との同時受診などの仕組みや、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。【健保連】
  - ・ 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の検討を。【全健保】
  - ・ 被扶養者の利便性に合わせた、がん検診と特定健康診査の同時受診を促進する方策を検討する必要がある。【検討会】
- 受診券、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などが受診率低迷の一因と考えられる【健保連】  
具体的には、「契約取りまとめ機関」の集合A、集合B、日、病・・・の違いで受診できる医療機関が違うなど複雑であり、また、従来の住民健診と比較して検査項目が少ない、など受診利用者にとっては煩雑すぎるため、誰がどこでも受診利用でき十分な検査が受けられるような、簡便な仕組みの構築が必要である。



## 2) 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、意見の集約をしております。

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