

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/m² ($p<0.001$)、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。

