

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

総合研究報告書

医療機関への受診勧奨の全国調査

研究代表者 今井 博久 国立保健医療科学院

研究分担者 中尾 裕之 国立保健医療科学院

研究要旨: 特定健診を受診し検査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。本調査の目的は特定健診保健指導制度の受診勧奨システムにおける予防から医療への連携の実態を明らかにすることである。調査は平成24年度に実施した。質問票の回答者は、秋田県、宮城県、千葉県、群馬県、滋賀県、京都府、広島県、高知県、宮崎県の8県1府の市町村(合計228市町村)で実際に保健指導をしている保健師とした(1市町村1回答)。該当する人に対する受診勧奨の伝達方法では、最も多い回答は口頭(個人面談・結果説明会・電話・自宅訪問)であった。以下、検診結果用紙、受診勧奨専用用紙などであった。重症度別に受診勧奨を実施しているかでは、一律に実施しているが最も多かったが、重症と思われる人のみおよび重症度別に実施の2つを合計すると6割であった。保健師が対象者に受診勧奨を行った後に、対象者の受診の有無について必ず確認しているか否かについては、確認していないが56%であった。また受診の有無を確認した後、まだ受診していない場合はどのように対応しているかでは、それ以上は勧めないが24%、再度もう一回医療機関の受診を進めるが6割であったが、それ以上医療機関の受診を勧めないが2割程度であった。今回の調査結果から、特定健診保健指導における受診勧奨システムが不十分であることが示唆された。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構築が期待される。

A. 研究目的

特定健診保健指導制度では、メタボリックシンドロームの該当者および予備群を特定健診で焙り出し、その中で検査項目が受

診勧奨値以上であった対象者を医療機関へ受診するように勧めて「予防から医療」への切れ目のない予防医療システムが制度上は構築されている。しかしながら、現状で

は必ずしも受診勧奨値以上の対象者を医療機関へ繋げて受診させるシステムが機能していないと懸念されている。受診勧奨の該当者に医療機関の受診を勧めても本人が行かない、受診勧奨の伝達方法が確立されていない、受診勧奨の有無の確認がない等の問題があり、糖尿病や高血圧に罹患している対象者が、実際は特定保健指導も受けず医療機関の診療も受けず放置されてしまうケースが少なくない。すなわち、特定健診でハイリスク者を焙り出しても治療への連携が必ずしも機能していないため、生活習慣病対策の防御システムから「漏れ」が生じ、罹患率や有病率、死亡率などの施策のエンドポイントを著しく阻害してしまう。したがって、この受診勧奨システムの確立は非常に重要な生活習慣病対策の構成要素に位置付けられる。平成20年度から本制度が開始されたが、受診勧奨システムがどのように機能しているかについての実態は不明であり、どのような課題があるのか、第二期に向けてどのような受診勧奨システムを改革して行けばよいか等の検討が必要不可欠である。そこで、研究班は特定健診保健指導制度における受診勧奨の実態調査を実施し、今後の制度運営に向けた課題克服の方策を検討した。

B. 研究方法

調査は平成24年度9月から3月に実施した。対象者（質問票の回答者）は、秋田県、宮城県、千葉県、群馬県、滋賀県、京都府、広島県、高知県、宮崎県の8県1府の市町村（合計228市町村）で実際に保健指導をしている保健師とした（1市町村1

回答）。それぞれの県で開催された特定健診保健指導の研修会に参加した市町村の保健師に質問票を研修会場で配布し出席した市町村すべてから回答を得た。

C. 研究結果

現状の受診勧奨システムがどのように稼働しているかについての実態を明らかにした。①特定健診の検査値が受診勧奨値以上で医療機関への受診に該当する人に対する受診勧奨の伝達方法では、最も多い回答は口頭であった。以下、健診結果用紙（その旨が記載されている）、受診勧奨専用用紙の順で多かった。②口頭伝達の内訳は、結果説明会・自宅訪問・電話・個人面談が概ね同じような頻度であった。③重症度別に受診勧奨を実施しているかでは、特に重症度別に分けずに一律に実施しているが最も多かった。次いで重症と思われる人のみ、三番目が重症度別に実施であった。④保健師が対象者に受診勧奨を行った後に、対象者の受診の有無について必ず確認しているか否かについては、確認していないが56%であった。⑤受診の有無を確認した後、まだ受診していない場合はどのように対応しているかでは、再度もう一度医療機関の受診を進めるが6割であったが、それ以上医療機関の受診を勧めないが2割以上（23.7%）であった。⑥受診した結果、本人の健康意識、健康状態（検査値）等がどう変化しているかを把握しているかでは、一部の人のみを把握しているが4割程度あり、把握していないが3割であった。

D. 考察

受診勧奨の伝達では「健診結果用紙(受診勧奨と記載)」が多く活用され、受診勧奨専門用紙は4割程度であった。医療機関への受診勧奨が「システム化」され十分に機能させるためには、受診勧奨専用紙が作成され使用されることが望ましいと考えられ、半数以下の4割程度の使用頻度という結果は、現状では「システム」として円滑に機能していないことを示唆するものと考えられた。

受診勧奨を実施した後に、該当者が医療機関を受診したか否かを「必ず確認しているか」の質問では56%が確認していないと回答し、予防と医療の連携から「漏れ」が生じていたことが示唆された。血糖値や血圧値が受診勧奨値以上で糖尿病や高血圧と診断された人が地域の保健医療システムから抜け落ちてしまい(漏れてしまい)早期に介入されず放置され、結局は病態を進行させ重篤になった段階で医療介入がされることになる。

受診勧奨の該当者が医療機関の受診の有無を確認して受診していないことが判明した場合に、それ以上は勧めないが1/4程度あったが、受診勧奨をもう一回はすべきだろう。本人の意思により医療機関を受診しなかったのであるから「これ以上は勧められない」「過剰な介入に成りかねない」あるいは「執拗な勧奨は避けたい」という考えがあるだろう。しかしながら、健診でハイリスク者を焙り出したわけであるから、何らかの工夫を設けて受診勧奨を推進することが期待される。

E. 結論

今回の全国規模の実態調査結果から、特定健診保健指導における受診勧奨システムが不十分であることが示唆された。第二期では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構築が期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 今井博久. 特定保健指導の定量的な評価 ～効果的な保健指導のために～ 国保ひょうご 5月号No.599 p2-5.

2) 今井博久. 特定保健指導の定量的な評価 ② ～効果的な保健指導のために～ 国保ひょうご 7月号No.600 p2-5.

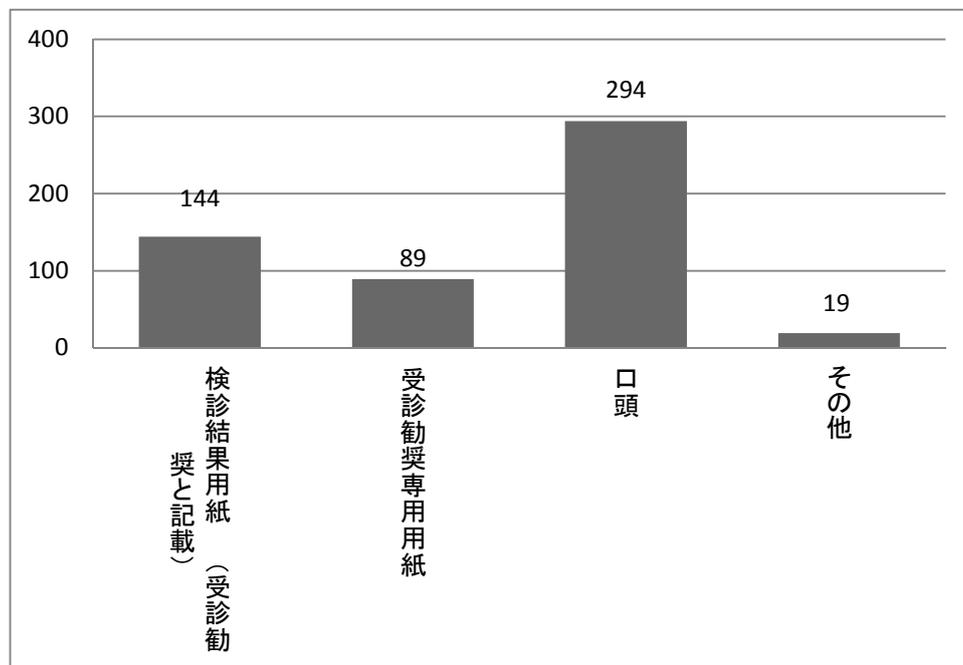
2. 学会発表

1) 今井博久, 中尾裕之, 佐田文宏. 特定健診保健指導における受診勧奨の実態調査. 日本衛生学雑誌68 : S197, 2012

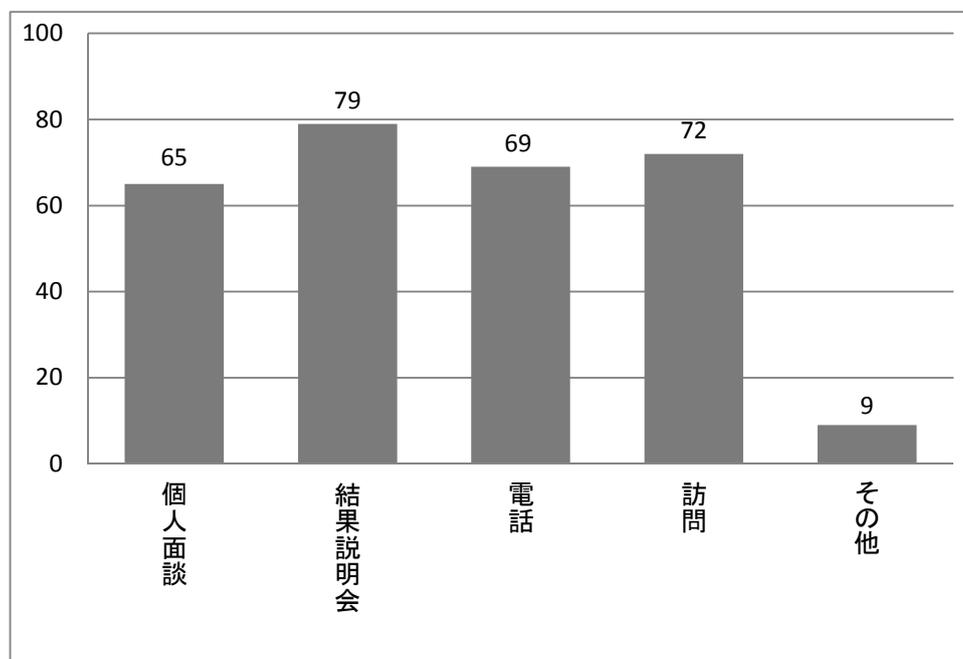
2) 今井博久, 中尾裕之, 佐田文宏, 成木弘子, 千葉香織. 大規模データベースを利用した特定保健指導の介入効果の解析. 日本公衆衛生雑誌59(10) : 249, 2012

3) H. Imai, H. Nakao, F. Sata. Analysis of Results Over Time in Preventive Intervention for Metabolic Syndrome. The 4th World Congress on Controversies to Consensus in Diabetes, Obesity and hypertension. Barcelona Spain November 8-11, 2012.

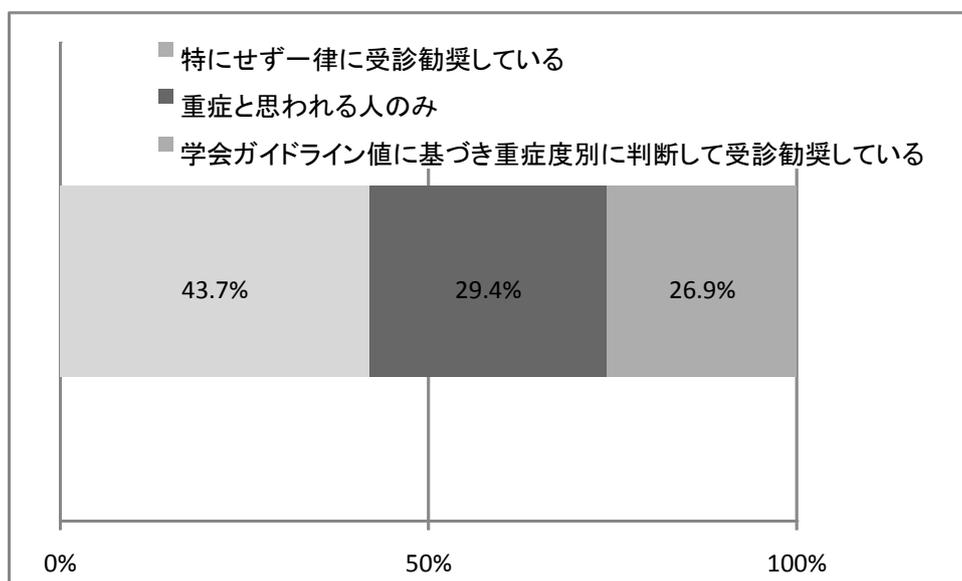
①受診勧奨の実施方法（複数回答）



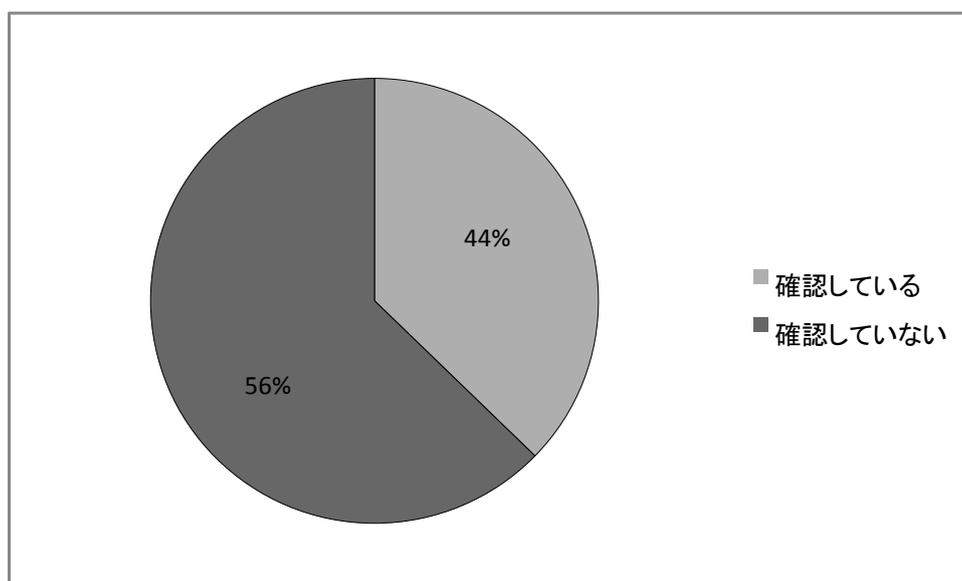
②口頭の内訳（複数回答）



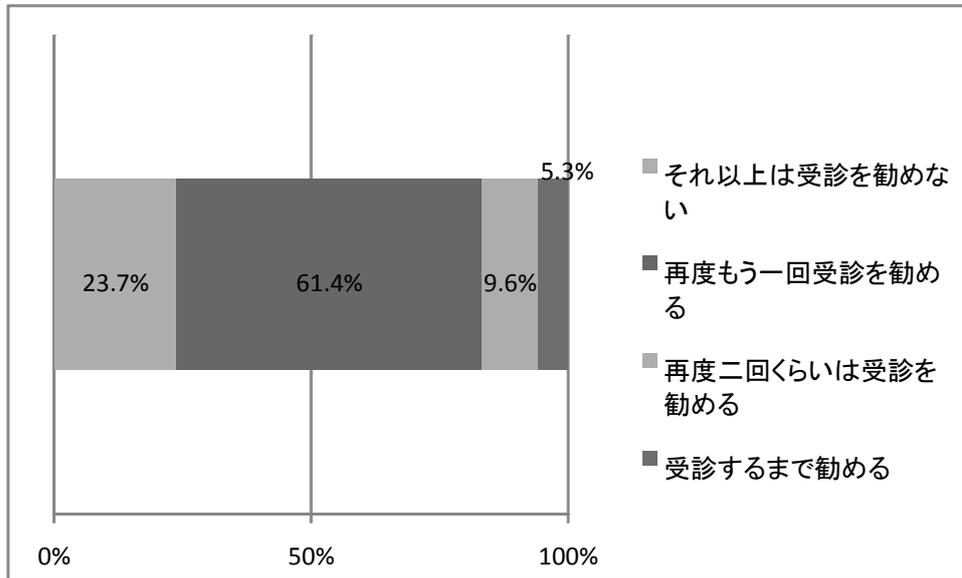
③重症度別の受診勧奨の実施状況



④受診勧奨後受診の確認の有無



⑤受診していない場合の対応



⑥受診後の本人の健康意識・健康状況（検査値）等の変化の把握

