

201412029B

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

(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策実用化研究事業)

離島・農村地域の効率的、効果的な
生活習慣病対策の推進に関する研究

平成24～26年度 総合研究報告書

研究代表者 磯 博康 大阪大学 教授

平成27(2015)年 5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

離島・農村地域の効率的、効果的な
生活習慣病対策の推進に関する研究

平成24～26年度 総合研究報告書

研究代表者 磯 博康 大阪大学 教授

平成27(2015)年 5月

(別添 2)

目 次

I. 総合研究報告

離島・農村地域の効率的、効果的な生活習慣病対策の推進に関する研究…………… 1

磯 博康

II. 研究成果の刊行に関する一覧表…………… 18

III. 研究成果の刊行物・別刷…………… 21

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)
総合研究報告書

離島・農村地域の効率的、効果的な生活習慣病対策の推進に関する研究

研究代表者 磯 博康 大阪大学大学院医学系研究科 教授

研究要旨

本研究は、離島・農村地域において現存する社会環境、保健医療分野の人材・資源を有効活用することで、特定健診をはじめとした生活習慣病対策を効率よくかつ効果的に進めるための方法論の効果検証と整理を行うことを目的としている。本研究では地域特性の異なる3離島、7農村、対照地域として1大都市近郊を対象として、1)メディアコミュニケーション技術向上のための研修会の開催とマニュアルの作成、2)特定健診、特定保健指導の受診・参加勧奨のためのデータベースの作成と活用、3)血清脂質測定の標準化の普及、4)生活習慣病対策の評価を行い、最終成果物として全国の離島・農村における対策実施のためのチェックリスト・実施の工夫項目を掲載したマニュアル本を作成する。2012-14年度にかけて、以下のような取組みを行った。2012・13年度には特定健診受診率向上・保健指導実施率向上のための研修事業として、メディアコミュニケーションや面接コミュニケーション技術をテーマとした研修会を開催した。また、全期間を通して研究対象地域での受診・参加勧奨の継続・充実、過去の未受診者データベースを用いた受診勧奨等の成果報告を整理し、また、特定健診や保健指導の受診・参加勧奨に関する受診率関連指標(単年度受診率・2年継続受診率・2～6年間の累積受診率)、保健指導利用率や修了率、研究対象地域における人口動態調査の二次利用による脳卒中、虚血性心疾患の男女別・年齢層別の年齢調整死亡率、各種生活習慣病の年齢調整有病割合(メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、肥満)を算出し、推移を確認した。さらに、2013年度には全国の離島・農村への予防対策の現状と特定健診・保健指導の実施状況等に関するアンケートを実施し、回答率61%を達成した。2014年度には研修会の総括ならびに各種生活習慣病対策の指標と取組みの情報との統合、アンケート結果の整理により、各自治体が現状と課題を認識できる工夫項目のチェックリストを含むマニュアル本の作成を行い、離島・農村地域の自治体への配布、ホームページへの掲載を行った。少子超高齢化、生活習慣病の増加や疾病構造の変化に伴い、中長期視点に立った生活習慣病対策が益々重要となっている。保健師はじめ保健医療分野の専門家は、ハイリスクアプローチを軸とした健診事業や地域全体にメッセージを伝えるポピュレーションアプローチの組合せを、地域の健康課題と住民特性に沿って組み立てていくことが求められている。一方、行政はそれらの取組みを実施し、また、中長期の事業評価が可能となるよう精度管理やモニタリングを継続し、対策の改善に繋げていく必要がある。

研究分担者

木山 昌彦

大阪がん循環器病予防センター
副所長兼循環器病予防健診部長

佐藤 真一

千葉県衛生研究所 技監

山岸 良匡

筑波大学医学医療系 講師

谷川 武

順天堂大学医学部 教授

井上 高博

活水女子大学 講師

嶽崎 俊郎

鹿児島大学大学院 教授

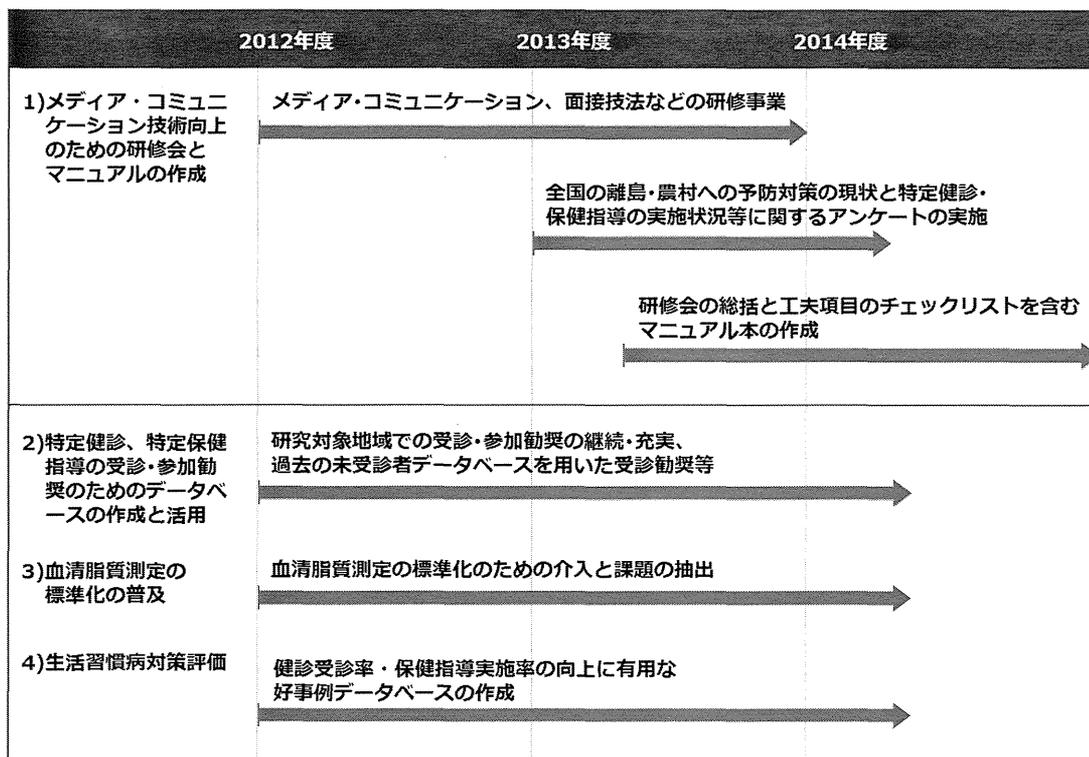
白井 ころ

琉球大学 准教授

A. 研究目的

本研究は、離島・農村地域において現存する社

図1 2012年度から2014年度までの研究事業取組みの概要



会環境、保健医療分野の人材・資源を有効活用することで、特定健診をはじめとした生活習慣病対策を効率よくかつ効果的に進めるための方法論の効果検証と整理を行うことを目的としている。具体的には、本研究では地域特性の異なる3離島、7農村、対照地域として1大都市近郊を対象として、

1)メディアコミュニケーション技術向上のための研修会の開催とマニュアルの作成、2)特定健診、特定保健指導の受診・参加勧奨のためのデータベースの作成と活用、3)血清脂質測定標準化の普及、4)生活習慣病対策の評価を行い、最終成果物として全国の離島・農村における対策実施のためのチェックリスト、実施の工夫項目を作成する。

B-C. 研究方法と結果

研究対象地域は地域特性の異なる全国10地域(約55万人)である。すなわち、離島地域として長崎県上五島町(2.2万人)、鹿児島県奄美市(4.6万人)、沖縄県南城市(4.1万人)の3地域(一部結果には沖縄県今帰仁村、宮古島市の情報も加える)、農村地域として秋田県井川町(0.6万人)、茨

城県筑西市(10.6万人)、千葉県旭市(6.9万人)・銚子市(6.8万人)・匝瑳市(3.9万人)、愛媛県大洲市(4.7万人)の6地域、対照地域として都市近郊地域の大府八尾市南高安地区(2.3万人)の1地域、計10地域である。3年間の取組みの概要は図1にフローチャートとして示す。

1)メディアコミュニケーション技術向上のための研修会の開催とマニュアルの作成

2012・13年度には特定健診の受診勧奨、特定保健指導の参加勧奨、指導の実施、非肥満のハイリスク者への対応、ポピュレーションアプローチを充実させるため、対象市町村の予防対策担当職員を対象とし専門家を招請して研修会を開催した。概要については次頁の図2に、当日の研修会資料については掲載許可がおりたものについて添付資料1-1、1-2、1-3、1-4に示す。2013年度には全国の離島・農村への予防対策の現状と特定健診・保健指導の実施状況等に関するアンケートを実施し、回答率61%を達成した。このアンケート用紙の見本は添付資料2-1に示した。また、効率的・効果的

図2 特定健診受診率向上・保健指導実施率向上のための研修会の概要

(対象： 研究対象地域の予防対策担当職員、大阪府下の医師・保健師・栄養士など)

	<p>メディア・コミュニケーション研修会</p>
	<p>日時: 2012年8月27日</p>
	<p>参加者: 100名</p>
	<p>講師: 蝦名玲子氏 福吉潤氏 林英恵氏</p>
	<p>内容:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヘルスコミュニケーション技術の講演と実習 ・参加市町村の保健担当者が特定健診受診率向上のための方策やその際使用している媒体の内容などを発表 ・専門家から、従来の論理的思考（前頭葉）に訴える技術に加えて、感性（大脳辺縁系）に訴える技術についての助言
	<p>面接・コミュニケーション技術研修会</p>
	<p>日時: 2013年10月28日</p>
	<p>参加者: 107名</p>
	<p>講師: 蝦名玲子氏 小畔美弥子氏</p>
	<p>内容:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行動変容のための動機づけ技術の講演とグループ演習 ・グループ演習では“受診率向上のために”、“保健指導を受けてもらうために”、“効果的な保健指導を実施するために”を学習

な工夫項目を提示するマニュアルの作成のため、研究対象地域を担当する研究分担者には、情報提供シート(詳細は単年度報告書に記載)を用いて受診勧奨や保健指導の工夫の好事例の選出を依頼した。また、2012・13年度に開催した研修会の4名の講師への資料依頼、ならびに住民主体の受診勧奨の好事例として高知県安芸市より資料を収集し、最終的には、特定健診・特定保健指導の効果的かつ効率的な受診・参加勧奨のためのチェックリストを含むハンドブック『離島・農村における健康づくりへの住民参加促進ハンドブック』を作成・製本し、自治体への配布、ウェブ上への公開を行った(添付資料3)

2) 特定健診、特定保健指導の受診・参加勧奨のためのデータベースの作成と活用

各自治体での好事例が掲載されたマニュアルとするため研究対象地域を担当する研究分担者には、受診勧奨や保健指導の工夫の実例について情報提供シートを用いて提供を依頼した。依頼の際には、情報提供シートを用いるのみでなく、健診・保

健指導の勧奨や内容の工夫に関わる14の質問を作成し、情報集積を図った(詳細は単年度報告書に記載)。これまでに蓄積したデータベースから2008-13年度までの単年度受診率、2年間の継続受診率、2~6年間の累積受診率を、下記の計算式を用いて算出した(図3-1、3-2、3-3)。

【単年度受診率】

例) 2008年度の単年度受診率の場合

$$\frac{2008 \text{ 年度の特定健診受診者数}}{2008 \text{ 年度の国保対象者数}} \times 100$$

【2年継続受診率】

例) 2008・2009年の継続受診率の場合

$$\frac{2008 \text{ 年度かつ } 2009 \text{ 年度の特定健診受診者数}}{2008 \text{ 年度の特定健診受診者数}} \times 100$$

【累積継続受診率】

例) 6年間の累積受診率の場合

$$\frac{2008 \sim 13 \text{ 年度間の特定健診受診者数}}{2008 \sim 13 \text{ 年度間の国保対象者数平均}} \times 100$$

その結果、特定健診対象者の単年度受診率の変化をみると(図3-1)、増加・維持・低下の傾向は地

域ごとに異なっていた。すべての地域で比較可能な2008年度と2012年度時点の差分を比較すると、新上五島では-2.1%、奄美では+1.0%、南城では+9.1%、井川では+4.2%、筑西では-0.3%、銚子では+7.1%、旭では-2.0%、匝瑳では-4.8%、大洲では-5.2%、南高安では-12.6%であった。2011年度の参酌水準である65%の受診率を超えた地域はなかった。一方、2008-09年度と2011-12年度の2年間の継続受診率を比較すると(図3-2)、新上五島では+4.9%、奄美では+18.4%、南城では-5.9%、井川では+1.9%、筑西では+1.3%、銚子では+7.6%、旭では-1.1%、匝瑳では-7.3%、大洲では+14.3%、南高安では+12.6%であった。いくつかの地域では、継続受診率の変化と単年度受診率の変化が異なる傾向を示す場合もあった。たとえば、奄美では単年度受診率では+1.0%であるが、継続受診率では+18.4%と増加傾向が大きかった。また、南城では単年度受診率は+9.1%であるが、継続受診率では-5.9%と、傾向が異なった。2008-13年における2~6年の累積受診率をみると(図3-3)、対象者の50%に到達した地域は10地域中8地域で、2年累積で到達した地域は2地域(井川・旭)、3年累積で到達した地域は3地域(新上五島・匝瑳・大洲)、4年累積で到達した地域は2地域(筑西・南城)、5年累積で到達した地域は1地域であった(奄美)。同様に、2011年度の参酌水準である65%の受診率を超えた10地域中4地域で、2年累積で到達した1地域(井川)を除いて、他の3地域は4年累積以上で到達していた。

3) 血清脂質測定の標準化の普及

特定健診・保健指導の結果を、中・長期的に評価することや、地域間比較を行うために、検査機関によってばらつきの生じやすい生化学検査、なかでも血清脂質の標準化を継続する。LDLコレステロールの測定精度の問題については動脈硬化学会からも特に指摘されており、WHO-CDC脂質標準化プログラムのより広い普及を目指す。血清脂質測定の標準

化のための介入を実施した結果、標準化を達成した地域は10地域中6地域に至った。

4) 生活習慣病対策の評価

生活習慣病の対策評価のため、以下の指標の経年変化と取組みとの関連を分析する。また、全国の離島・農村にアンケート調査を実施しその実態を踏まえて、効率的、効果的な対策実施のための工夫項目の提示とそのチェックリストを作成する。

a) 特定保健指導の終了率(図4-1、4-2、4-3)、および40-74歳住民男女におけるメタボリックシンドローム、肥満、高血圧、糖尿病の年齢調整有病割合(2008-13年度の総括)を算出した(図5-1、5-2、5-3、5-4)。なお、各種生活習慣病の割合の定義は以下のようにした。

【メタボリックシンドローム】

男性で腹囲 ≥ 85 cm、女性で腹囲 ≥ 90 cmに該当し、高血圧(最大血圧 ≥ 130 mmHg かつ/または 最小血圧 ≥ 85 mmHg または治療中)、糖尿病(空腹時血糖 ≥ 110 mg/dl または治療中)、脂質代謝異常(中性脂肪 ≥ 150 mg/dl かつ/または HDLコレステロール < 40 mg/dl または治療中)のうち、2つ以上に該当する者

【肥満】

肥満の定義は男性で腹囲 ≥ 85 cm、女性で腹囲 ≥ 90 cmの者

【高血圧】

高血圧の定義は最大血圧 ≥ 140 mmHg かつ/または 最低血圧 ≥ 90 mmHg あるいは治療中の者

【糖尿病】

糖尿病の定義は空腹時血糖 ≥ 126 mg/dl かつ/または 非空腹時血糖 ≥ 200 mg/dl 以上 あるいは治療中の者

まず、2008-13年の特定保健指導の終了率の推

移をみると(図 4-1、4-2、4-3)、増加・維持・低下の傾向は疾患ごと、地域ごとに異なっていた。ほぼすべての地域で比較可能な 2008 年度と 2012 年度時点の差分を比較すると、特定保健指導終了率は(図 4-1)、新上五島では-4.0%、奄美では-6.1%、南城では+18.1%、今帰仁では+61.2%、井川では+23.5%、筑西では-0.6%、銚子では-26.9%、旭では+2.1%、匝瑳では+30.4%、大洲では-16.1%で、今帰仁と匝瑳では明らかな増加傾向にあった。支援種別ごとにみた場合(図 4-2、4-3)、今帰仁と匝瑳は動機づけ支援の終了率ならびに積極的支援の終了率ともに増加傾向にあった。また、新上五島では動機づけ支援の終了率は増加傾向にあったが、積極的支援の終了率は減少傾向にあった。

次に、各生活習慣病の年齢調整有病割合の変化をみると(図 5-1、5-2、5-3、5-4)、増加・維持・低下の傾向は疾患ごと、地域ごとに異なっていた。すべての地域で比較可能な 2008 年度と 2012 年度時点の差分を比較すると、メタボリックシンドロームの年齢調整有病割合については(図 5-1)、新上五島では+6.2%、奄美では+4.2%、南城では+14.0%、今帰仁では+3.1%、井川では+1.9%、筑西(協和地区)では-5.5%、銚子では+1.4%、旭では-0.3%、匝瑳では+1.8%、大洲では-3.4%、南高安では-15.6%であった。地域別でみた場合、多くの農村地域で有病割合が維持・減少傾向であるのに対し、離島では増加傾向にあった。肥満の年齢調整割合については(図 5-2)、新上五島では+0.7%、奄美では-4.8%、南城では-8.4%、今帰仁では-1.5%、井川では-1.3%、筑西(協和地区)では-2.3%、銚子では-4.3%、旭では-1.6%、匝瑳では-4.2%、大洲では-4.1%、南高安では-7.9%であった。年齢層・地域別にみた場合、とくに離島では、農村地域と比較して、高齢女性(65-74 歳)での肥満の割合が大きい傾向にあった。また、高血圧についてみると(図 5-3)、新上五島では+23.1%、奄美では+1.2%、南城では-15.6%、今

帰仁では-28.6%、井川では+2.6%、筑西(協和地区)では+2.6%、銚子では-20.6%、旭では-18.3%、匝瑳では-16.7%、大洲では+9.4%、南高安では-6.1%であった(なお、高血圧については他の生活習慣病と比較し変動が大きいため差分の単純比較には注意が必要)。地域別にみた場合、銚子・旭・匝瑳では高血圧の有病割合が減少傾向にあった。また、年齢層・地域別にみた場合、井川の高齢者(65-74 歳)は約 60%で推移しており、中年女性(40-64 歳)の高血圧の有病割合は約 20%で推移していることから、この年齢層間ではおよそ 40%の差が存在していたが、中年男性と高齢男性との間はおおよそ 10%と差が小さかった。糖尿病については(図 5-4)、新上五島では+1.7%、奄美では+0.5%、南城では-2.6%、今帰仁では-0.9%、井川では+2.4%、筑西(協和地区)では+5.4%、銚子では+0.6%、旭では+0.6%、匝瑳では+2.0%、大洲では-0.7%、南高安では+0.1%であった。年齢層別でみた場合、いずれの地域も中年住民(40-64 歳)よりも高齢住民(65-74 歳)の有病割合の方が大きく、地域別でみた場合、南高安が最も割合が小さかった。

b) 統計法(平成 19(2007)年法律第 53 号)第 33 条の規定に基づき人口動態統計の目的外利用申請を 2014 年度に行い、研究対象地域における全循環器疾患とその下位分類である脳卒中、虚血性心疾患の男女別・年齢層別の年齢調整死亡率を、6 期間(1972-76 年、1977-81 年、1982-86 年、1987-91 年、1992-96 年、1997-01 年、2002-06 年、2007-11 年、2012-13 年)に分けて算出した(図 6-1、6-2、6-3)。

人口動態統計の利用可能な 40 年間の年齢調整死亡率の経年変化をみると(図 5-1)、全循環器疾患の死亡率は 1972 年以降一貫して減少しており、1970 年代の死亡率と比較した場合、1990 年代までの 20 年間でおよそ 50%減少し、2000 年代までの 30 年間でおよそ 75%減少していた。また、年齢層

別に比較した場合、年齢調整死亡率は 40-64 歳、65-74 歳の双方で減少していた。地域別に比較した場合、1970 年代は離島よりも農村地域において全循環器疾患死亡率が大きい、その差は 2000 年代では小さくなっていった。さらに、性別で比較した場合、とくに男性における全循環器疾患の死亡率の減少は女性よりも急峻であった。ここまで述べた変化について、疾患別に比較した場合(図 6-2、6-3)、脳卒中・虚血性心疾患で以下の点を除いてほぼ同様の変化がみられた(図 6-2、図 6-3)。すなわち、①経年的にみた場合、脳卒中死亡率の減少傾向は 1970 年代から一貫して起こっているが、虚血性心疾患死亡率の減少傾向は 1990 年代以降に起こる傾向にあること、また、②地域別にみた場合、離島の虚血性心疾患死亡率は農村地域ほど減少傾向が明らかでないことである。

c) 全国の離島・農村の保健予防関係の課に対して、予防対策の現状と特定健診・保健指導の実施状況等に関するアンケート(2013 年度に実施)の詳細な集計、解析を行った。基本集計結果については添付資料 2-2 に示した。健診前や健診中の勧奨、未受診者勧奨、非肥満者勧奨といった勧奨場面ごとに使用するメディア媒体数の総数を算出し、健診担当者による主観的評価との関連をみるため、媒体数総数を四分位に区分した結果、とくに未受診者勧奨と非肥満者勧奨において媒体数総数と主観的評価との間に量-反応関係が認められた。追加解析として媒体数総数と最近 4 年間の受診率変化との関連をみると、未受診者勧奨で使用するメディア媒体数が最も少ない区分は平均 1.6 媒体で、受診率変化は平均 0.9%の上昇である一方、最も多い区分は平均 9.0 媒体で、同じ期間の受診率変化は平均 4.0%の上昇と 3%近くも大きく上昇していた。また、使用している各勧奨場面の使用媒体種別の上位 10 位を比較すると、健診前の勧奨では広報紙、受診券、ホームページが 70%以上の自治体で使用され、電話も 40%以上の自治体で使用されていることが分かった。一方で、未受診者勧奨や

非肥満者勧奨では電話や訪問の使用割合が増加し、電話で 50%以上、訪問についても 30%以上の自治体で使用されていることが分かった(詳細については単年度報告書に記載)。

d) 生活習慣病対策の評価の一環として、特定健診や特定保健指導と関連した国保医療費の分析を行った。

1981 年より脳卒中半減対策事業を継続している筑西市協和地区における国保医療費への効果を調べるため、筑西市協和地区と同一保健所管内の周辺市町村における 1 人あたりの疾病分類別の年間国保医療費を集計した。医療費は「茨城県国民健康保険疾病分類統計表」に基づき、4 年ずつの平均値を 5 期間(1981-84 年、1985-88 年、1989-92 年、1993-96 年、1997-00 年、2001-04 年)で算出した。脳卒中半減対策開始から約 25 年が経過した 2001-04 年の時点において、協和町の住民 1 人あたりの年間国保医療費は周辺地域に比べ約 29,000 円少なかった。その内訳は、循環器疾患が約 7,900 円、内分泌・代謝疾患が約 4,600 円、新生物が約 4,600 円、性器尿路系疾患が約 3,200 円などであった(詳細については単年度報告書に記載)。

(倫理面への配慮)

本研究で行う各種調査により得られる個人情報や、人口動態統計の情報の利用に際しては、法令・疫学研究倫理指針に則り適正に取り扱い、個人情報の保護には十分な配慮を行った。解析事務局(大阪大学と筑波大学)においては、連結可能匿名化した解析データファイルを用いて集計・解析を行った。なお、本研究の実施にあたっては、大阪大学医学部付属病院の臨床研究倫理審査委員会で承認を得た。

D. 考察

本研究では最終年度の取組みとして、2008-13

年度までの成果を取りまとめ、特定健診・特定保健指導の効果的かつ効率的な受診・参加勧奨のためのチェックリストを含むハンドブック『離島・農村における健康づくりへの住民参加促進ハンドブック』を作成・製本し、自治体への配布、ウェブ上への公開を行った(添付資料 3)。

1) 生活習慣病はじめ循環器疾患による死亡率の推移

年齢調整循環器疾患による死亡率を地域別に比較した場合、①1970年代は離島よりも農村地域において全循環器疾患死亡率が大きいが、その差は2000年代では小さくなっていったこと、②離島の虚血性心疾患死亡率は農村地域ほど減少傾向が明らかでないことが認められた。この理由として、離島におけるメタボリックシンドロームの増加傾向や肥満については高齢女性で農村地域よりもその割合が大きい傾向にあることが要因として推察される。

2) 特定健診および特定保健指導実施に関する指標の推移

2008-12年度の5年間の単年度受診率・2年間の継続受診率、および保健指導終了率の変化について、増加・維持・低下の傾向は地域ごとに傾向が異なっており、離島・農村地域間で異なる傾向はみられなかった。また、2-6年間の累積受診率の変化の傾きは、都市近郊である南高安の傾きは緩やかであるが、離島・農村間で異なる傾向はみられず、都市近郊よりも変化の傾きは大きかった。特定健診受診率や保健指導終了率に関して、多くの地域で参酌基準である受診率65%を超えていないと考えられ、離島・農村地域別の工夫というよりは、各地域の特性に応じた工夫が求められる。その際に、2年継続受診率や累積受診率等の住民の受診行動の特徴を理解するために役立つ指標をモニターすることは、対策の有効性を判定するために有用であると考えられる。

3) 生活習慣病対策の実例とその成果

メディアコミュニケーションの視点から具体的な特定健診および特定保健指導の工夫をまとめた。単年度受診率が増加した南城(+9.1%)においては、健康づくり推進連絡協議会などの住民組織が地域での受診勧奨を主導し、ニューズレターやポスター、チラシを公民館単位で作成し、市町村のそれらに加えて配布、また推進員による各地区の健診受診状況の把握と未受診者勧奨を執り行った。とくに、公民館単位に高い受診率を達成した地域に報奨金を出す制度の導入は独特のもので、高い効果を得ている。しかし、継続受診率が-5.9%と、単年度受診率と傾向が異なった点については今後の検討課題である。

また、高血圧の有病割合で減少傾向が得られていた銚子・旭・匝瑳においては、海匠地域・職域連携推進協議会、海匠地域食育推進会議、教育委員会が脳卒中死亡率減少のための減塩キャンペーン活動を展開した。キャンペーンでは、「減塩1日1g、健康発見」、「塩ふらず、腕をふるっておいしい食事」、「塩ひいてみんなの笑顔がたしざんに」といった明白な標語を採用し、小中学校から一般市民まで、幅広い減塩活動参加への動機づけを実施していた。

継続受診率が増加した奄美(+18.4%)においては、これまで受診勧奨においてポピュレーションアプローチとしてポスターや市広報誌、地域FMなど、いわゆる行政的な情報提供に留まっていた。そこで、特定健診の無料化と5,000円の地元買い物券が当たる受診者抽選会を実施し、そのことを住民の感性に訴える受診勧奨ポスターを用いて広報した。この受診勧奨ポスターの工夫に、本研究事業の一環として行った研修会への参加が影響したことは特筆に価する。

E. 結論

少子超高齢化、生活習慣病の増加や疾病構造の変化に伴い、中長期視点に立った対策が益々重要となっている。離島・農村地域においては、都市近郊部と異なり、利用可能な医療資源やサービス施設が十分に整備されていないが、一方で、地域特有のソーシャルキャピタルを保有していることも多い。加えて、離島における健康の動態は、農村地域とは異なる可能性がある。それゆえに、保健師はじめ保健医療分野の専門家は、ハイリスクアプローチを軸とした健診事業や地域全体にメッセージを伝えるポピュレーションアプローチの組合せを、地域の健康課題と住民特性に沿って組み立てていくことが求められている。一方、行政はそれらの取り組みを実施し、また、中長期の事業評価が可能となるよう精度管理やモニタリングを継続し、生活習慣病対策の改善につなげていく必要がある。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況

なし

I. 研究協力者

北村 明彦	大阪大学大学院医学系研究科
今野 弘規	大阪大学大学院医学系研究科
崔 仁哲	大阪大学大学院医学系研究科
丸山 皆子	大阪大学大学院医学系研究科
田中 麻理	大阪大学大学院医学系研究科
陣内 裕成	大阪大学大学院医学系研究科

図 3-1 地域別にみた単年度受診率の推移(2008-13年)

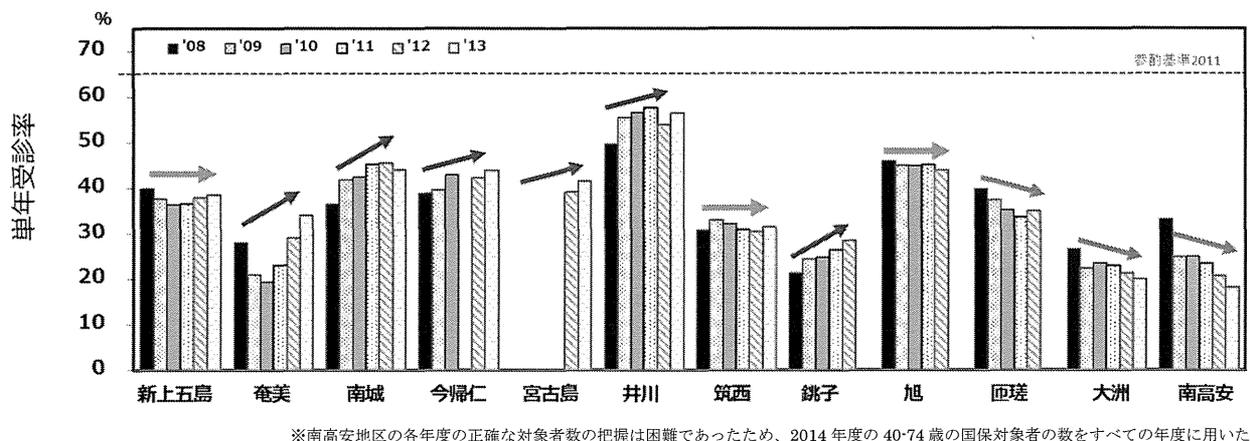


図 3-2 地域別にみた2年継続度受診率の推移(2008-13年)

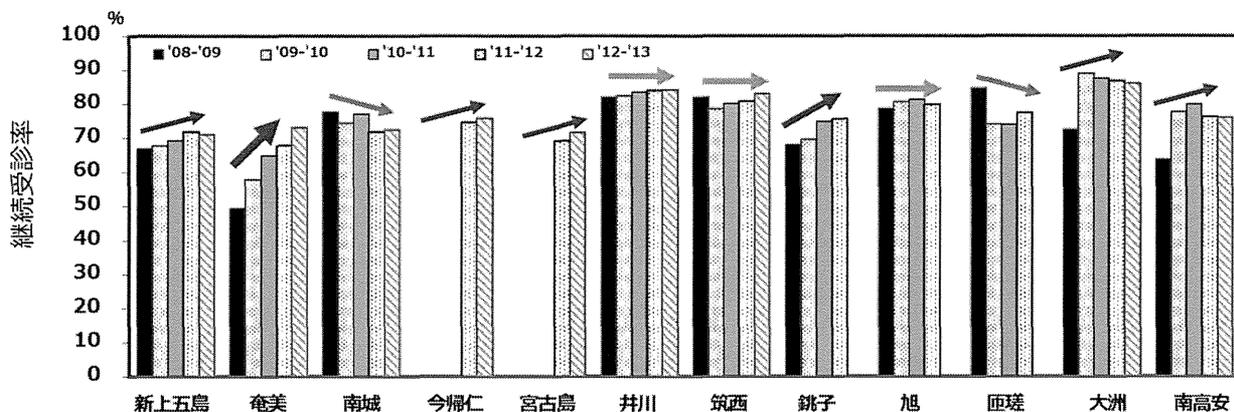


図 3-3 地域別にみた2~6年間の累積受診率の推移(2008-13年)

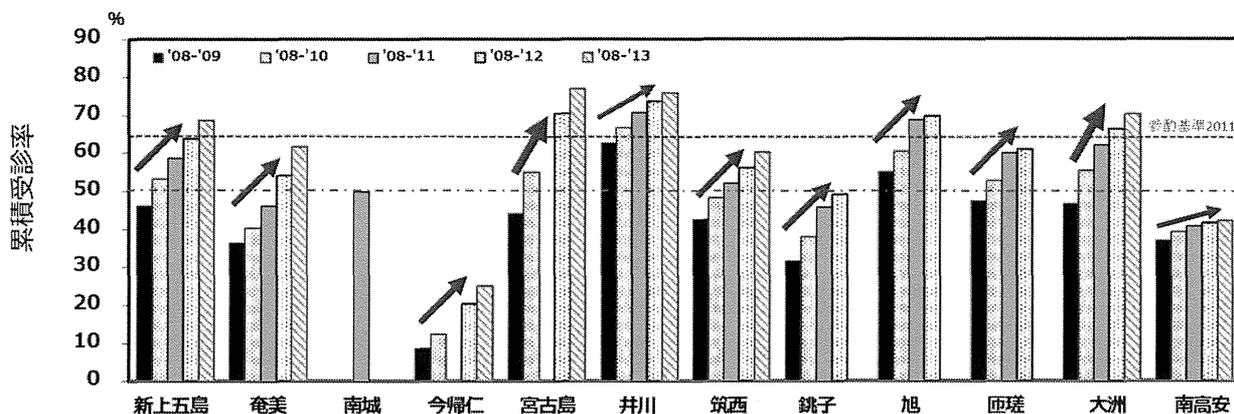


図4-1 地域別にみた保健指導終了率と動機づけ支援と積極的支援の割合の推移(2008-13年)

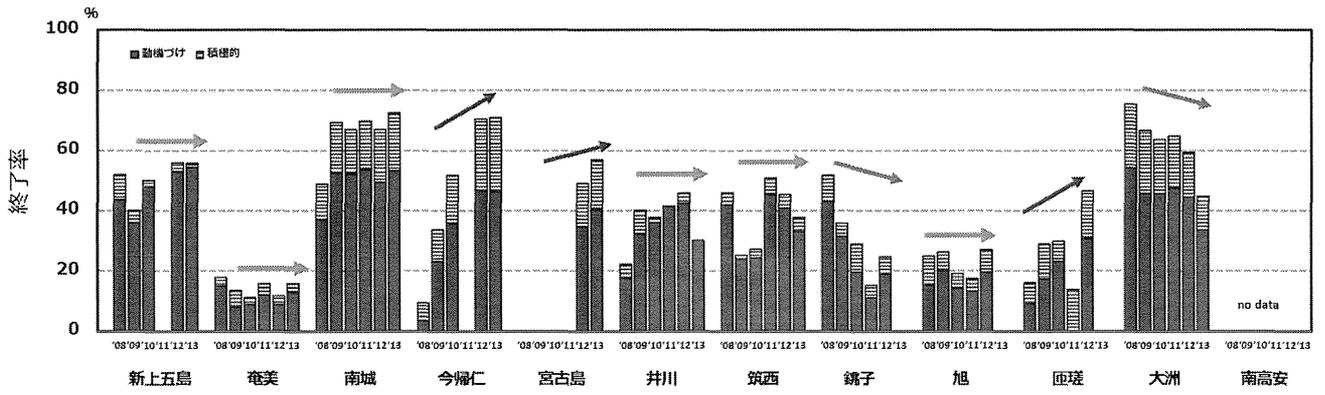


図4-2 地域別にみた動機づけ支援終了率の推移(2008-13年)

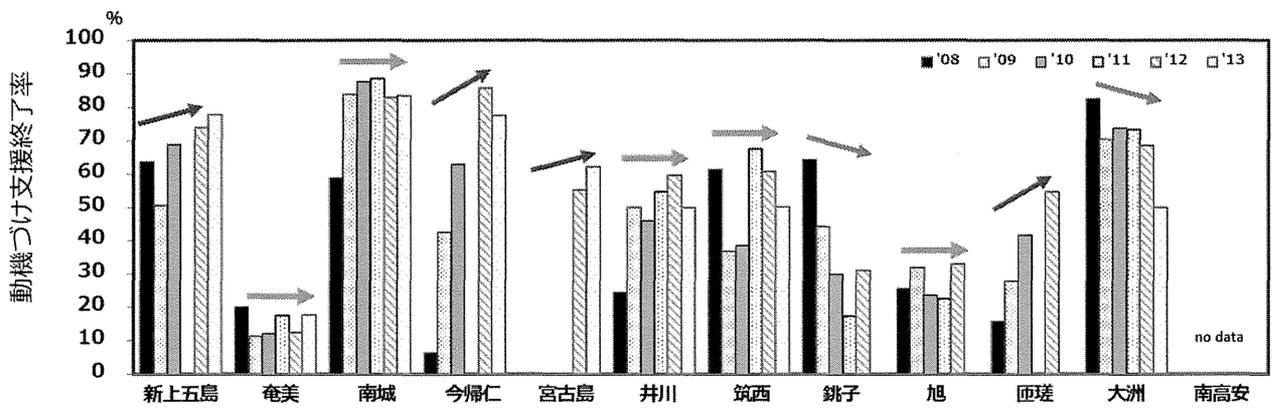


図4-3 地域別にみた積極的支援終了率の推移(2008-13年)

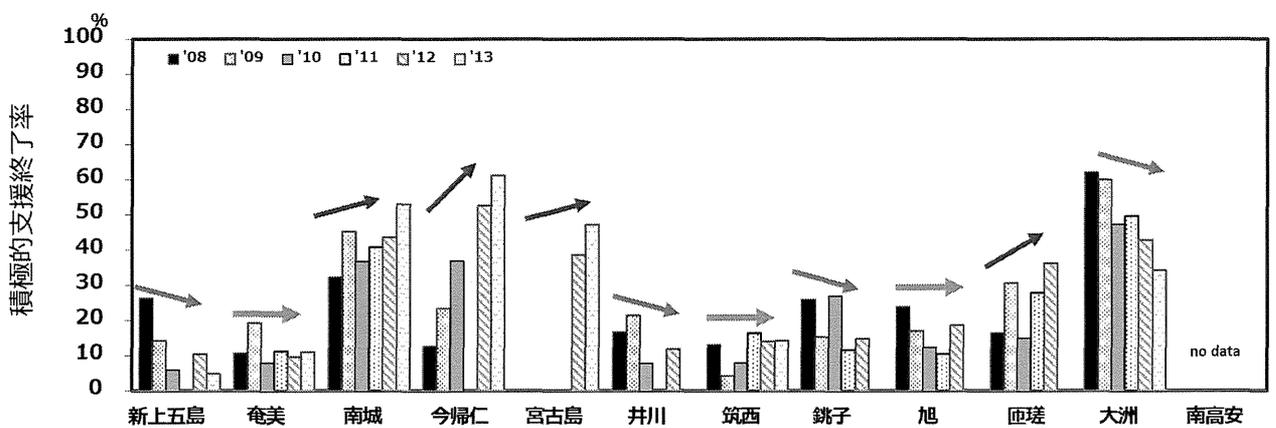


図5-1 地域別、年齢層別にみた地域ごとのメタボリックシンドロームの有病割合の推移(2008-13年)

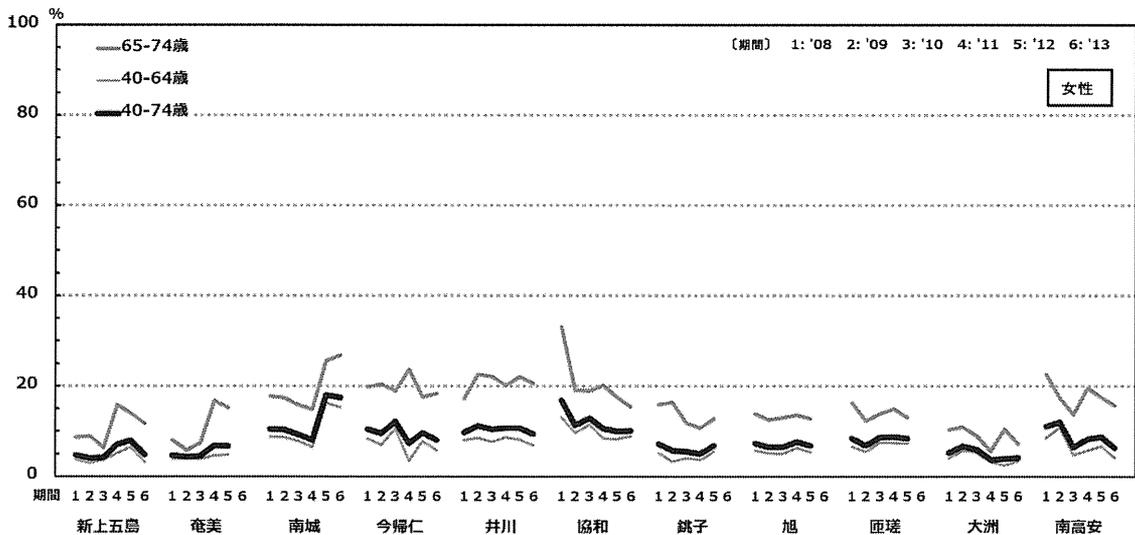
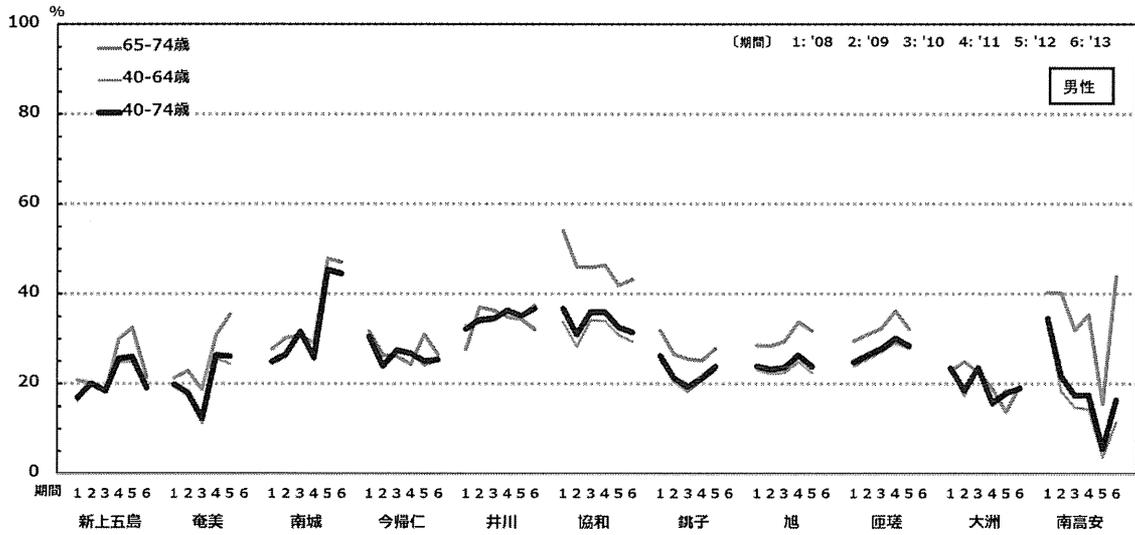
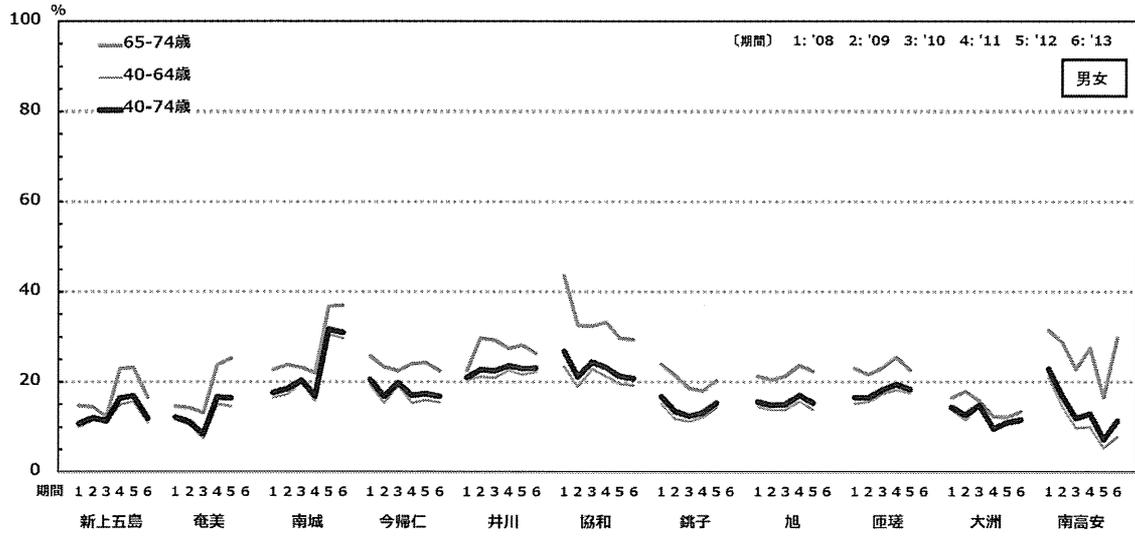


図5-2 地域別、年齢層別にみた肥満の割合の推移(2008-13年)

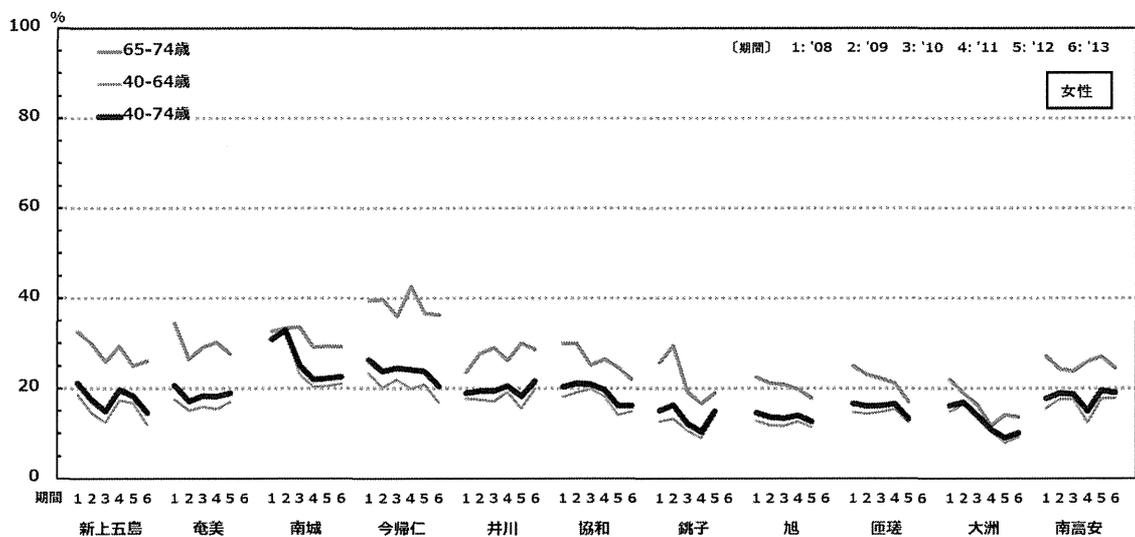
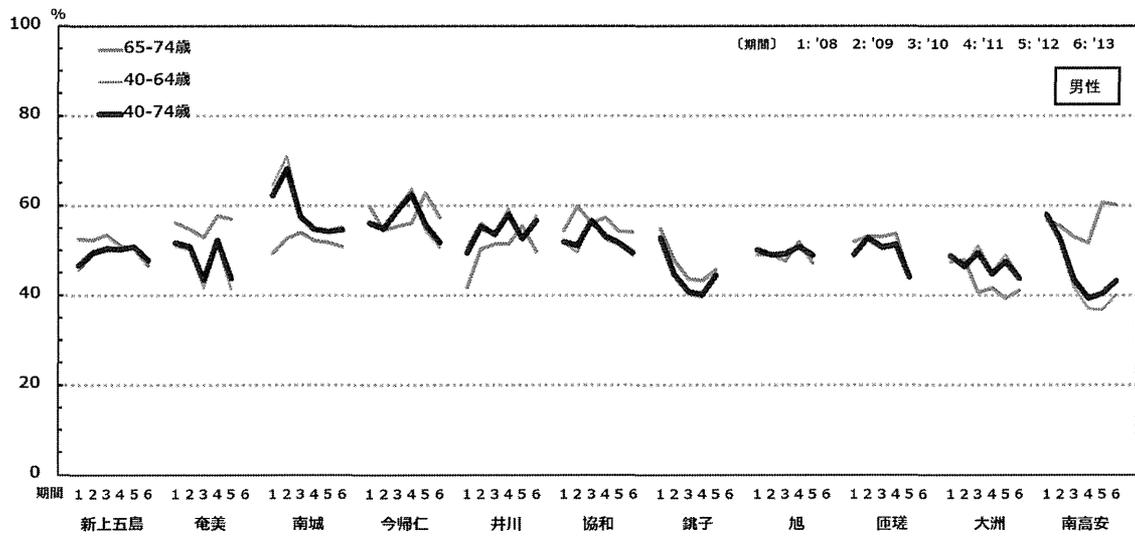
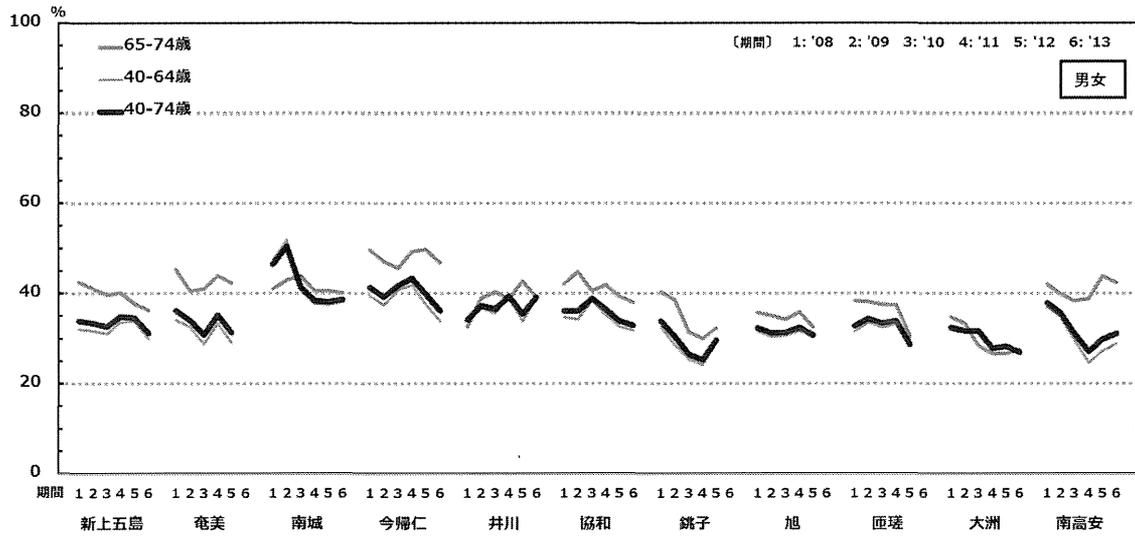


図5-3 地域別、年齢層別にみた高血圧の有病割合の推移(2008-13年)

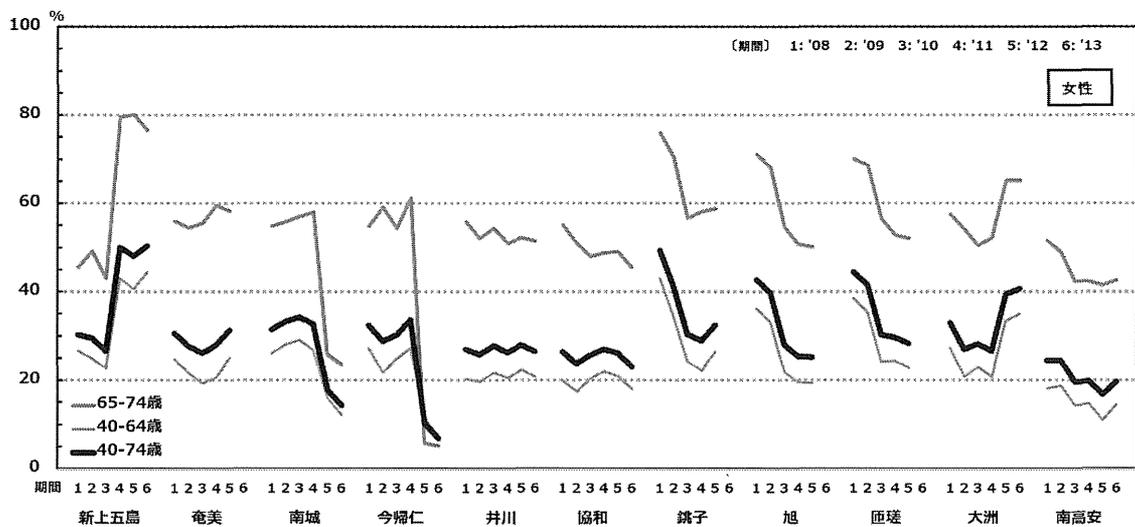
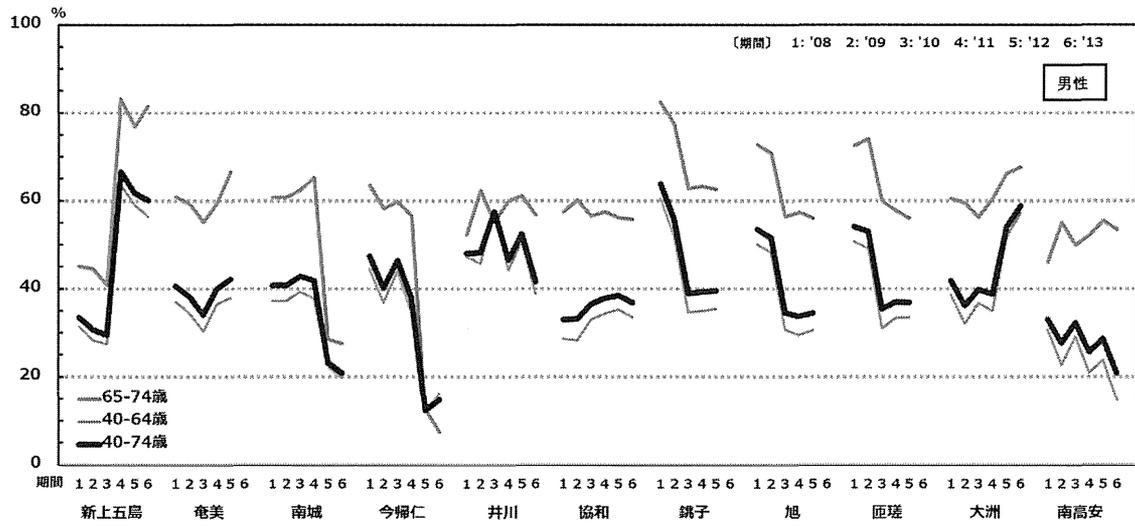
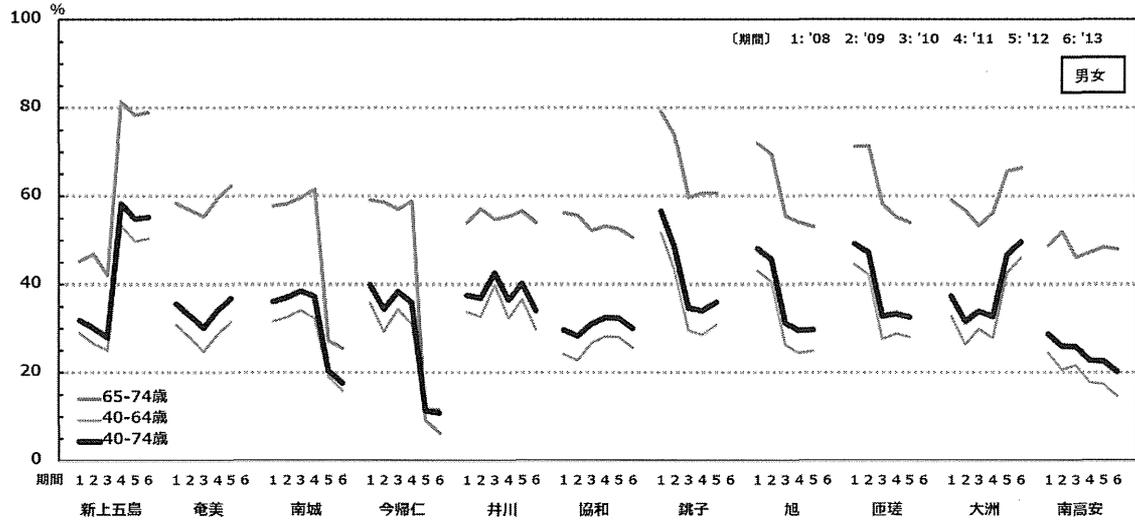


図 5-4 地域別、年齢層別にみた糖尿病の有病割合の推移 (2008-13 年)

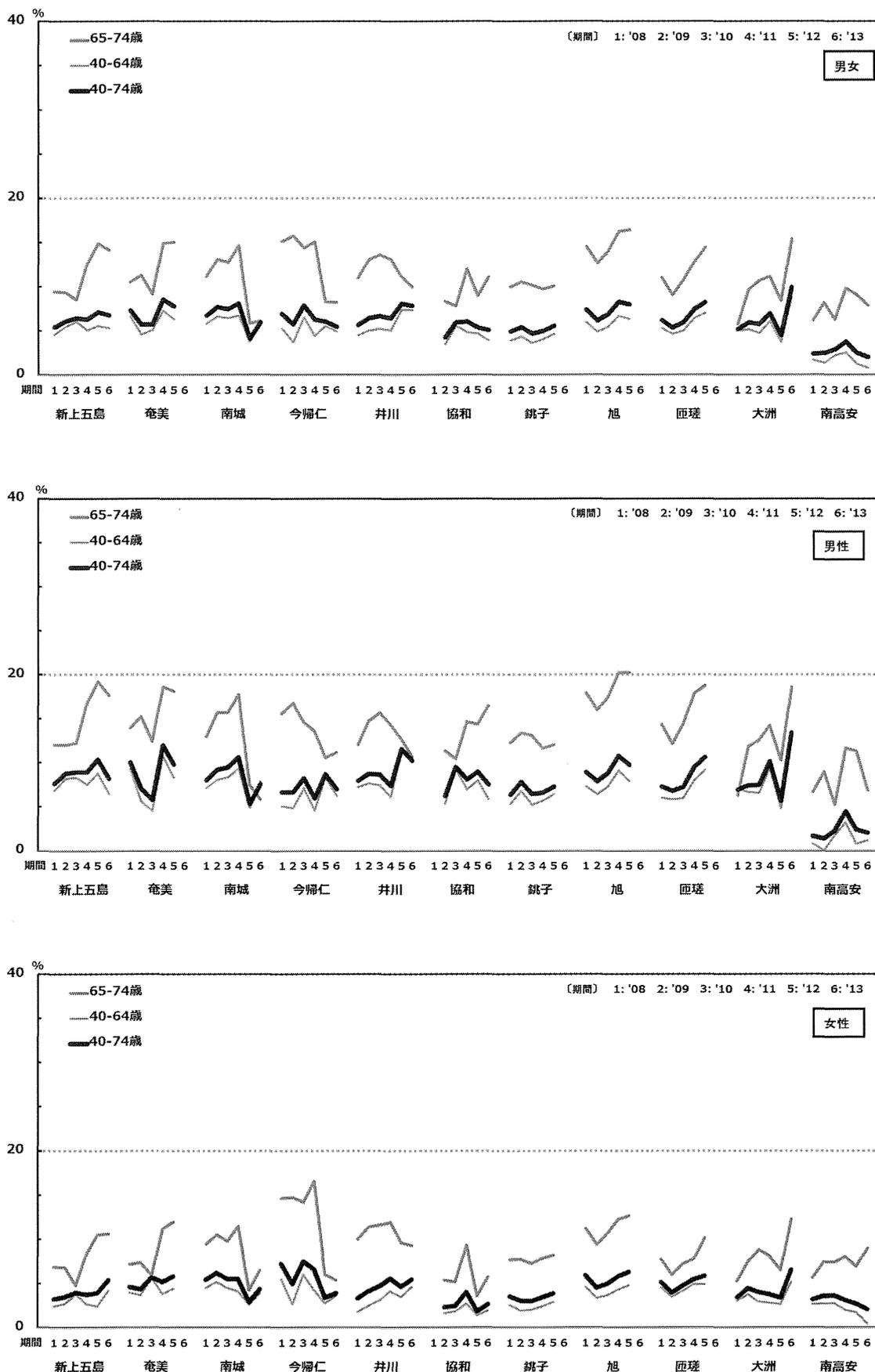


図 6-1 1972-76 年から 2012-2013 年までの全循環器疾患の年齢調整死亡率の変化

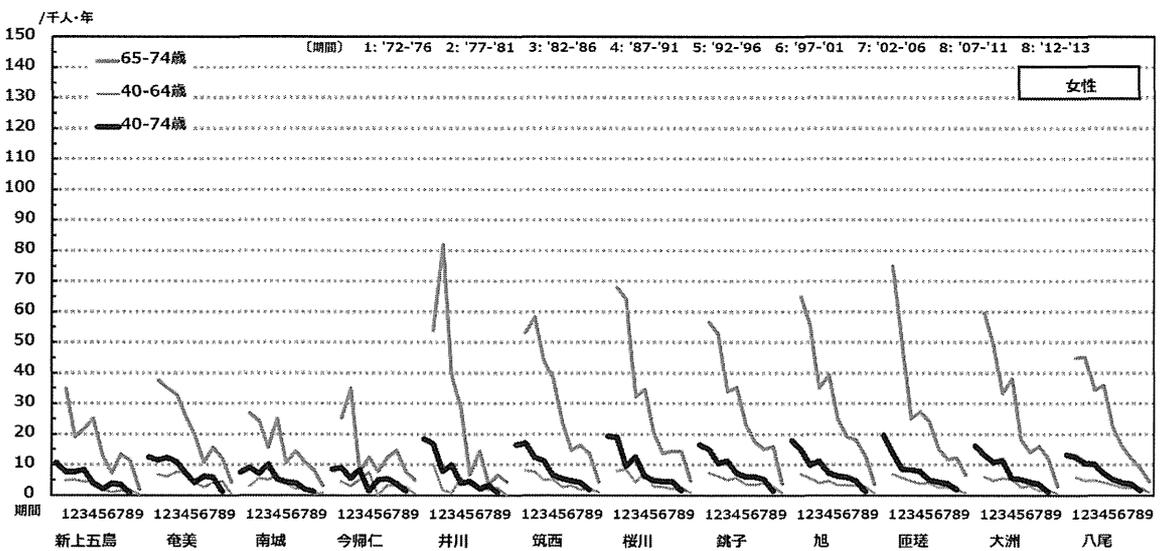
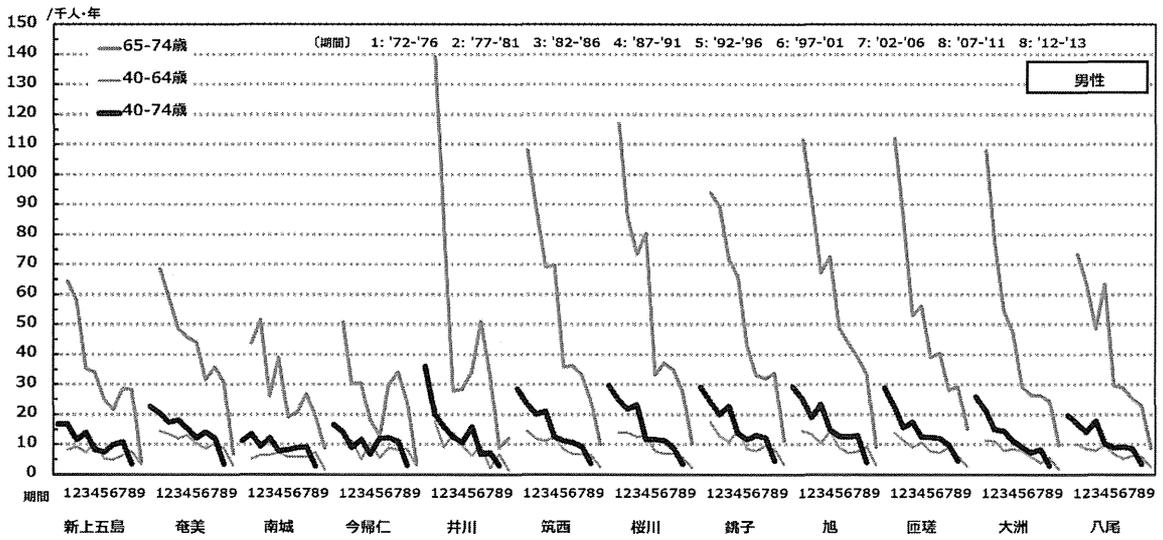
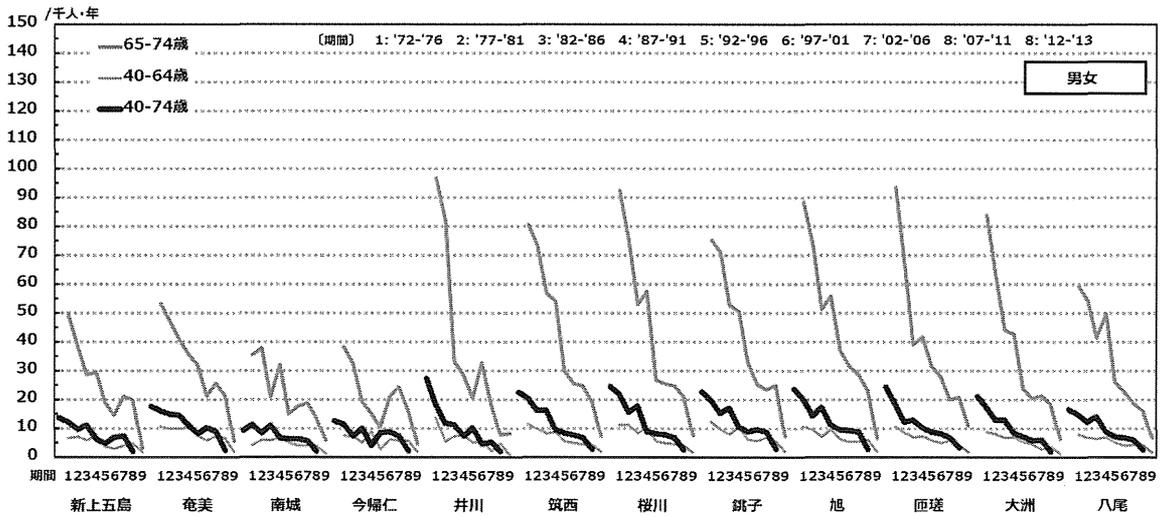


図 6-2 1972-76 年から 2012-2013 年までの脳卒中の年齢調整死亡率の変化

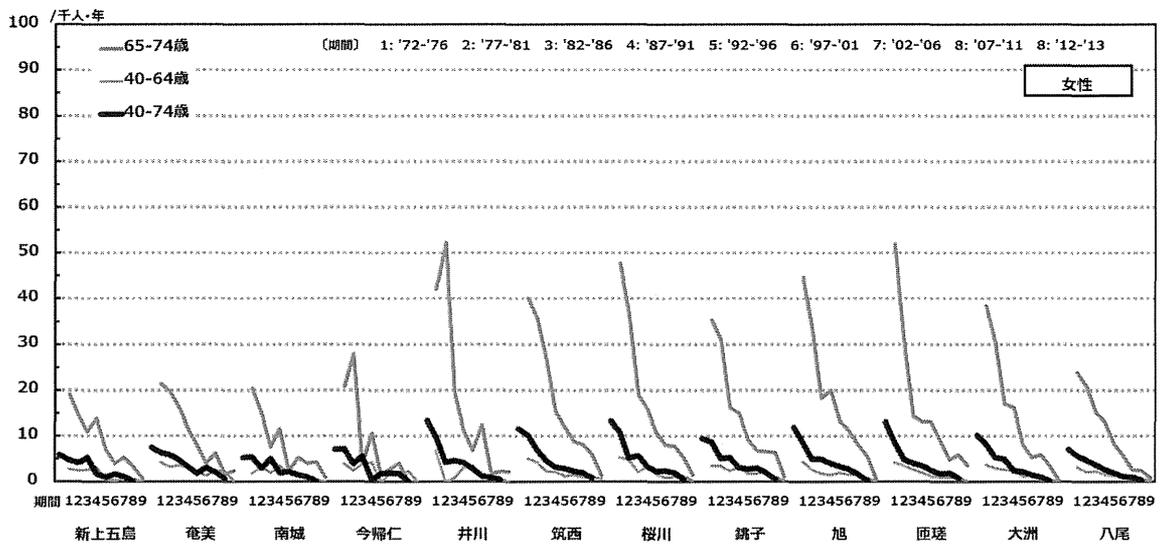
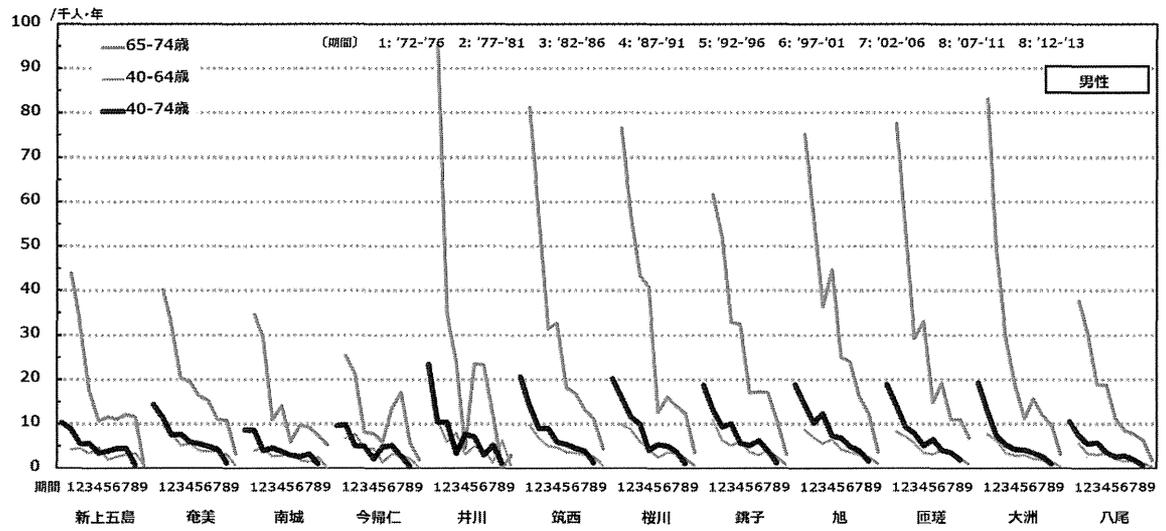
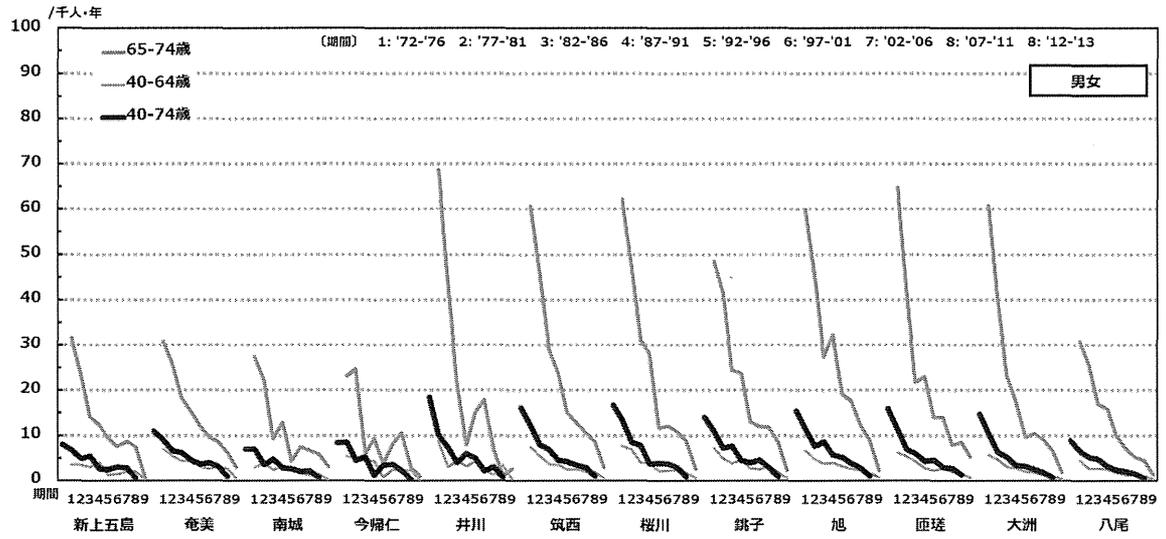


図 6-3 1972-76 年から 2012-2013 年までの虚血性心疾患の年齢調整死亡率の変化

