

平成 25～27 年度 施策グループ総合報告

「施策実効性の検討」

研究分担者 尾形 裕也 東京大学政策ビジョン研究センター健康経営研究ユニット
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健康経営研究ユニット
研究協力者 津野陽子 東京大学政策ビジョン研究センター健康経営研究ユニット
研究協力者 市川太祐 東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻
研究協力者 福元梓 東京大学大学院 医学系研究科 客員研究員

研究要旨

本研究では、健診実施率の構造を探り、健診を起点とした保健事業の設計に資する検討を行った。健診受診者に個々人の健診結果に基づき、自身の健康状況の理解や生活習慣の改善行動を促すプログラムへの登録(参加)を促すことで、次年度の経年受診率を確認したところ、健診受診後に意識・行動変容を促すプログラムへの登録が経年受診率を上げる方向に働いた。特に、初めて健診を受けた際や受診間隔が空いて受診した者へ効果的である可能性が示唆された。健診受診を保健事業の起点と捉え、健診の動線上に健診受診後に自身の健康状況を理解し、必要な行動変容を促す仕掛けを導入することが重要と考える。また、重症疾患の発症率の構造を捉えることで、効果的な介入方策の検討を行った。対象は本研究班に参加する複数の健保組合の被保険者であり、特定健診データおよびレセプトデータを活用した。その結果、重症疾患の発症状況については、健保組合相互の差異が可視化され、全体では服薬者では非服薬者をうわまわった。服薬者・非服薬者ともに、発症率は非肥満よりも肥満のほうが、また動脈硬化リスクが大きいほど高い。非服薬者では、肥満・非肥満ともにリスクが大きくなるほど発症率は2倍以上高まっていたが、その一方で、服薬者ではリスクの大きさによる差は大きくなかった。肥満化する前段階、リスクが小さい段階からの早期介入、また服薬が必要なレベルになる前段階での働きかけの意義が示唆された。今後、服薬のタイミングやコンプライアンスの影響を検証することが課題である。

A. 研究目的

特定健診制度導入後、医療保険者の種別により、健診の実施率に大きな差がみられる。健診実施率が高い集団は経年受診をする被保険者の割合が高い構造であり、実施率向上施策を検討するうえで、健診受診者が経年で受診を継続するよう働きかけることが重要となる。そこで、健診受診者に意識・行動変容を促した際の、健診の継続受診に及

ぼす効果を検証することを目的とした。

また、データヘルス計画の導入により、医療保険者には地域および職域集団の健康課題に応じた効果的な予防施策が求められる。そこで、重症疾患の発症率の構造を捉えることで、効果的な介入方策の検討への示唆を得ることを目的とした。

B. 研究方法

(1) 健診実施率の構造

P 健診機関で研究を開始した平成 25 年度(平成 25 年 8 月から平成 26 年 3 月)の健診受診者(n=38,619)を対象として意識・行動変容を促していくためにプログラムを活用した。個々人の健診結果に基づき、健診受診者が自身の健康状況を理解したうえで、自らにあった生活習慣改善方法を知り、改善行動を継続するための支援機能などのあるプログラムとした。平成 25 年度の健診受診者が平成 26 年度に受診をしたか否かを確認し、継続受診の推進状況を把握した。

(2) 重症疾患の発症構造

特定健診データに基づき集団特性(健康分布)を把握し、それぞれのリスク別の割合・ボリュームを把握した。レセプトデータと特定健診データとの突合分析により、重症疾患(心筋梗塞、脳梗塞、脳出血、腎不全)の発症状況を服薬者、非服薬者ごとに把握した。

C. 研究結果

(1) 健診実施率の向上

P 健診機関で平成 25 年度(平成 25 年 8 月から平成 26 年 3 月)に健診を受診した 38,619 人の平成 26 年度中の受診率をみると、プログラム未登録者は 68.8%であり、プログラム登録者では 82.3%となっていた。ここで、平成 25 年度の受診者を平成 24 年度に受診歴がない者とある者に分けると、受診歴なしではプログラム未登録者は 38.6%、プログラム登録者では 62.7%であった。受診歴ありではプログラム未登録者は 76.7%、プログラム登録者では 85.7%であった。

(2) 重症疾患の発症構造

服薬・非服薬別の健康状況をみると(健康分布)、服薬者のほうが肥満の割合が 61.6%と高く(非服薬者は 35.1%)、特に肥満における受診勧奨域の割合が 42.0%(同 21.3%)と高くなっていた。重症疾

患の発症状況については、集団全体では 0.29 であるが、服薬者では 0.72 と非服薬者の 0.19 をうまわわっている。服薬者・非服薬者ともに、発症率は非肥満よりも肥満のほうが、また動脈硬化リスクが大きいほど高かった。非服薬者では、肥満・非肥満ともにリスクが大きくなるほど発症率は高まっていた(リスクなし 受診勧奨域で 2.1~2.2 倍)。その一方で、服薬者の発症率は、リスクの大きさではそれほど大きな差は見られなかった(リスクなし 受診勧奨域で 1.1~1.4 倍)。

D. 考察

(1) 健診を起点とした保健事業の設計

個々人の健診結果に基づき、自身の健康状況の理解や生活習慣の改善行動を促すプログラムの登録者の経年受診率は、未登録者に比較して 13.5%高くなっていた。平成 24 年度の受診の有無別にみても、プログラムの登録者の経年受診率は、未登録者に比較してそれぞれ 9.0%、24.1%高い。これらのことから、健診受診後に意識・行動変容を促すプログラムへの参加勧奨が経年受診率を上げる方向に働いたことが示された。

また、平成 24 年度に健診受診がない者の経年受診率は 39.7%と、受診がある者の 77.4%に比べて低くなっている。プログラム登録の有無による経年受診率の差は、受診歴がない者のほうが大きく、働きかけによる効果が期待される。したがって、特に初めて健診を受けた際や受診間隔が空いて受診した者に働きかけを実施することが重要である。

意識が低い受診者であっても、健診受診を保健事業の起点と捉え、健診受診後に自身の健康状況を理解し、必要な行動変容を促すことは有意義であり、健診の動線上に事業参加を促す仕掛けを導入することが重要と考える。

(2) 重症疾患の発症予防

服薬者、非服薬者いずれに関しても、肥満や動脈硬化のリスクが高いほど重症疾患の発症率が高

いことが示された。発症率は非服薬者に比べて服薬者が高い状況であった。

本研究の分析結果から、重大な疾患の発症を防ぐ視点から、肥満化する前段階、リスクが小さい段階からの早期介入が重要であること、また服薬が必要なレベルになる前段階での働きかけの意義が示唆された。

今後は、重症疾患ごとに分類した分析や、経年データの蓄積および分析により、リスクが表れてからの年数による差異の存在を把握することで、服薬のタイミングや服薬のコンプライアンスの影響を検証することが課題である。

E. 結論

健診受診後に意識・行動変容を促すプログラムへの登録(参加)が経年受診率を上げる方向に働いた。特に、初めて健診を受けた際や受診間隔が空いて受診した者へ効果的である可能性が示唆された。一方、重症疾患の発症率の構造を明らかにしたことで、肥満化する前段階、リスクが小さい段階からの早期介入、また服薬が必要なレベルになる前段階での働きかけの意義が示唆された。

G. 研究発表

1. 尾形裕也:健康経営とコラボヘルス, 健康保険 2013; 67(9): 16-21.
2. 尾形裕也:保険者機能の現状と課題, 週刊社会保障 2013;67(2742):26-31.
3. 津野陽子:保険者機能の発揮による健康増進, 第 51 回日本医療・病院管理学会学術総会,オーガナイズドセッション,京都
4. Soichi Koike, Furui Yuji: 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
5. 古井祐司:データヘルス計画について;新たな成長戦略下での効果的な保健事業;週刊社会保障 2014;68(2791):23-24.
6. 古井祐司:従業員への健康投資は会社を変える;労働事情 2015;7(1299):1-5.
7. 古井祐司:データヘルス計画に一步踏み出そう;愛知の国保 2015;1(614):4-5.
8. Furui Yuji: Changes in Walking Styles in the Elderly after the Presentation of Walking Patterns ; Advances in exercise and sports physiology,2015,21(3),59-65

H. 知的所有権の取得状況

なし