

診療連携体制構築：健診結果に基づく保健指導、受診勧奨の推進

研究分担者 旭 浩一 岩手医科大学医学部 教授

研究要旨

生活習慣病対策、CKD早期発見・早期治療を推進するため、健診受診者に対する保健指導および受診勧奨等の実態を調査し、保健指導の推進に資する保健事業評価法を考案・検討した。

A. 研究目的

1) 健診受診者に対する保健指導および受診勧奨等のフィードバックの実態調査

健診結果に基づく保健指導、受診勧奨による生活習慣病対策、CKD 早期発見・早期治療を推進する。

2) 5つの健康習慣による生活習慣スコアリングを活用した保健指導の推進

CKD 重症化予防のための保健指導の効果の評価のためのアウトカム指標として、介在する諸要因の総合的な効果である新規透析患者数や死亡などのハードアウトカムや医療費などを設定することは必ずしも適切ではない。特定健診のデータを用いて保健指導の直接的な効果である、住民・患者の行動変容を定量的・経時的に評価する方法を検討し、有効な保健指導の推進に資する。

B. 研究方法

1) 健診受診者に対する保健指導および受診勧奨等のフィードバックの実態調査

各保険者（国民健康保険、各種被用者保険）における特定健診・各種検診における腎臓関連検査の実施状況、検査結果に基づく保健指導および受診勧奨等のフィードバックの実態（実施状況、基準運用）、現況の背景となる地域の実情について調査する。調査対象：都道府県の国保連合会、協会けんぽ都道府県支部、調査項目：①特定健診での血清クレアチニン（eGFR）測定の有無、②尿蛋白または血清クレアチン（eGFR）以外（尿中アルブミン定量等）の腎臓病関連の検査の実施の有無、③尿蛋白または血清クレアチン（eGFR）に関するフィードバックの有無と内容（受診勧奨、保健指導（口頭）、情報提供（印刷物など））、④フィードバックの基準（フィードバック文例集に準拠、独自の基準）、⑤受診勧奨にあたっての医師会や医療機関等との連携（医療機関リストの作成や、連携協定等）の有無、⑥フィードバック対象者の経年的なフォローアップの有無等。

2) 5つの健康習慣による生活習慣スコアリングを活用した保健指導の推進

福島県国民健康保険団体連合会の保健事業の取り組みとして市町村の KDB データから基準年に特定健診を受診した住民のデータを抽出し、受診者の生活習慣を5段階にスコア化し、翌年のスコアと集団ならびに個別に比較可能な帳票を作成する。生活習慣のスコア化は次の各項目を利用する。①【BMI】25 kg/m²未満、②【質問票】たばこは吸わない、または禁煙に成功した、③【質問票】1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施しているかつ、日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している、④【質問票】朝食を週に4日以上食べるかつ、朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物をほとんど摂取しない、⑤【質問票】お酒は節酒している（日本酒なら1日1合未満またはほとんど飲まない）。これら①～⑤の項目を満たす場合1点とし、0点から5点を与える。高得点であるほど望ましい生活習慣と考える。

上記帳票を用いて集団ならびに個別の生活習慣スコアの変化を可視化し、基準年におけるスコアや特定保健指導の有無別に行動変容や生活習慣病やCKD発症との関連を県レベル、市町村レベルでそれぞれ予備的に検討する。

C. 研究結果

1) 健診受診者に対する保健指導および受診勧奨等のフィードバックの実態調査

それぞれの実情により悉皆的な実態把握が困難な保険者が多く、調査が遅延した。

2) 5つの健康習慣による生活習慣スコアリングを活用した保健指導の推進

生活習慣の経年的変化（行動変容）の評価が可能な基本的な帳票が作成された（図1, 2）。

	0	翌年の継続受診者の生活習慣スコア								基準年 生活習慣 スコア					
		0	1	2	3	4	5	0	1						
基準年の継続 受診者の生活 習慣スコア	1,197	462	38.6%	319	26.6%	93	7.8%	12	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	310	
	1	9,724	252	2.6%	4173	42.9%	2,269	23.3%	524	5.4%	60	0.6%	1	0.0%	2,445
	2	32,331	61	0.2%	1981	6.1%	16,188	50.1%	5,952	18.4%	891	2.8%	52	0.2%	7,206
	3	48,651	9	0.0%	393	0.8%	5,366	11.0%	26,637	54.8%	6,076	12.5%	407	0.9%	9,643
	4	21,074	0	0.0%	38	0.2%	688	3.3%	5,577	26.5%	6,590	45.5%	1,129	5.4%	4,052
	5	3,300	0	0.0%	0	0.0%	45	1.4%	362	11.0%	1,129	34.2%	1,124	34.1%	640

図1:特定健診受診者の生活習慣スコアの基準年から翌年にかけての変化の帳票。青は改善、赤は悪化を示す。数字はダミー。

生活習慣改善率	〇〇町	二次医療圏別 (東北地域)	福島県
健診受診者	改善割合 維持割合 悪化割合	人 %	
特定保健指導対象者	改善割合 維持割合 悪化割合		
特定保健指導対象者	改善割合 維持割合 悪化割合		

図2:特定保健指導実施の有無による生活習慣スコアの基準年から翌年にかけての変化の帳票。二次医療圏、全県との比較をフィードバックする。

上記帳票を基盤に全県、人口の多い市町村などより大きな集団で予備的に検討した結果、特定保健指導実施群では非実施群と比して翌年の生活習慣スコアの改善率ならびに特定健診継続受診率が高い傾向を認めた。また基準年のスコアが低い群（0-2点）に比してスコアが高い群（3点以上）で高血圧、糖尿病、CKD（蛋白尿）の新規発症のオッズ比が低い傾向が観察された。但し個別の市町村レベルではこの傾向にばらつきが見られた。

D. 考察

1) 健診受診者に対する保健指導および受診勧奨等のフィードバックの実態調査

可能な限り広範な対象に対し調査を進めるため調査対象ならびに調査項目の再検討が必要と考えられた。

2) 5つの健康習慣による生活習慣スコアリングを活用した保健指導の推進

帳票の作成により市町村単位での保健指導の直接的な効果である、住民・患者の生活習慣や健診受診行動などの行動変容を保健指導実施有無別、保有リスク別に定量的・経時的に可視化することが可能となり、保健指導対象者に対する当該年度の自らの保健指導の効果を検証しつつ、他市町村、県レベルのデータとの比較により各市町村での保健指導の方法や内容のPDCAサイクルを回す際の有用な検討材料とすることができると考えられる。

また、より長期の経年変化を分析することにより、住民の行動変容と高血圧症、糖尿病、慢性腎臓病（蛋白尿、腎機能低下）などの新規発症・重症化との関連の解析も可能となると考えられる。

このようなKDBからのデータ抽出による帳票作成や解析、各市町村の保健指導の方法や内容の共有にあたっては、マンパワーや技術的な観点から各都道府県レベルの保健当局や国保連合会が市町村の保健事業の支援の一環として積極的に関与す

ることが重要と考えられる。

E. 結論

全国レベルでの保健指導および受診勧奨等の実態把握には至らなかった。一方、都道府県レベルでの保健事業として、5つの健康習慣による生活習慣スコアリングを活用した住民の行動変容と保健指導の効果検証を可能とする帳票作成を試み、保健指導の効果の評価と効果的な改善を通じ、保健指導の推進に有用である可能性が示唆された。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし。
2. 学会発表
なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
なし。