

保険者の保健事業の 展開にむけて

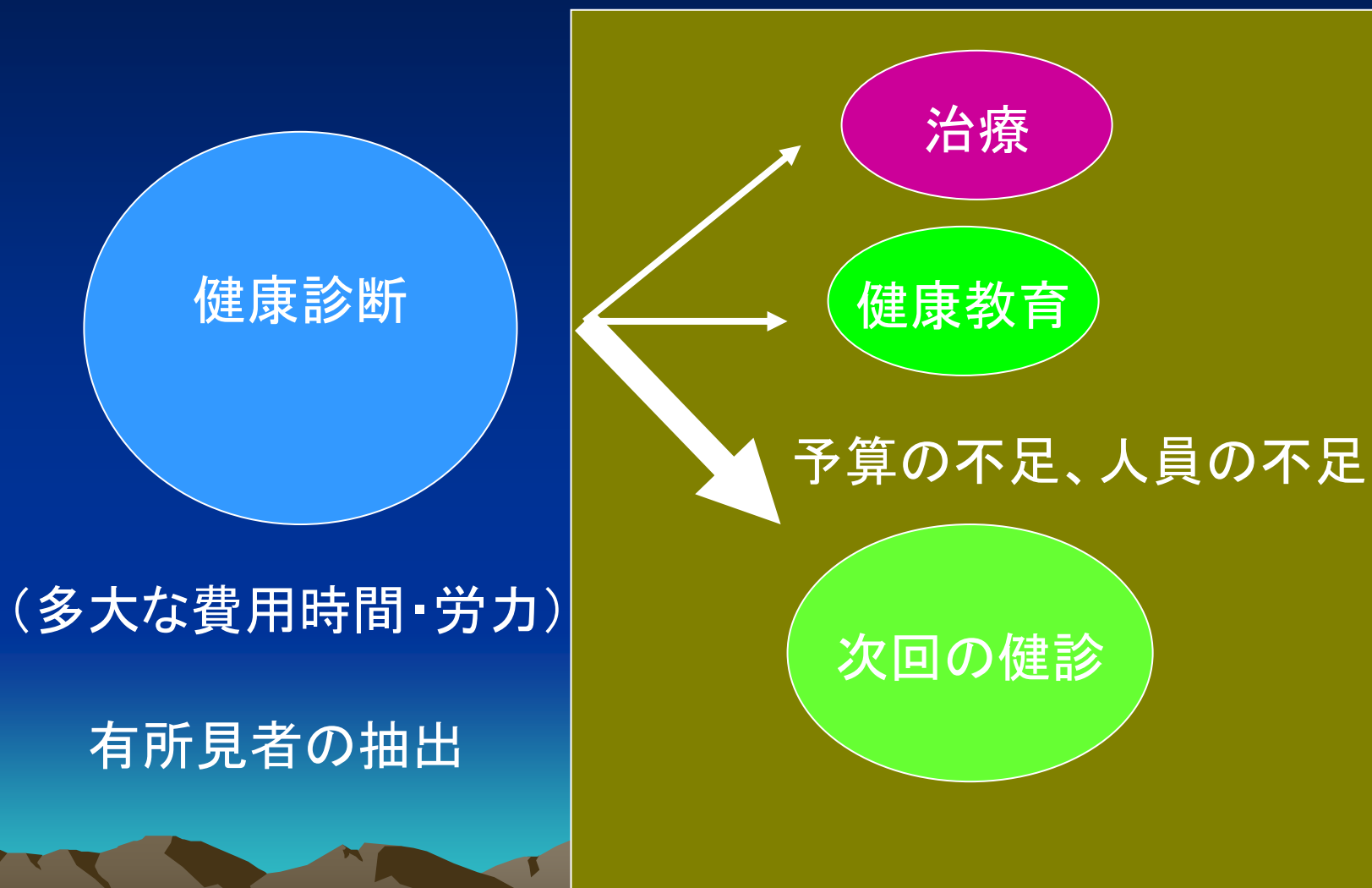
国立循環器病センター

予防検診部

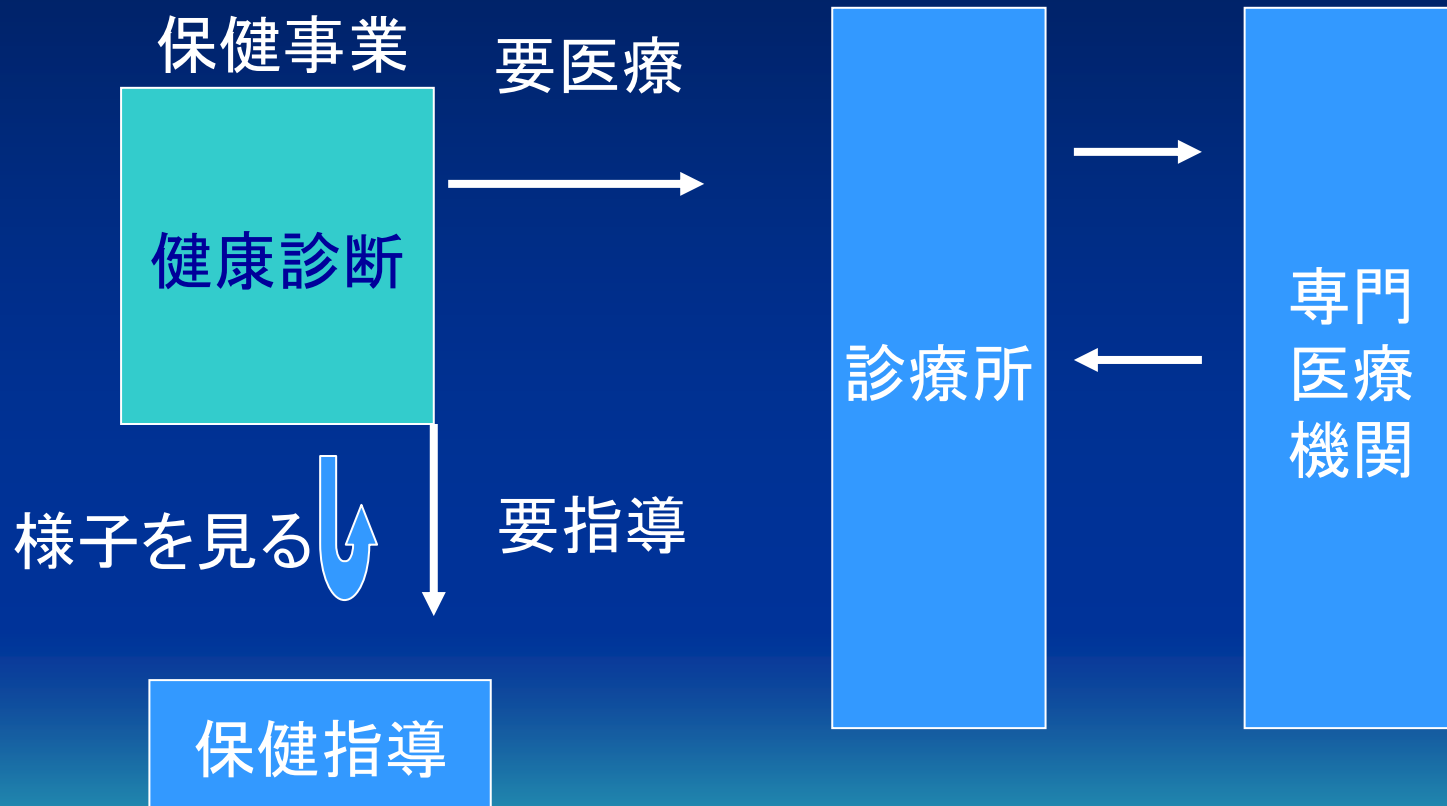
岡山 明



健康診断と健康教育



従来型の保健と医療の関係



・受診者の行動が把握できない (中断)

老人保健事業の功罪

- 幅広い検診機会の提供
- 市町村主導の健康作り体制の整備
- ×実績報告と事業評価が混同
- ×対象者の把握が困難
- ×対象者のフォローが困難
- ×住民全体を対象とした保健事業が困難
- ×都道府県の関わりの減少

国の政策方針が変わってきた

— 国と地方の役割の明確化 —

☆ 国の役割 (総論)

制度・予算・評価方法を決定する
予算制度を通じた地方政策の誘導
地方の取り組みのための大方針の決定
地方の取り組みの支援

☆ 地方の役割 (各論)

実施計画・実施体制・評価体制を整備
計画的な実施
医療経済学的な視点による評価・改善

先進的な取り組みをするほど有利

特定健康審査・保健指導

- 医療保険法改正に盛り込まれた健康増進に関する新しい考え方
- 医療保険の枠組みの中で健康管理を実施する。
- 高齢者医療分担金と健康管理状況のリンク
- メタボリック症候群をキーワードにした保健事業の見直し
- リスクに応じた3種類の支援

循環器疾患の古典的危険因子とは

- 高血圧
- 高コレステロール血症
- 糖尿病
- 喫煙
- 運動不足
- 肥満



新しい保健と医療の関係

保険者としての機能の発揮

保健事業

健康診断

要医療

情報収集

要指導

保健指導 A

保健指導 B

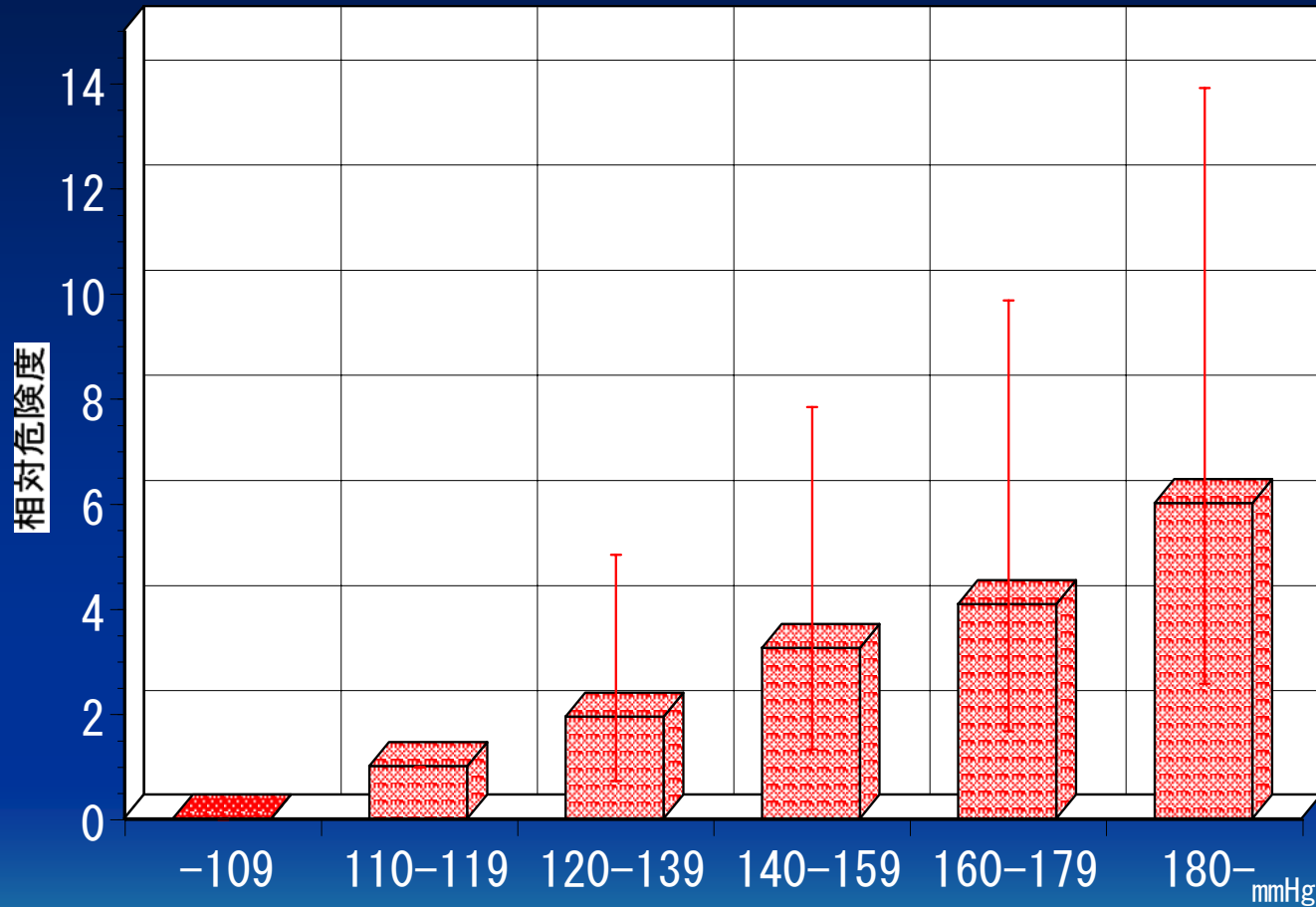
保健指導 C

診療所

専門
医療
機関

・受診者の行動が把握できる (中断がない)

SBPと脳卒中死亡の相対危険度（女性）（全体）



* 脳卒中の既往がない群で、高血圧剤服薬を問わない集団で、追跡期間中に脳卒中で死亡した群。

(全体)

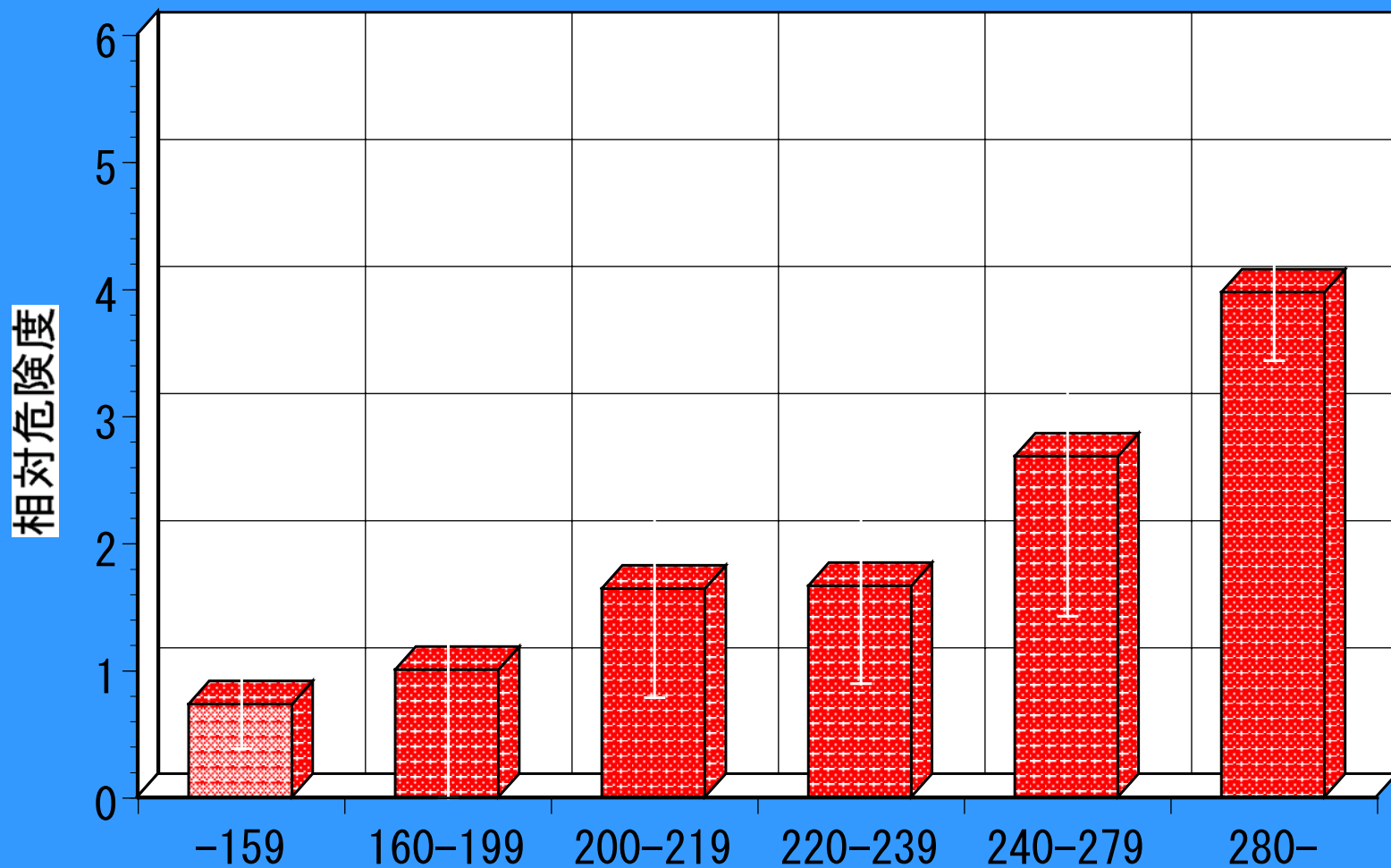


図1 血清コレステロール値レベルと虚血性心疾患死亡の相対危険度 (男性)

糖尿病の二つの顔

肥満・運動不足など



+ 遺伝・加齢

糖尿病

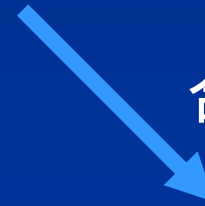
危険指標



心筋梗塞

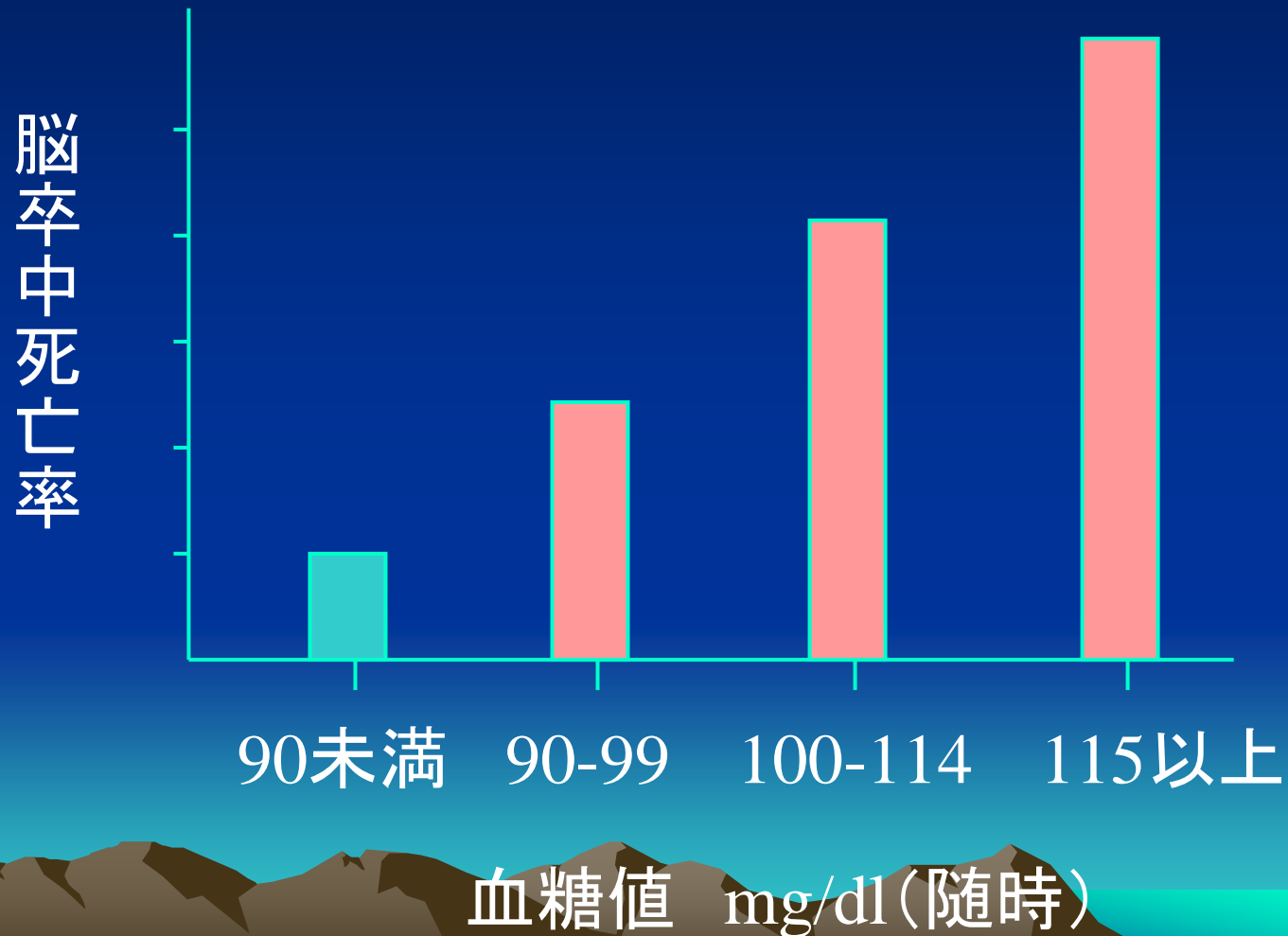
脳卒中

合併症

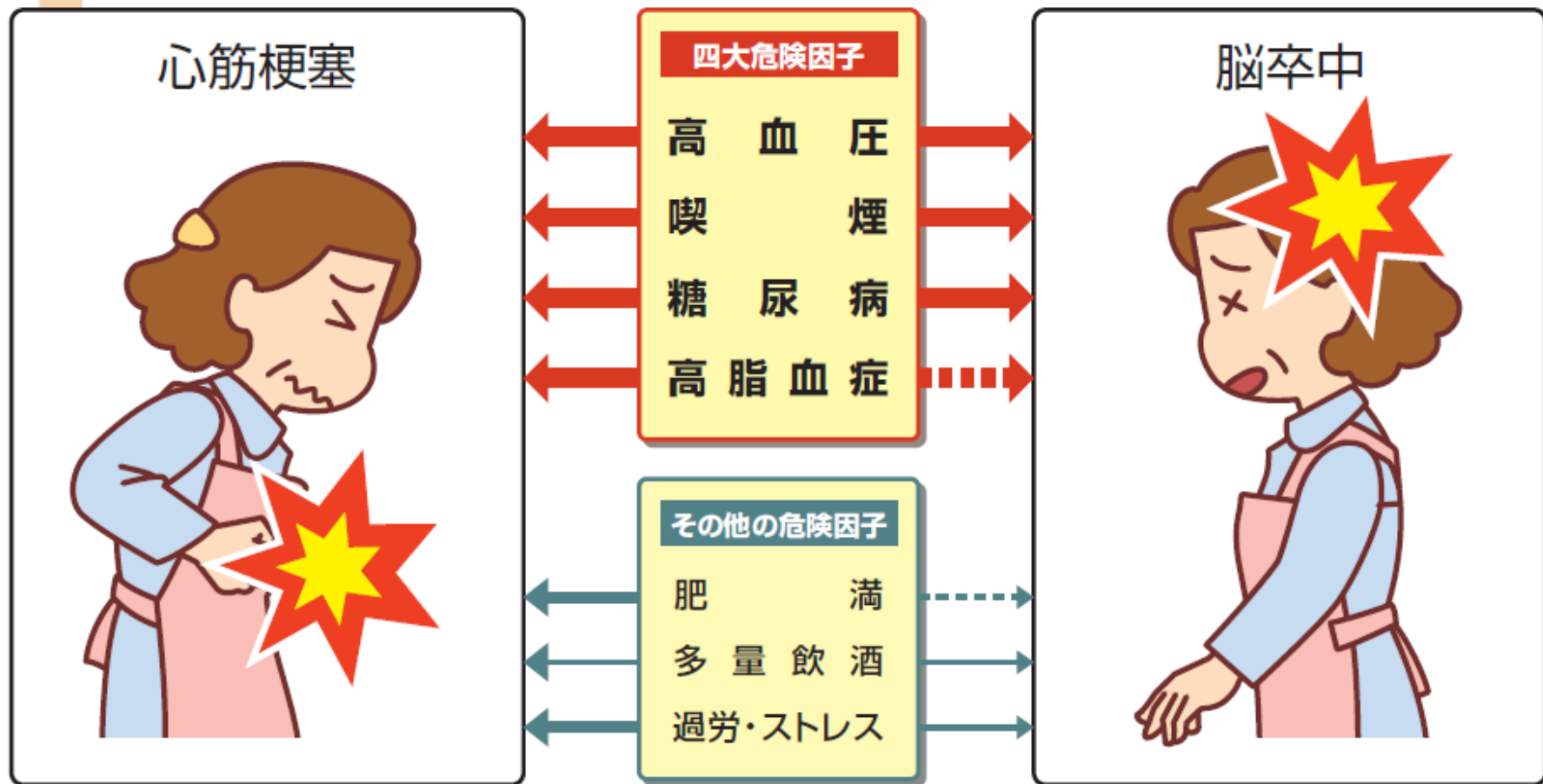


腎不全
網膜症など

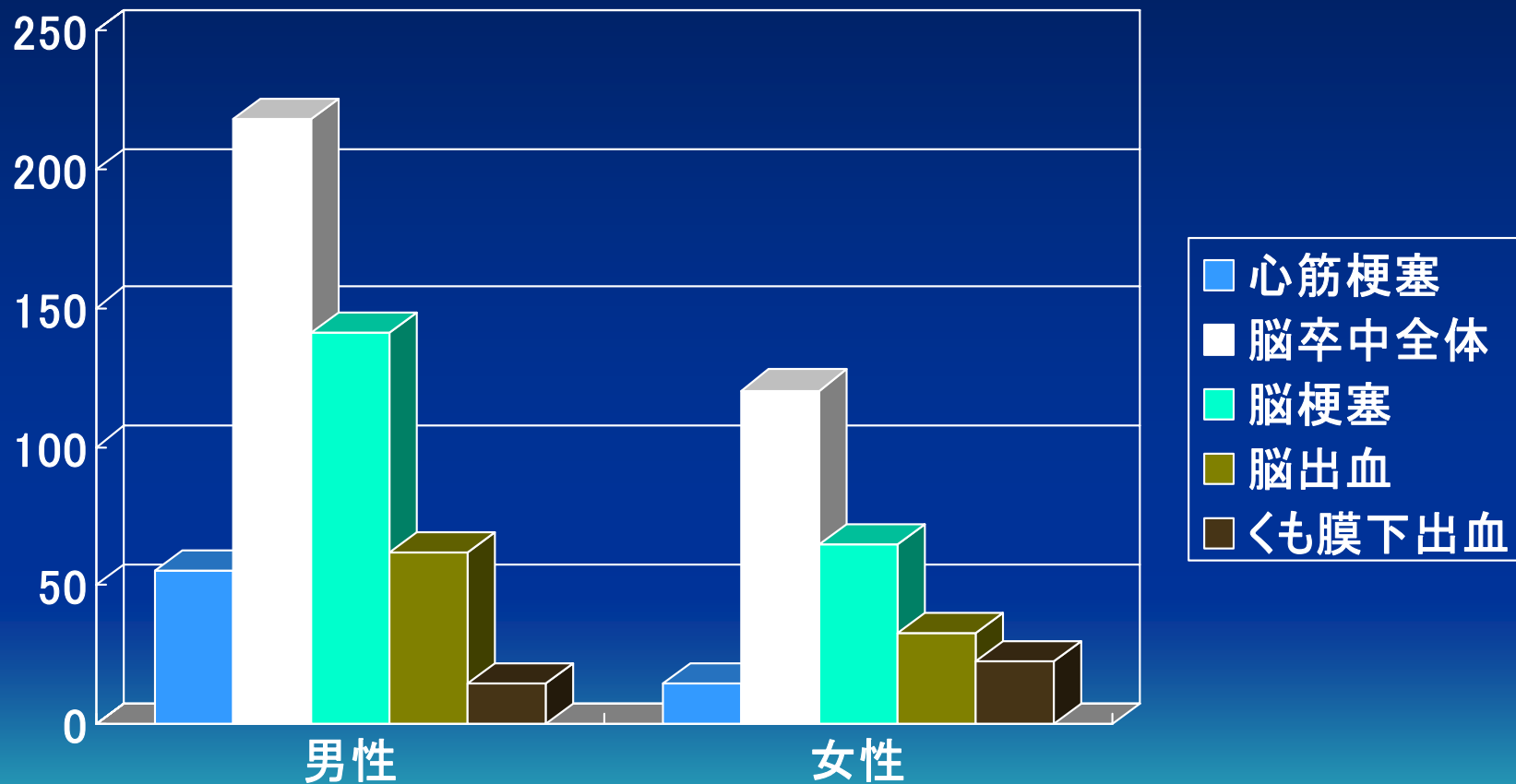
● 危険指標としての糖尿病



心筋梗塞と脳卒中のリスク



我が国の脳卒中と 心筋梗塞の発症率

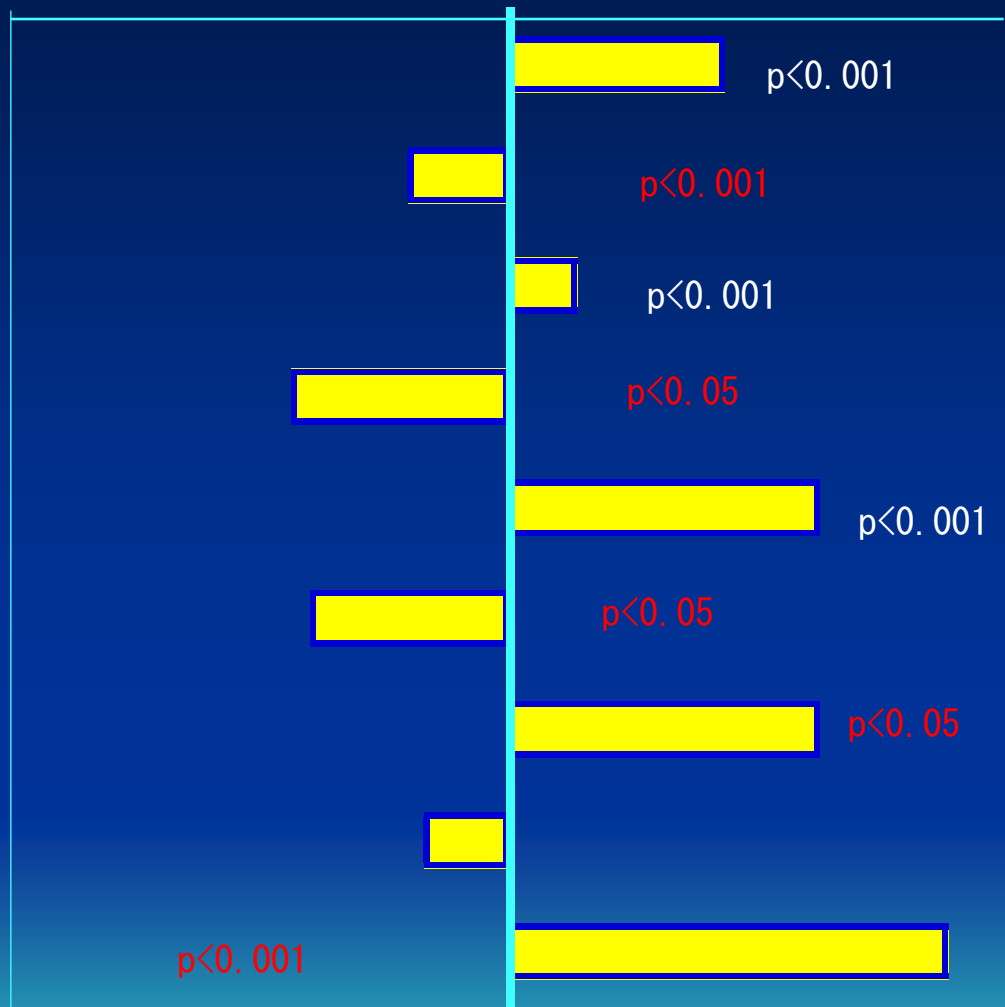


地域発症登録1989-1993

多重 Logistic Model 解析結果 (総死亡とADL低下)

(n = 3610)

高血圧でない	高血圧
Chol 200mg/dl	240mg/dl
B. S. 100mg/dl	140mg/dl
男性	女性
吸わない	20~39本吸う
飲まない	毎日飲む
禁酒しない	禁酒
23kg/m2	25kg/m2
55歳	60歳



標準値 比較値 0.5 1 2 相対危険度

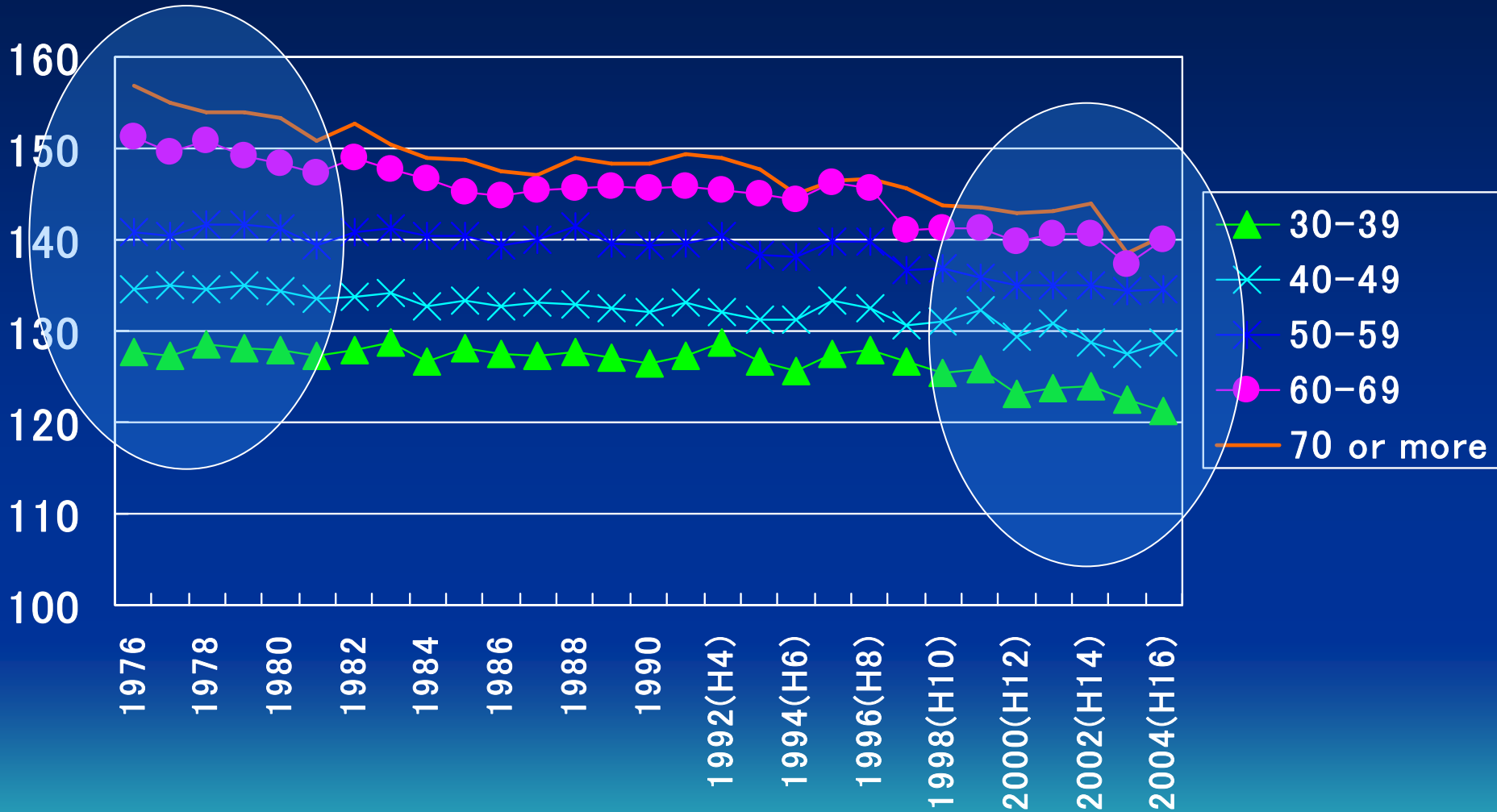
因子の重複とリスク増加

- 死の四重奏
- 多重リスク症候群
- メタボリック症候群



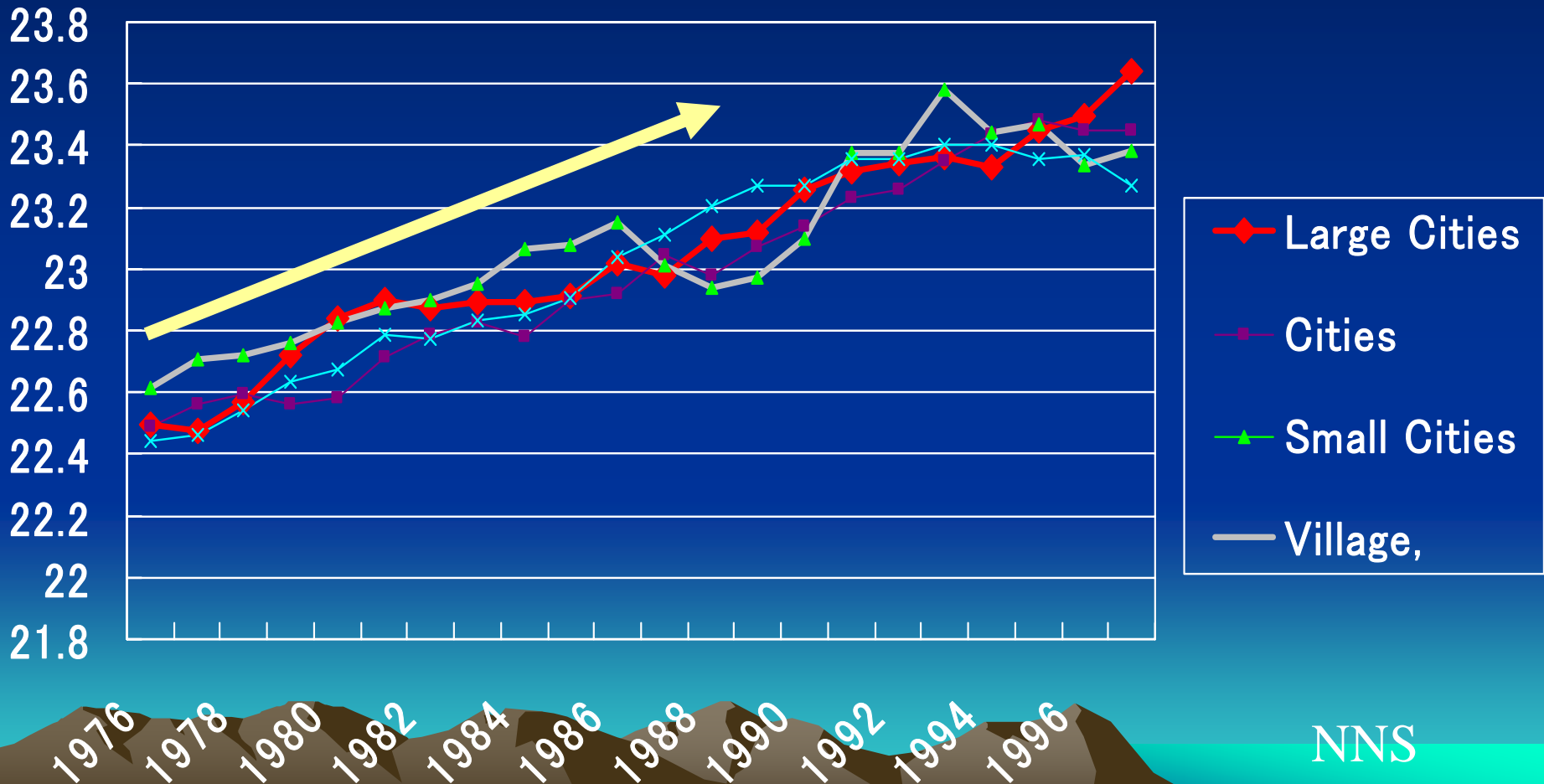
最大血圧値の推移

mmHg



BMIの変化

(with Population size specific data, 30—69 Years, Men)



高血圧を中心とした富士山型リスクから多因子が重複した八ヶ岳型リスクへ

- 単一の圧倒的なリスクである高血圧中心から多因子がそれぞれ影響する。



メタボリック症候群

—内臓肥満を背景とした循環器疾患ハイリスク状態—

- 肥満（腹囲）
- 高中性脂肪血症
- 低HDL血症
- 血圧上昇
- 血糖上昇



メタボリックシンドロームの 日本の診断基準(2005)

内臓脂肪(腹腔内脂肪)蓄積

ウエスト周囲径(腹囲) (内臓脂肪面積 男女とも $\geq 100\text{cm}^2$ に相当)	男性 $\geq 85\text{cm}$ 女性 $\geq 90\text{cm}$
--	--

上記に加え以下のうちの2項目以上

高トリグリセライド(TG)血症 かつ/または 低HDLコレステロール(HDL-C)血症	$\geq 150\text{mg/dl}$ <40mg/dl (男女とも)
収縮期血圧 かつ/または 拡張期血圧	$\geq 130\text{mmHg}$ $\geq 85\text{mmHg}$
空腹時血糖	$\geq 110\text{mg/dl}$

* ウエスト径は立位、臍レベルで測定。

* 高TG血症、低HDL-C血症、高血圧、糖尿病に対する薬物治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。

注意

- 高コレステロール血症はメタボリック症候群に含まれていない

○なぜ？

○どうかんがえたらよいか



6 コレステロールを上げる食品・下げる食品

血清総コレステロールを
下げる食品



あまりかえない食品



血清総コレステロールを
上げる食品



高コレステロール血症

運動不足

肥満

生活習慣病の発症・重症化予防

○高血糖、高血圧、高脂血、内臓肥満などは別々に進行するのではなく、「ひとつの氷山（メタボリックシンドローム）から水面上に出たいくつかの山」のような状態

○投薬（例えば血糖を下げるクスリ）だけでは水面上に出た「氷山のひとつの山を削る」だけ

○根本的には運動習慣の徹底と食生活の改善などの生活習慣の改善により「氷山全体を縮小する」ことが必要

運動習慣の徹底

食生活の改善

消費エネルギーの増大
心身機能の活性化

摂取エネルギーの減少
正しい栄養バランス

代謝の活性化・内臓脂肪の減少
(良いホルモン分泌↑、不都合なホルモン分泌↓)

適正な血糖・血圧・血中脂質

体重・腹囲の減少

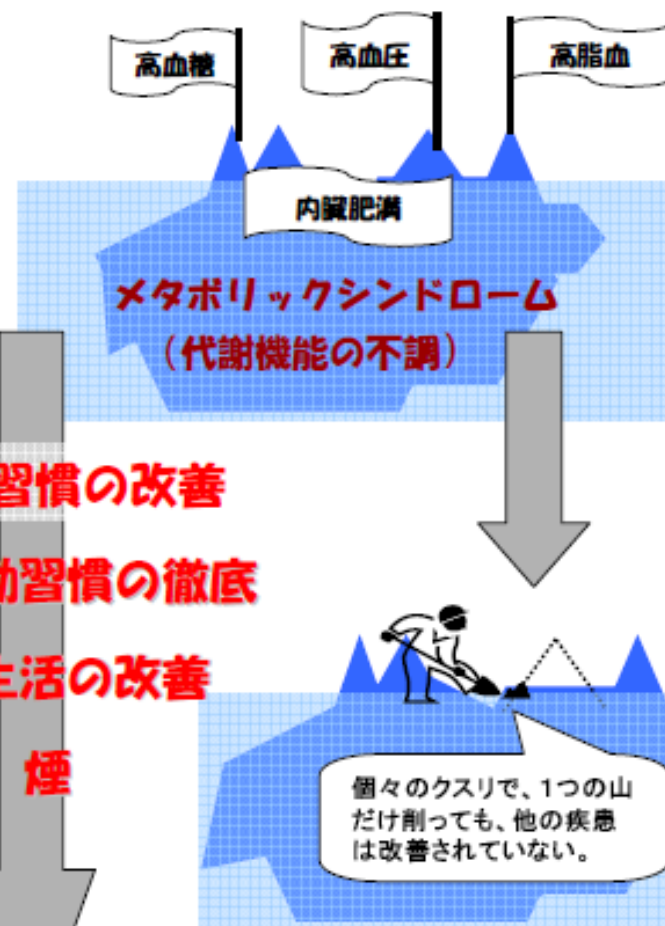
達成感・快適さの実感

継続

生活習慣の改善

- ・ 運動習慣の徹底
- ・ 食生活の改善
- ・ 禁煙

氷山全体が縮んだ！



個々のクスリで、1つの山だけ削っても、他の疾患は改善されていない。

メタボリック症候群をキーワード にした健康づくり

- 肥満を背景にした疾病群をまとめる考え方
表面に現れた疾病だけを薬物療法によって抑えても費用がかかる割に効果は少ない
→「とりあえず薬」ではいけない

生活習慣改善が疾病管理に重要な役割を果たすべきである

保健と医療の役割分担を変える可能性を秘めた考え方



個々の疾患（表現型：フェノタイプ）を 薬物治療しても効果は少ない

- 背景となる生活習慣を改善する必要性大
- 肥満 摂取エネルギー過多
運動不足
- 高血圧 減量、塩分、カリウム、
多量飲酒、運動
- 中性脂肪 減量、節酒、魚摂取、運動、
単純糖質の制限



生活習慣改善は表現型（疾患）に応じて行った方がよい

- 疾患により主因となる生活習慣は異なる
- 悪化した指標を効果的に改善する生活習慣をどう見つけるか

——> 支援者としての技術

- 実際の指標改善につなげる
- 継続への自信に結びつける



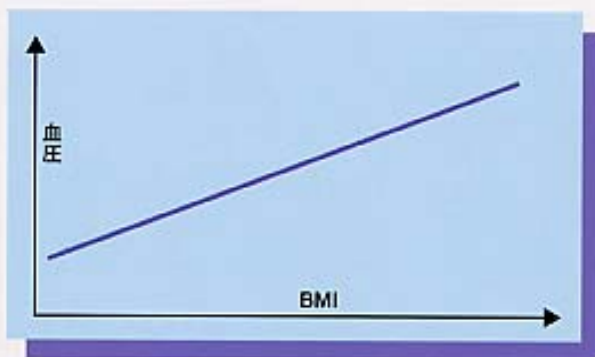
2

血圧をコントロールするための4本柱

生活習慣改善が高血圧の根本療法です

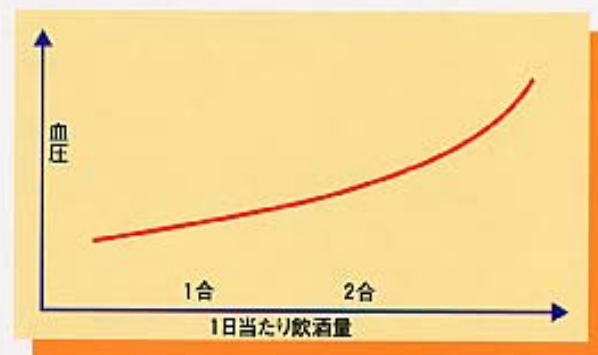
1 肥満解消

肥満度 (BMI) は適正値ですか



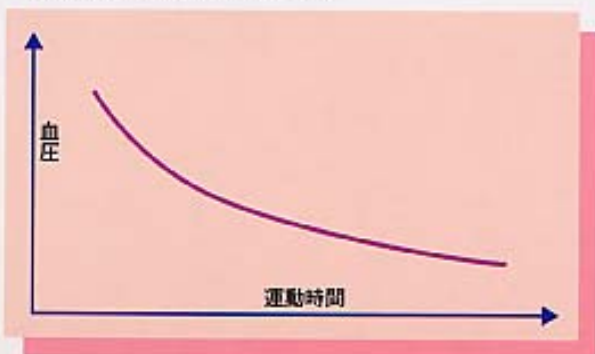
2 節酒

毎日飲み過ぎてはいませんか



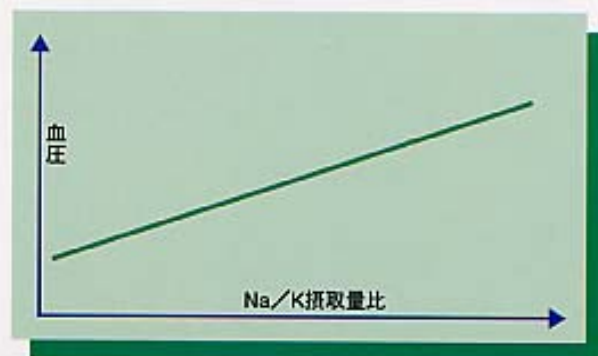
3 運動

ちゃんと歩いていますか
定期的な運動はしていますか



4 減塩・カリウム摂取

塩辛いものをたくさん食べていませんか
野菜を食べていますか



生活習慣病の健康教育は なぜ困難なのか - 1

- 疫学的背景が複雑
 - 多数の因子が複合していて
 - 時には矛盾している
- 栄養に関する広範な知識が必要
 - 主要栄養素の理解
 - 食生活調査法の把握
 - 食品の知識



生活習慣病の健康教育は なぜ困難なのか -2

- 運動に関する知識と技術
 - 継続的な運動の意義
 - 実施方法
 - 継続の支援
- 人の行動を変容させる技術
 - 対象者の意識をどう評価するか
 - 対象者の意欲をどう引き出すか
 - 対象者をどう支援するか

生活習慣病の健康教育は なぜ困難なのか — 3

- 全体を構成する技術
 - 企画
 - 募集
 - 実施
 - 評価
- 長期に支援する仕組み
 - 誰が何を行うのか

健康教育は総合技術である

- 企画・実施技術
- 疫学知識
- 栄養の知識・技術
- 運動の知識・技術
- 行動科学の知識技術
- 長期支援の体制作り



効果的なプログラムの共通要素

国保ヘルスアップモデル事業から

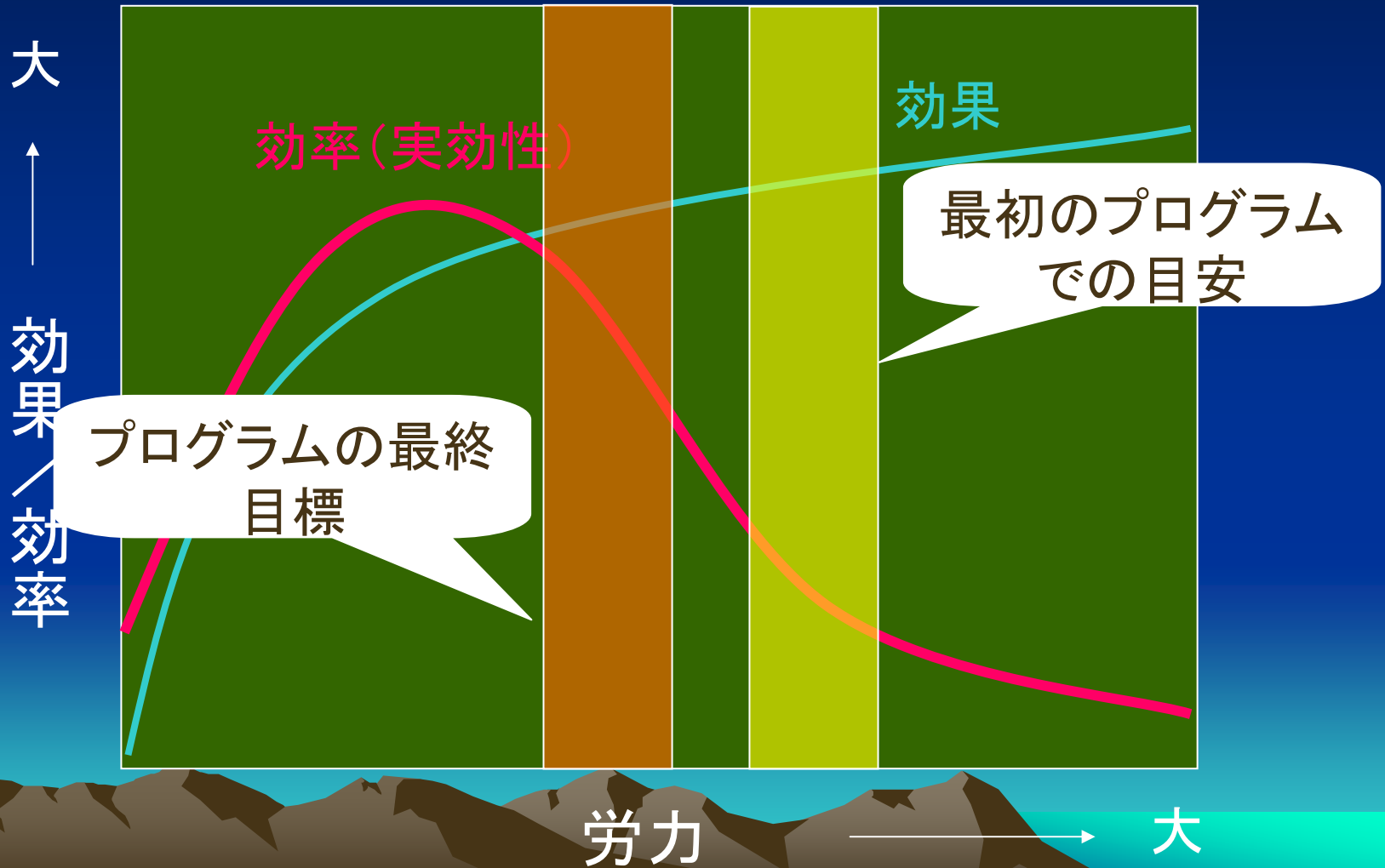
- 対象疾患を明確にする
- 生活アセスメントに基づいた指導
- 指導手段を限定しない
- 軌道修正可能な手法
- 個人指導と集団指導の併用
- 評価指標を意識した指導

確実に効果を上げる 健康教育は手間がかかる

- 薬を使わない
- 人生観を変える必要がある
- 持続には強い動機と意志が必要
 - 十分な手間をかけて効果を出す
 - 効率的な方法を見つける

 - 他の方法と組み合わせる
 - 計画的に実施する

リスクの軽減効果と効率



現状の保健指導の種類と課題

- 健診受診後の事後指導
 - ほとんどの事業所で実施
 - 効果評価はほとんど実施されず
 - 目的が不明確
 - 毎回同じようなアドバイス
- 重点支援
 - 効果が期待できる
 - 費用がかかる
 - 多数の実施は困難

事後指導の限界を超える

- 事後指導の問題点
 - 知識の提供はできる
 - その評価はできるか
 - 動機付けは難しい
 - 実施に結びつくアドバイスはどうしたら出来るか
 - 長期を見越したアドバイスが難しい
 - その場限りの指導アドバイス
 - ・ 記録を残す、次回の検診に結びつける
 - その人にあったプログラムを紹介する

重点支援プログラムの意義と限界

- 重点支援の特長は？

- 効果が見込める

- 自信を持って薦められる

- 重点支援の弱点は？

- 人的資源が必要

- 多人数を実施できない

- 費用が高い

- 採算性を確保するのが大変



単独モデルの問題点

- 効果を出そうとすると手間がかかる
- 手間を省くと効果が出ない

→単独のモデルでは浸透力がない

→単独のモデルでは「数×効果」がない
複数のモデルを組み合わせた
アプローチが必要

松竹梅モデル

- 松
手間はかかるが効果を確実に期待できる
保健指導のフラッグシップモデル
- 梅
誰にも提供できるモデル
情報提供を中心
他のシステムへの導入元
- 竹
持続的なサポートを手間をかけずに行う
通信制、面接＋通信制などの組み合わせ

竹コースの例

1回面接＋通信支援

マイレージ制による支援モデル

キャンペーン型支援

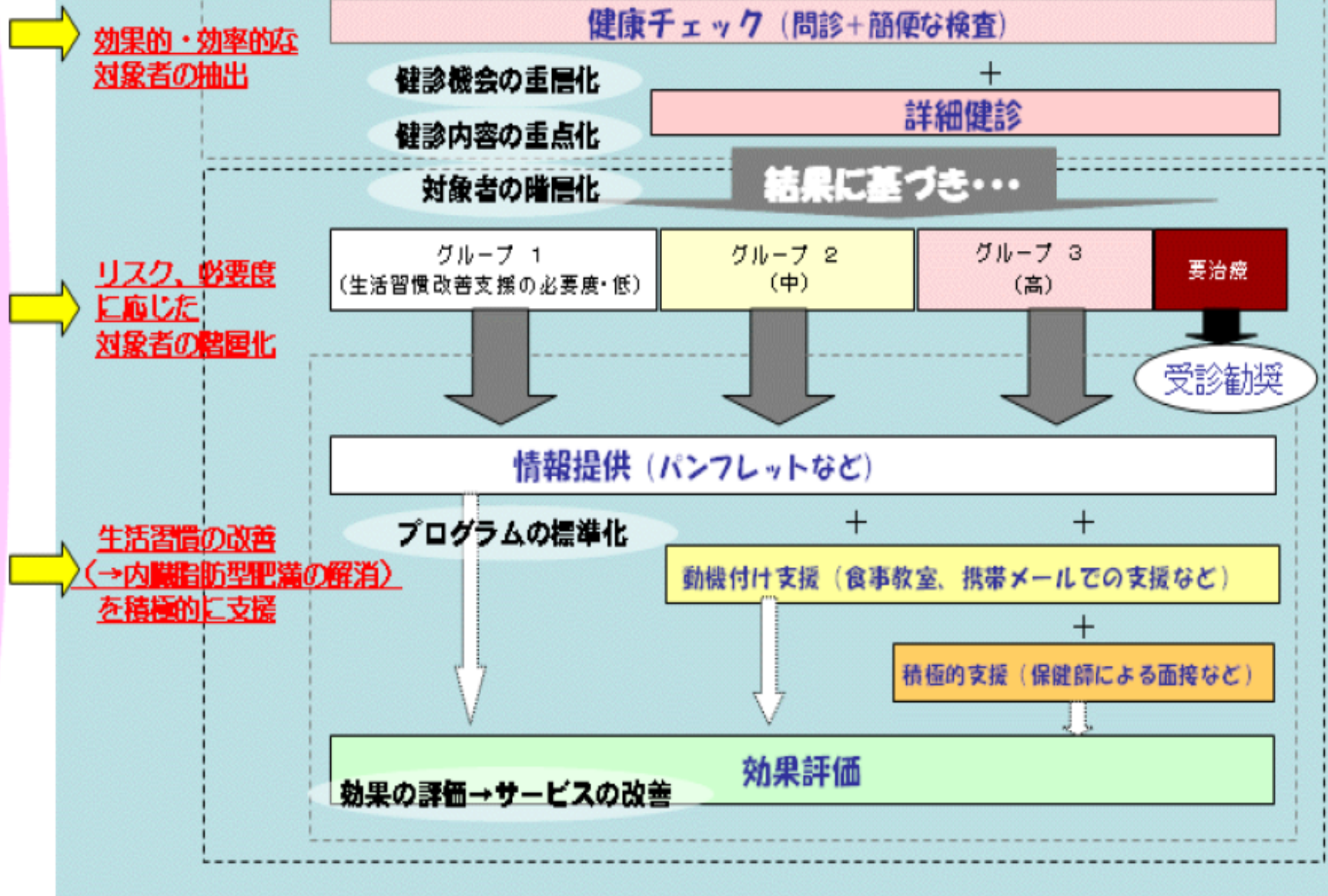
減量キャンペーン

運動キャンペーン

禁煙キャンペーン

→自力でできる人への機会の提供

メタボリックシンドロームの概念を導入



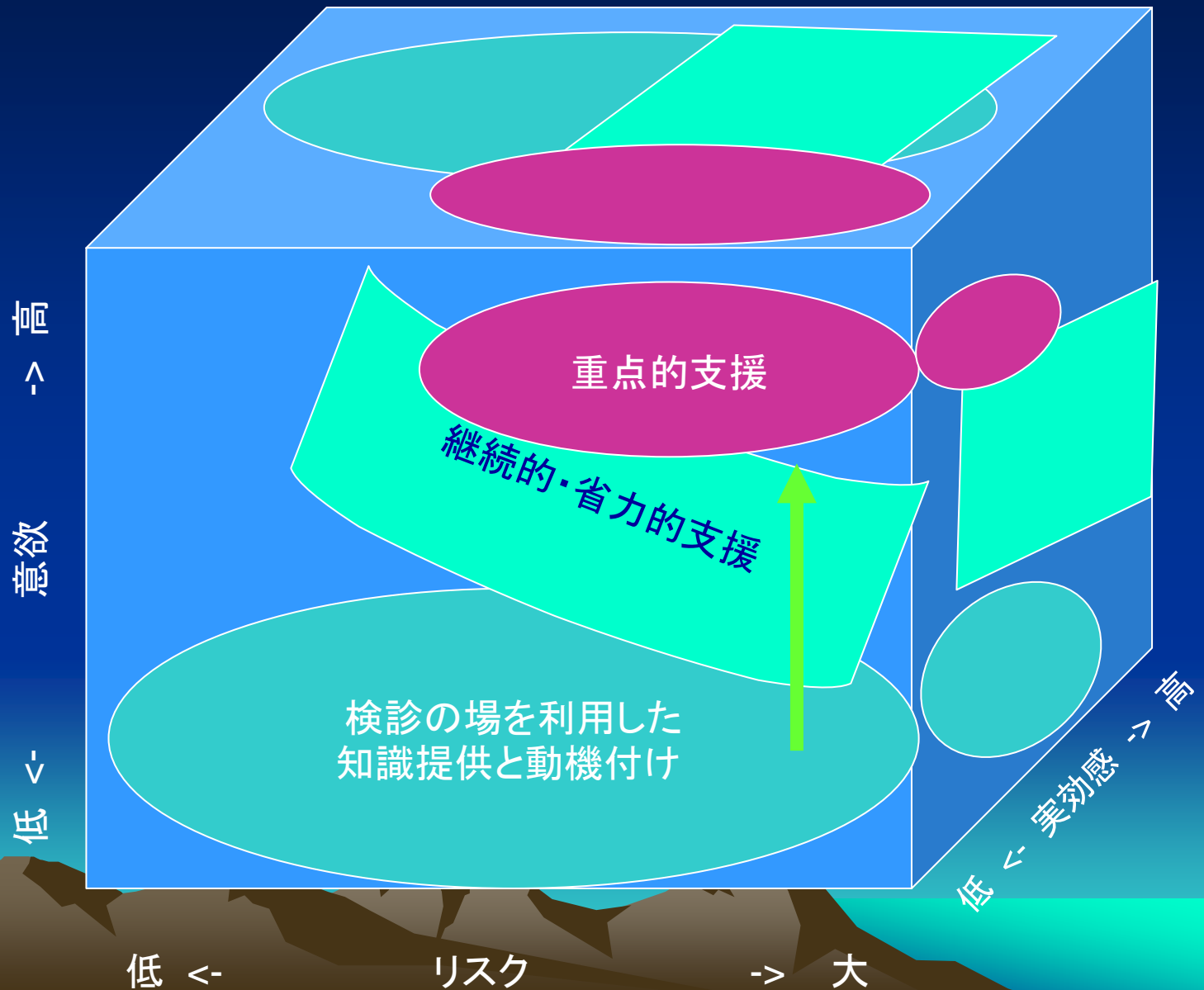
意欲(ステージ)モデル

- 関心がない
- 関心はあるが時間を割く意欲はない
- 関心があり時間を割くつもりがある
- 実行している

→少なくとも3種類のメニューが必要



重症度・意欲・実効感に着目した戦略



効果的実施の条件

- 指導密度を決めるのは実施側である
住民・従業員にはニーズがない
（効果的な支援の経験がない）
動機を高める、意欲を高める仕組みを作る
- 年次計画に基づいた実施
すべての対象者に効果の上がる支援を実施する。



各モデルの位置づけ

検診の場を用いた保健指導

- 動機付け、
- 知識提供、
- 意欲のチェック

- 興味がある
- 時間がない

- 効果の確認
- 自信
- 時間がない

- 問題点発見
- 実施意欲

- 自信
- 実施効果
- 自己管理

- 効果不足
- 実施意欲

省労力型継続サポート

重点支援

効果の確認、効果の継続、支援の継続、

年次計画に基づく実施

- 指導密度を決めるのは実施側である
 - 実施計画に基づく実施が必要である
 - 44, 49, 54, 59歳の
有所見者を重点支援とする
43, 48, 53, 58歳は準備期間
 - 5地区に分割し順次実施する
 - A地区(初年度実施、2年度目フォロー)
 - B地区(2年年度目実施、
初年度は見学、情報提供)
 - 5年間で一巡する
- 松竹梅のモデル構築と各役割分担を明確化する

地区別の取組計画

	初年度	二年度	三年度	四年度	五年度
A 地区	プレ取組期	取組期	継続期	維持期	維持期
B 地区	準備期	プレ取組期	取組期	継続期	維持期
C 地区	準備期	準備期	プレ取組期	取組期	継続期
D 地区	準備期	準備期	準備期	プレ取組期	取組期
E 地区	準備期	準備期	準備期	準備期	プレ取組期

年齢階級別の取組計画

	初年度	二年度	三年度	四年度	五年度
44,49,54,59歳	プレ取組期	取組期	継続期	維持期	維持期
43,48,53,58歳	準備期	プレ取組期	取組期	継続期	維持期
42,47,54,57歳	準備期	準備期	プレ取組期	取組期	継続期
41,46,51,56歳	準備期	準備期	準備期	プレ取組期	取組期
40,45,50,55歳	準備期	準備期	準備期	準備期	プレ取組期

今後の課題

- 個別健康支援プログラムの有効実施の担保
 - 指導者の養成
 - 実施体制の確保
 - 対象者募集の仕組み
- 複数プログラムの組み合わせ
 - 有機的な連携方法
 - 長期計画に基づく実施
- 保健事業の医療費評価
 - 課題抽出(断面的、縦断的)
 - 実施効果解析