

令和2年度
「特定健診・保健指導の効果的な実施方法
に関する調査研究に係る報告書」

令和3年3月

厚生労働省 保険局 医療介護連携政策課

医療費適正化対策推進室

(委託先:株式会社シグマクス)

内容

1.スクリーニングと生活指導介入に関するエビデンスレビュー	3
1.1.エビデンスレビューの概要.....	3
1.2.エビデンスレビューのサマリー.....	4
1.3.二次情報の集約.....	7
1.4.Review of Reviews 方法.....	11
2.NDB 分析結果	24
2.1.背景と解析目的.....	25
2.2.解析方法.....	26
2.3.解析対象者の選択過程.....	27
2.4.腹囲の分布.....	28
2.5.腹囲基準周辺の集団にける特性.....	28
2.6.腹囲と特定保健指導.....	29
2.7.腹囲基準周辺でのアウトカムの変化.....	30
2.8.回帰不連続デザインで推定された保健指導の効果(3年アウトカム).....	31
2.9.ベースラインの心血管リスクが重度のサブグループにおける検討.....	33
2.10.腹囲基準周辺における保健指導と内服開始者.....	34
2.11.回帰不連続デザインで推定された保健指導の効果(5年アウトカム).....	35
2.12.保健指導層化レベル(動機づけ支援、積極支援)別での検討.....	37
2.13.結果要約.....	39
2.14.付録:回帰不連続デザインの仮定の確認.....	40
3. 保険者・自治体等への実地調査.....	43
3.1.1.本調査の趣旨.....	43
3.1.2.調査対象.....	43
3.1.2.1.アンケートおよびインタビューに関する調整先.....	43
3.1.2.2.調査実績.....	44
3.2.調査紙の概要.....	45
3.2.1.特定保健指導領域に係る調査の対象範囲.....	45
3.2.2.保健指導領域に係る質問設計の視点.....	46
3.2.3.アンケートの設問テーマごとの設定意図.....	47
3.2.4.アンケートの設問項目の概要.....	49
3.3.調査結果の要約.....	51
3.4.調査の結果.....	54
3.4.1.設問テーマ「①特定保健指導の参加率向上」.....	54
3.4.2.設問テーマ「②医療への確実な受診勧奨」.....	64
3.4.3.設問テーマ「③保健指導時開始時に必要となる情報の入手」.....	69
3.4.4.設問テーマ「④リピーターの把握と効果のある介入方法」.....	75
3.4.5.設問テーマ「⑤行動変容ステージに合わせた指導内容の調整」.....	79

3.4.6.設問テーマ「⑥複合的な危険因子に対する指導内容の調整」	82
3.4.7.設問テーマ「⑥複合的な危険因子に対する指導内容の調整(禁煙・節酒)」	88
3.4.8.設問テーマ「⑥複合的な危険因子に対する指導内容の調整(モニタリング)」	93
3.4.9.設問テーマ「⑦運動指導の実施判断」	96
3.4.10.設問テーマ「⑧保健指導の記録(標準様式以外)」	100
3.4.11.設問テーマ「⑨特定健診・保健指導に係るデータおよびシステム」	102

別紙 1:エビデンスレビュー文献一覧

別紙 2:USPSTF 論文一式

別紙 3:review of reviews 論文一式

別紙 4:特定健診・保健指導の効果的な実施方法に関する調査研究に係る検討会について

1.スクリーニングと生活指導介入に関するエビデンスレビュー

1.1.エビデンスレビューの概要

特定健診・特定保健指導制度は、一般住民(40歳以上75歳未満)を対象に生活習慣病(肥満、高血圧、高血糖、脂質異常等)のスクリーニングを行い、生活指導介入等(特定保健指導)により健康アウトカム改善を目指す事業である。特定健診・特定保健指導をより効果的なものに改善するため、「一般集団におけるスクリーニングを起点とした生活指導介入の効果」にフォーカスしてエビデンスレビューを実施し、既存の知見を集約した。

エビデンスレビューは、二次情報の集約と review of reviews の 2 つのアプローチで行った。

二次情報の集約では、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、あるいは非特異的疾患に対するスクリーニング及び生活指導介入に関して、科学的にコンセンサスの得られた二次情報(米国予防医学専門作業部会:USPSTF)からエビデンスを抽出した。特定の診断病名(高血圧、高血糖、脂質異常等)の集団における生活指導介入効果に関するエビデンスは二次情報から効率的に抽出した。

次に、最近 10 年間に新たに出版された系統的レビュー論文の情報を Review of Reviews の手法で抽出した。Review of Reviews においては、我が国で行われている特定健診・特定保健指導制度のセッティングに合わせて、スクリーニングを起点とした生活指導介入に限定して、方法に記載した標準的手法に沿って系統的レビュー論文を検索し、その情報を抽出した。

また、特定健診・保健指導に関する文献を hand search で検索を行い、文献の内容をレビューした。

1.2.エビデンスレビューのサマリー

網掛け部:USPSTF の推奨

網掛けなし: Review of reviews で得られた知見

	一般集団へのスクリーニング	ハイリスク集団へのスクリーニング(注)
高血圧	<p>※1 18 歳以上の成人に高血圧のスクリーニングを推奨 (Grade A)</p> <p>該当するコクランレビューが 1 件抽出された(10)。最初に抽出された 54 本の一次研究は高血圧スクリーニングの有用性を示唆していたが、コクランレビューの選択水準を満たす質の高い研究は存在しなかった。</p>	<p>※1 40 歳以上あるいはハイリスク集団には毎年のスクリーニングを推奨 (Grade なし)</p>
糖尿病	<p>肥満、妊娠糖尿病歴、家族歴などの情報を基にスクリーニング対象を選択することを推奨(Grade なし)</p>	<p>※2 40～70 歳の過体重または肥満の成人を対象に、心血管リスク評価の一環として血糖異常のスクリーニングを行うことを推奨 (Grade B)</p> <p>ハイリスク集団における糖尿病スクリーニングによって、死亡率、QOL に改善を認めなかったが、糖尿病の進行抑制を認めた(1, 7)</p>
脂質異常症	<p>※4、40～75 歳の集団において 5 年ごとに心血管リスク因子をスクリーニングして、スタチンの一次予防導入を推奨 (Grade B)</p>	<p>心血管リスクの高い集団にはスクリーニング間隔を狭めることを推奨(Grade なし)</p>
幅広い疾病の早期診断を目的とした健診(一般健診)(注)	<p>一般集団において一般健診とその後のフォローアップによって、血圧、総コレステロール値の改善あり。研究期間中には、死亡率、重症疾患の発症率に対する効果は検出できなかった(11, 14, 15)</p>	
肥満	<p>※6 2012 年のガイドはすべての成人に肥満のスクリーニングを行うことを推奨 (Grade B)。</p>	

注:

・ハイリスク集団へのスクリーニングには、家族歴、既往歴、自己申告などの健診外の情報から対象者を決定する方法のほか、初回の健診等結果を参考にして 2 回目以降の健診の間隔や項目を決定する方法を含む。

・USPSTF では肥満の基準として $BMI \geq 30 \text{kg/m}^2$ が用いられている。日本では $BMI \geq 25 \text{kg/m}^2$ とすることが一般的であり、知見を引用する際には注意が必要である。

	スクリーニングに組み合わされた生活指導	生活指導一般(参考)
高血圧	生活習慣病一般に対する生活指導として言及(右を参照)	
糖尿病	<p>※2糖尿病患者に対して行動療法(健康的な食事と運動習慣の指導)を行うことを推奨(Grade なし)</p> <p>※3血糖異常者に対して、健康的な食事と身体活動を促進するための集中的な生活指導介入を推奨 (Grade B)</p> <p>一般集団に対するスクリーニングで指摘された前糖尿病への生活指導が糖尿病への進行を遅延させた (5, 8)。</p> <p>一般集団に対するスクリーニングで指摘された糖尿病に対する生活指導は、23 年の観察期間で死亡率や心血管アウトカムを有意に減少させた (7)。</p>	<p>※8高血圧、脂質異常症、あるいは 10 年心血管リスクが 7.5%を超える持つ成人に対して、健康的な食事と身体活動を促進するための行動カウンセリング介入を提供または紹介することを推奨(Grade B)。</p> <p>なお健康的な食事とは USDA/FDA の推奨に則り多様でバランスのとれた食事、特に果物、野菜、全粒穀物、低脂肪乳製品、低脂肪蛋白食品を摂り、塩分、糖質、飽和脂肪酸を減らすことが重要である。運動習慣は週に 150 分以上の中等度負荷、あるいは週に 75 分以上の高負荷運動を推奨する。1 対1の対面指導を、通常 12 回程度にわけ計 6 時間程度、0.5~1.5 年かけて行う。</p>
脂質異常症	<p>※5 1 つ以上の心血管リスク因子(脂質異常症、糖尿病、高血圧、喫煙など)を有し、10 年心血管リスク*が 10%以上である心血管疾患の既往歴のない成人に対して、心血管イベントの予防のために低用量から中用量のスタチンを使用することを推奨 (Grade B)</p>	
幅広い疾病の早期診断を目的とした健診(一般健診)	スクリーニング時に行われている生活指導は多様であり、標準的なプログラムの効果量推定は困難であった(11, 14, 15)	
肥満		<p>※7 BMI が 30 以上の成人に対して、臨床医による集中的な行動療法による介入を推奨 (Grade B)。なお、行動療法の内容は上記※8と同様のものを推奨。</p> <p>肥満者に対する行動療法は有意に体重を減少させた(13)</p>

*AHA/ACC 10-year ASCVD risk calculator. 2014. <http://tools.acc.org/ASCVD-Risk-Estimator/>

1.3.二次情報の集約

USPSTF で勧奨されている予防医療 101 項目から、スクリーニングと生活指導介入に関係する項目を抽出し、主要な勧奨内容とその根拠となるエビデンスを抽出した。

合計7つの勧奨が抽出された。本作業は2名の評価者(研究協力員:YM, AK)が独立して行った。

※1 [High Blood Pressure in Adults: Screening](https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/high-blood-pressure-in-adults-screening)

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/high-blood-pressure-in-adults-screening>

査読論文: Siu, A. L. et al., (2015). Screening for high blood pressure in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. In *Annals of internal medicine* (Vol. 163, Issue 10, pp. 778–786). American College of Physicians. <https://doi.org/10.7326/P15-9036>

Review of reviews での取り扱い: Included

18 歳以上の成人に高血圧のスクリーニングを推奨している(Grade A)。

根拠となる論文は、65 歳以上に対してスクリーニングと生活指導のセットの介入をした cluster RCT であり、介入群で年間の複合心血管系関連の入院率が減少した(RR 0.91 [95% CI, 0.86 to 0.97])。スクリーニング単独の介入でない点に注意が必要である。

(補足:スクリーニング間隔)40 歳以上あるいは高血圧のリスクが高い人に対しては毎年行うことを推奨している。18~39 歳の成人で、血圧が正常(130/85mmHg 未満)で他の危険因子を持たない人に対しては、3~5 年ごとに行うことを推奨している。

※2 [Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: Screening](https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/screening-for-abnormal-blood-glucose-and-type-2-diabetes)

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/screening-for-abnormal-blood-glucose-and-type-2-diabetes>

査読論文: Siu, A. L (2015). Screening for Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 163(11), 861. <https://doi.org/10.7326/M15-2345>

Review of reviews での取り扱い: Included

40~70 歳の過体重または肥満の成人を対象に、心血管リスク評価の一環として血糖異常のスクリーニングを行うことを推奨している(Grade B)。

ただし、糖尿病のスクリーニングの有無を比較した 2 つの RCT において、約 10 年後の全死因死亡のリスクにおける差は認められなかった。また、確認された 1 件の症例対照研究でも、スクリーニングと微小血管合併症の改善との関連は認められなかった。

(補足:スクリーニング間隔)初回の検査で正常血糖値であった成人に対する最適な再スクリーニングの間隔に関するエビデンスは限られている。研究では、3 年ごとの再スクリーニングが妥当である可能性が示唆されている。

※3 [Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: Screening](https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/screening-for-abnormal-blood-glucose-and-type-2-diabetes)

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/screening-for-abnormal-blood-glucose-and-type-2-diabetes>

(※2と同一出典)

血糖値に異常のある患者に対して、健康的な食事と身体活動を促進するための集中的な生活指導介入の提供または紹介を推奨している(Grade B)。

耐糖能異常患者を対象とした RCT では、6 年間の生活習慣の介入が通常のケアと比較して、20 年間の追跡期間では全死因死亡および心血管疾患関連死亡の有意差がみられなかったものの、23 年間の追跡調査後は全死因死亡(HR 0.71 [0.51 to 0.99])と心血管疾患関連死亡(HR 0.59 [0.36 to 0.96])のリスク低下と関連していた。また、追跡期間がより短い他の研究ではこれらのアウトカムに有意差がみられていなかった。

[※4 Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: Preventive Medication](https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/statin-use-in-adults-preventive-medication)

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/statin-use-in-adults-preventive-medication>

査読論文 : Bibbins-Domingo, K. et al. (2016). Statin use for the primary prevention of cardiovascular disease in adults: US preventive services task force recommendation statement. In JAMA - Journal of the American Medical Association (Vol. 316, Issue 19, pp. 1997–2007). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.15450>

Review of reviews での取り扱い: 論文の主題は一次予防の薬物介入(Statin)の検討であり、かつスクリーニング関連のキーワードが付与されていないため検索されなかった。

Statin 導入の要否を検討するために、40~75 歳の一般集団に対する脂質のスクリーニングを行い、脂質異常症の検出と 10 年間の CVD イベントリスクを算出することを以下に示す目的のために推奨している。スクリーニングの推奨の直接的な根拠となる論文は示されていない。

スクリーニングの目的は、高リスク者に対するスタチンによる医療介入であり、※5に示す。

(補足:スクリーニング間隔)他のガイドライン(2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk)および専門家の意見に基づいて、血圧および喫煙状態の年 1 回の評価、および 5 年ごとの脂質レベルの測定が妥当であるとしている。スクリーニング間隔は、リスクレベルが治療を必要とするレベルに近い人には短く、リスクが高くなく正常レベルを維持している人には長く設定するのが適切であるとしている。

根拠となる ACC/AHA ガイドラインでは、4-6 年おきの心血管リスクスクリーニングを Grade B で奨励しているが、直接の根拠となる論文はない。

[※5 Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: Preventive Medication](https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/statin-use-in-adults-preventive-medication)

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/statin-use-in-adults-preventive-medication>

(※4と同一出典)

1 つ以上の CVD 危険因子(脂質異常症、糖尿病、高血圧、喫煙など)を有し、10 年間の心血管イベントの発生リスクが 10%以上である心血管疾患の既往歴のない成人に対して、CVD イベントと死亡率の予防のために低用量から中用量のスタチンを使用することを推奨している(Grade B)。

根拠となる論文は、心血管リスクが増加しており CVD イベントの既往はない成人を対象にスタチンのプラセボまたはスタチン不使用に対する効果を評価した、6 ヶ月から 6 年間の追跡期間を有する 19 件の RCT であった。スタチン療法は、全死因死亡(0.86 [95% CI, 0.80 to 0.93])、心血管系死亡(RR, 0.82 [95% CI, 0.71 to 0.94])、脳卒中(RR, 0.71 [95% CI, 0.62 to 0.82])、心筋梗塞(RR, 0.64 [95% CI, 0.57 to 0.71])、複合心血管系アウトカム(RR, 0.70 [95% CI, 0.63 to 0.78])のリスク低下と関連していた。

※6 Obesity in Adults: Screening and Management

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/obesity-in-adults-screening-and-management-2012>

査読論文 : Moyer, V. A. (2012). Screening for and Management of Obesity in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 157(5), 373–378. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-5-201209040-00475>

Review of reviews での取り扱い: Included

2012 年版ガイドにおいてすべての成人に肥満のスクリーニングを行うことを推奨していた(Grade B)。ただし、直接的に成人の肥満のスクリーニング有無を比較した研究は同定されず、この推奨は肥満成人に対する介入効果研究(※7に更新版あり)に基づいている。

最新の資料では、スクリーニングに言及なし(スクリーニングによるハイリスク者同定が前提されている)。※6については最新版の勧奨ではないが、テーマが合致していたため後に追加した。

※7 Weight Loss to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: Behavioral Interventions

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/obesity-in-adults-interventions>

査読論文 : Curry, S. J. et al. (2018). Behavioral weight loss interventions to prevent obesity-related morbidity and mortality in adults US preventive services task force recommendation statement. In *JAMA - Journal of the American Medical Association* (Vol. 320, Issue 11, pp. 1163–1171). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.13022>

Review of reviews での取り扱い: スクリーニング関連のキーワードが無いため検索されなかった。

BMI が 30 以上の成人に対して、集中的な多成分行動介入の提供を臨床医に推奨している(Grade B)。成人における減量または減量維持に関する 122 本の RCT と 2 本の観察研究が同定された。生活指導介入は対照群と比較して、より多くの減量(12 から 18 ヶ月の追跡期間で-2.39 kg [95% CI, -2.86 to -1.93])と関連していた。前糖尿病の参加者は、糖尿病発症リスクが減少した(RR 0.67 [95% CI, 0.51 to 0.89])。体重減少薬はより高い有害率と関連していたが、生活指導介入では有害率との関連は見られなかった。長期的な体重および健康アウトカムのデータ、および重要なサブグループに関するデータは限られていた。

※8 Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: Behavioral Counseling Interventions

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/healthy-diet-and-physical-activity-counseling-adults-with-high-risk-of-cvd>

査読論文: O'Connor, E. A. et al. (2020). Behavioral Counseling to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults with Cardiovascular Risk Factors: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. In JAMA - Journal of the American Medical Association (Vol. 324, Issue 20, pp. 2076–2094). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.17108>

Review of reviews での取り扱い: 今回行った文献検索日より後に publish されたため含まれなかった心血管疾患の危険因子を持つ成人に対して、健康的な食事と身体活動を促進するための行動カウンセリング介入を提供または紹介することを推奨している (Grade B)。

血圧または脂質が上昇している対象者に対して食事を改善または身体活動量を増加させるよう介入した 94 本の RCT が同定された。生活指導介入は、12 ヶ月から 24 ヶ月後における血圧(プールされた収縮期血圧平均差: -1.8 [95%CI, -2.5~-1.1])、LDL コレステロール値(平均差: -2.1 [95% CI, -4.1 to -0.2])、空腹時血糖値(平均差: -2.3 [95% CI, -3.6 to -1.0];)、および BMI(平均差: -0.5 (95% CI, -0.7 to -0.3))の減少と関連していた。有害事象はまれであった。

1.4.Review of Reviews 方法

効率的に質の高い知見を網羅・集約するため、検索対象を一次研究ではなく、系統的レビュー論文とする”Review of reviews”の手法を採用した (Smith, 2011)。

A) データベースと検索期間

Cochrane Database of Systematic Reviews と Medline を利用して、過去 10 年の系統的レビュー文献を検索した。

2020 年 10 月 5 日に Medline 上で検索(検索式:下記)を行い、また Cochrane Database of Systematic Reviews から一般集団におけるスクリーニングの効果に関する系統的レビュー論文を特定した。系統的レビュー論文の文献検索は 1 名の著者(KA)が行った。検索期間は 2010 年 1 月 1 日から 2020 年 10 月 5 日までとして、主な inclusion criteria は対象が一般集団、何らかの形で定義された生活習慣病発症の高リスク集団、あるいはスクリーニングを通じて疾患が特定された集団であること、介入としてスクリーニングあるいはスクリーニングに続く生活指導を行っていること、スクリーニング対象が疾病一般あるいは肥満、生活習慣病(糖尿病、高血圧、脂質異常症)であること、研究デザインが系統的レビューであることとした。主な Exclusion criteria は小児、40 歳以下の若年成人、妊婦を主たる対象としていること、主に手術や薬物療法の効果を検討した研究であることとした。

Search number	Query	Results
21	20 AND ("2010"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication])	944
20	5 AND 14 AND 15 NOT 19	1,080
19	16 OR 17 OR 18	6,385,034
18	"pharma**"[ti] NOT "non pharma**"[ti]	247,819
17	"General Surgery"[mh] OR "Surgical Procedures, Operative"[mh] OR "surgery"[ti] OR "surgical"[ti] OR "Drug Therapy"[mh] OR "drug**"[ti] OR "Pharmaceutical Research"[mh] OR "Pharmacy"[mh]	4,913,937
16	"infant**"[ti] OR "infanc**"[ti] OR "child**"[ti] OR "adolescent**"[ti] OR "young adult**"[ti] OR "school**"[ti] OR "matern**"[ti] OR "pregnan**"[ti] OR "terminal**"[ti]	1,509,943
15	"Systematic review"[pt] OR "Meta analysis"[pt] OR "systematic review"[tiab] OR "meta analysis"[tiab]	288,395
14	6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13	667,501
13	"health guidance"[tiab]	506
12	"physical examination**"[tiab]	63,378
11	"medical examination**"[tiab]	8,023
10	"checkup**"[tiab]	14,358
9	"medial check**"[tiab]	6
8	"health check**"[tiab]	6,000
7	"screening**"[tiab]	543,016
6	"Mass Screening"[mh]	129,154
5	1 OR 2 OR 3 OR 4	1,406,108
4	"Dyslipidemias"[mh] OR "dyslipidemia"[tiab] OR "dyslipidaemia"[tiab] OR "dyslipidemic"[tiab]	102,621
3	"Hypertension"[mh] OR "hypertension"[tiab] OR "hypertensive"[tiab]	498,586
2	"Diabetes Mellitus, Type 2"[mh] OR "diabet**"[tiab] OR "Hyperglycemia"[mh] OR "hyperglycemia"[tiab] OR "Prediabetic State"[mh] OR "prediabetes"[tiab] OR "prediabetic"[tiab]	680,093
1	"Overweight"[mh] OR "overweight"[tiab] OR "obesity"[tiab] OR "obese"[tiab] OR "adiposity"[tiab] OR "fatness"[tiab]	380,849

B) 文献評価

2020年10月5日から2020年11月18日にかけて、2名の評価者(YM, AK)が独立に、下の基準に則って Title and abstract review を行った。事前に全体の約5%の文献を用いて判断基準の統一を行った。その上でも見解が分かれた文献に関しては別途3名の評価者(YM, AK, SF)で検証し Inclusion の是非を決定した。

Title review (Only for exclusion)

Exclusion criteria

- ・高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満以外の疾病が主題であることが明確である
- ・薬物治療、侵襲的治療の効果を検証したものであることが明確である
- ・小児、妊婦が対象集団であることが明確である

Abstract review:

Inclusion criteria

- ・介入として、あるいは介入対象者の同定のために、4疾患の少なくとも1つを対象に含むスクリーニングを行っている(4疾患:肥満、高血圧、糖尿病、脂質異常症)
- ・対象者が一般集団、あるいは一般集団から医療機関での診療を経ずに評価された高リスク集団である
- ・臨床アウトカム、あるいは費用対効果を検証している
- 臨床アウトカム:採血値、検査測定値の改善、心血管イベントの発症、入院、死亡

Exclusion criteria

- ・レビューの想定する母集団が
 - ①医療機関受診者
 - ②何らかの既往症を持つ者
 - ③若年者、妊婦、または高齢者(75歳以上)のいずれかに限られている
- ・スクリーニングの対象が上記4疾病そのものではなく、その合併症である
- ・レビューの想定する治療介入が薬物治療あるいは侵襲的治療である

C) データ集約

2020年11月18日から2020年12月29日にかけて、3名の評価者(YM, AK, SF)がそれぞれ分担して①対象としている生活習慣病②健診の対象③介入方法④アウトカムを要約し、相互にチェックを行った

表: Review of Reviews で抽出された系統的レビューのリスト

Paper	Aim	Search Strategy	Number of studies included	Total no. of participants	Participants	Intervention	Comparison	Outcome
Reviews focusing on the screenings for diabetes								
1 Peer et al 2020 ¹	To assess the effects of screening for type 2 diabetes mellitus	Search terms provided No language restrictions	1	20,184	High-risk population (those with high diabetes risk scores)	Screening for type 2 diabetes	No screening	All-cause mortality DM-related mortality and morbidity Quality of life
2 Roberts et al 2017 ²	To explore the cost-effectiveness of lifestyle interventions in combination with a screening program	Search terms provided No language restrictions	27	NA	Obese population	Screening for pre-diabetes in combination with lifestyle programmes and/or metformin	No screening	Cost-effectiveness
3 Hiligsmann et al 2017 ³	To systematically review the economic evaluations of screening programs for the early detection of	Search terms provided Language	17	NA	General and high-risk population from a high-income country	Screening for cardiovascular diseases and DM	No intervention	Cost-effectiveness

		persons at risk for cardiometabolic diseases	restriction: English						
4	Einarson et al 2017 ⁴	To determine the economic impact of screening for type 2 diabetes	Search terms provided No language restrictions	29	NA	General population	Screening	No intervention	Cost-effectiveness
					NA	General population	Targeted screening	Universal screening	Cost-effectiveness
5	Barry et al 2017 ⁵	To assess efficacy of interventions in preventing onset of type 2 diabetes in people with pre-diabetes	Search terms provided No language restrictions	25	10593	Screen-detected pre-diabetes	Lifestyle intervention	No intervention	Onset of type 2 diabetes
6	Najafi et al 2016 ⁶	To reviewe the recently evidence about the cost effectiveness of mass screening for type 2 diabetes systematically	Search terms provided Language restriction: English	6	NA	General population	Screening	No screening	Cost-effectiveness

7	Selph et al 2015 ⁷	To update the 2008 U.S. Preventive Services Task Force review on diabetes screening in adults	Search terms provided Language restriction: English	88	24162	General and high-risk population	Screening	No screening	10-year mortality
					576	Screen-detected diabetes or early diabetes	Lifestyle intervention	No intervention	All-cause mortality Cardiovascular mortality
					1739	Screen-detected diabetes or early diabetes	Intensive treatment+Lifestyle modification (HbA1c<7.0, BO<135/85, T-cho<173.7-193.1)	Standard targets according to local guidelines	Cardiovascular event All-cause mortality Cardiovascular mortality Stroke MI Revascularization
8	Gillett et al 2012 ⁸	To review the clinical effectiveness and cost-effectiveness of non-pharmacological interventions, including diet	Search terms provided Language	9	5875	High-risk population (mainly, with IGT)	Lifestyle intervention (diet alone, physical activity alone, or the combination)	Standad care	Onset of type 2 diabetes Cost effectiveness

		and physical activity, for the prevention of T2DM in people with intermediate hyperglycaemia	restriction: English						
9	Li et al 2010 ⁹	To synthesize the cost-effectiveness (CE) of interventions to prevent and control diabetes, its complications, and comorbidities.	Search terms provided Language restriction: English	56	NA	General population	Universal opportunistic screening for undiagnosed type 2 diabetes and ensuing treatment	No screening	Cost effectiveness
Reviews focusing on the screenings for Hypertension									
10	Schumidt et al 2020 ¹⁰	To assess the effectiveness of different screening strategies for hypertension to reduce morbidity and mortality associated with hypertension	Search terms provided No language restrictions	0	0	General population with varying age groups (15 to 24, 25 to 64, and over 65 years old.)	Screening for hypertension	No-screening	Overall mortality Hypertension-related mortality Hypertension-related morbidity Incidence and prevalence of hypertension Quality of life

11	Krogsbøll et al 2019 ¹¹	To quantify the benefits and harms of general health checks	Search terms provided No language restrictions	17	NA	High-risk population	Screening for hypertension combined with management of identified cases	No intervention	Cost-effectiveness or cost-utility
12	Zhang et al 2017 ¹²	To summarize evidence on cost effectiveness of community-based interventions to control hypertension	Search terms provided. Language restriction: English	34	NA	High-risk population	Screening for hypertension combined with intensive treatment	No intervention	Cost-effectiveness or cost-utility
13	Piper et al 2014 ¹³	To update the USPSTF recommendation on screening for high blood pressure in nonpregnant adults	Search terms provided Language restriction: English	1	140,642	General population aged >65 and living in a community with 10-60k people	Screening for hypertension in the community (cluster RCT)	No screening in the community	Hospital admission for CVDs
Reviews focusing on the screenings for obesity									
14	Leblanc et al 2011 ¹⁴	To review benefits and harms of screening for and treatment of overweight and obesity in adults to	Search terms provided Language	38	13,495	Screen-detected or self-reported	Behavioral-based treatment	No intervention	Weight loss

		assist the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) in updating its 2003 recommendation	restriction: English			obese population			
Reviews focusing on health checks in general									
11	Krogsbøll et al 2019 ¹¹	To quantify the benefits and harms of general health checks	Search terms provided No language restrictions	17	233,298	General population	Screening for more than one disease or risk factor in more than one organ system	No-screening	Total Mortality Cancer mortality CV mortality Ischemic heart disease Stroke
15	Si et al 2014 ¹⁵	To determine the effect of general practice-based health checks on both surrogate and final outcomes	Search terms not provided Language restriction: English	6	Not provided	General population with a mean age of 35–65 years	General practice-based health checks	No health screening or usual care	T-Cho sBP dBp BMI total mortality CVD mortality
16	Krogsbøll et al 2012 ¹⁶	To quantify the benefits and harms of general health checks in adults with an emphasis on patient-relevant outcomes such as morbidity and mortality	Search terms provided No language restrictions	16	155,899	General population	Screening	No screening	Mortality Cancer mortality Cardiovascular mortality

		rather than on surrogate outcomes							
--	--	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

注:

- ・費用対効果に対するレビュー論文^{2,3,4,6,9,12}は、今後の検討課題ではあるものの、今回の主題ではないため検討には含めなかった。
- ・評価対象となった論文のなかには癌死亡(cancer mortality)など特定健診とは関係の薄いアウトカムを評価しているものもある。上表にはその事実も記載されているが、本検討では特定健診に関連する記載に限って review of reviews を行った。

References (Review of reviews)

1. Peer N, Balakrishna Y, Dura0 S. Screening for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;2020(5). doi:10.1002/14651858.CD005266.pub2
2. Roberts S, Barry E, Craig D, Airoidi M, Bevan G, Greenhalgh T. Preventing type 2 diabetes: Systematic review of studies of cost-effectiveness of lifestyle programmes and metformin, with and without screening, for pre-diabetes. *BMJ Open.* 2017;7(11). doi:10.1136/bmjopen-2017-017184
3. Hiligsmann M, Wyers CE, Mayer S, Evers SM, Ruwaard D. A systematic review of economic evaluations of screening programmes for cardiometabolic diseases. *Eur J Public Health.* 2017;27(4):621-631. doi:10.1093/eurpub/ckw237
4. Einarson TR, Bereza BG, Acs A, Jensen R. Systematic literature review of the health economic implications of early detection by screening populations at risk for type 2 diabetes. *Curr Med Res Opin.* 2017;33(2):331-358. doi:10.1080/03007995.2016.1257977
5. Barry E, Roberts S, Oke J, Vijayaraghavan S, Normansell R, Greenhalgh T. Efficacy and effectiveness of screen and treat policies in prevention of type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis of screening tests and interventions. *BMJ.* 2017;356. doi:10.1136/bmj.i6538
6. Najafi B, Farzadfar F, Ghaderi H, Hadian M. Cost effectiveness of type 2 diabetes screening: A systematic review. *Med J Islam Repub Iran.* 2016;30(1):326. Accessed December 31, 2020. <http://mjiri.iums.ac.ir>
7. Selph S, Dana T, Blazina I, Bougatsos C, Patel H, Chou R. Screening for type 2 diabetes mellitus: A systematic review for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med.* 2015;162(11):765-776. doi:10.7326/M14-2221
8. Gillett M, Royle P, Snaith A, et al. Non-pharmacological interventions to reduce the risk of diabetes in people with impaired glucose regulation: A systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess (Rockv).* 2012;16(33):1-235. doi:10.3310/hta16330
9. Li R, Zhang P, Barker LE, Chowdhury FM, Zhang X. Cost-effectiveness of interventions to prevent and control diabetes mellitus: A systematic review. *Diabetes Care.* 2010;33(8):1872-1894. doi:10.2337/dc10-0843
10. Schmidt BM, Dura0 S, Toews I, et al. Screening strategies for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;2020(5). doi:10.1002/14651858.CD013212.pub2
11. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2019(1). doi:10.1002/14651858.CD009009.pub3
12. Zhang D, Wang G, Joo H. A Systematic Review of Economic Evidence on Community Hypertension Interventions. *Am J Prev Med.* 2017;53(6):S121-S130. doi:10.1016/j.amepre.2017.05.008
13. Piper MA, Evans C V, Burda BU, Smith N. Screening for High Blood Pressure in Adults: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Screen High Blood Press Adults A Syst Evid Rev US Prev Serv Task Force.* Published online 2014.

Accessed January 28, 2021.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.med.sc.edu/books/NBK269495/>

14. LeBlanc E, O'Connor E, Whitlock EP, Patnode C, Kapka T. Screening for and Management of Obesity and Overweight in Adults. Published online 2011. Accessed December 31, 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65294/>
15. Si S, Moss JR, Sullivan TR, Newton SS, Stocks NP. Effectiveness of general practice-based health checks: A systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2014;64(618). doi:10.3399/bjgp14X676456
16. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345(7884). doi:10.1136/bmj.e7191

1.5 特定保健指導の効果を検討した論文について

1. 鈴木亘、岩本康志、湯田道生他 特定健診・特定保健指導の効果測定

プログラム評価の計量経済学からのアプローチ、医療経済研究 Vol.27 No1 2015

- ・2008年度～2010年度の福井県全市町の国保加入者のデータを用いて解析
- ・腹囲とBMIの基準のみを超えた者のうち特定保健指導対象者と非対象者に分け、3年間の腹囲・BMIの変化について固定効果モデル、傾向スコアマッチング等を用いて比較
- ・特定保健指導の対象者のうち、積極的支援と動機付け支援のそれぞれの対象になることについて、固定効果モデル、差分の差推定を用いて比較
- ・特定保健指導の対象となったことによる腹囲への減少効果は、年率換算で約0.3～0.4%、BMIについては約0.4～0.5%。
- ・差の差分析では、腹囲に関して積極的支援の対象になることが、動機付け支援の対象になるよりも効果が大きいことは確認できなかった。BMIに関しては積極的支援の対象になる場合には約0.5%減少する。
- ・研究限界
 - 単独自治体国保のデータである点
 - 傾向スコアでは未測定の交絡の影響が残る可能性がある点

2. Tsushita K, S Holster A, Miura K, et.al. Rationale and descriptive analysis of specific health guidance: the nationwide lifestyle intervention program targeting metabolic syndrome in Japan. J Atheroscler Thromb. 2018 Apr 1;25(4):308-322.

doi: 10.5551/jat.42010. Epub 2017 Dec 12.

- ・特定健診・保健指導の医療費適正化効果の検証のためのワーキンググループ・2015年度の分析内容の一部
- ・2008年度～2011年度のNDBのデータを用いて解析
- ・特定保健指導対象者の中で、特定保健指導実施者と非実施者に分け、1年後・2年後・3年後の体重・検査値の変化をアウトカムに2群を比較
- ・交絡因子については、調整しておらず単変量での解析
- ・検査値等は特定保健指導実施者で有意に改善していたが、時間が経過するにつれて効果は減弱していた。
- ・研究限界
 - 結果に影響を及ぼす可能性のある交絡因子が調整できていない点

3. Nakao YM, Miyamoto Y, Ueshima K et.al. Effectiveness of nationwide screening and lifestyle intervention for abdominal obesity and cardiometabolic risks in Japan: The metabolic syndrome and comprehensive lifestyle intervention study on nationwide database in Japan (MetS ACTION-J study). PLoS One. 2018 Jan 9;13(1):e0190862.

doi: 10.1371/journal.pone.0190862. eCollection 2018.

- ・NDBを用いて解析

- ・特定保健指導対象者を特定保健指導実施者・非実施者に分け、3年後の腹囲とBMIの変化をアウトカムとして2群で比較。

- ・交絡因子については、年齢・性別・BMI・HbA1c・収縮期血圧・拡張期血圧等を用いた傾向スコアマッチングで対処(感度分析として、操作変数法での解析も実施)し、検査値の改善を確認。

- ・研究限界

 - 傾向スコアでは未測定の交絡因子に対処できていない点

 - 適切な操作変数を検証することが難しい点

4. Fukuma S, Iizuka T, Ikenoue T, Tsugawa Y. Association of the National Health Guidance Intervention for Obesity and Cardiovascular Risks With Health Outcomes Among Japanese Men. *JAMA Intern Med.* 2020 Oct 5;e204334.

doi: 10.1001/jamainternmed.2020.4334.

- ・全国土木建築国民健康保険組合の男性のデータを分析

- ・特定保健指導への割り付けが男性で腹囲85cmを基準としていることを利用し、腹囲85cm(バンド幅6cm)をカットオフ値とした回帰不連続デザインを用いて、1年後の体重変化をアウトカムとして特定保健指導への割り付け効果(ITT)と特定保健指導の実施した場合の効果(ToT)を算出。

- ・ITTでは-0.29(95%CI: -0.50— -0.08)kgの体重減少、ToTでは-1.56(95%CI: -3.10— -0.22)kgの体重減少を認めたものの、4年後まで追跡すると体重減少の効果は認められなくなった。

- ・血圧、HbA1c、LDLコレステロールといった心血管病の危険因子については、健診1年後の時点で有意差を認めなかった。

- ・研究限界

 - 単独保険者のデータである点

 - 腹囲基準周辺の局所平均効果が集団全体に当てはまるかどうかという点

5. 厚生労働省WG

特定健診・保健指導の医療費適正化効果の検証のためのワーキンググループ

2019年度の分析内容

- ・特定健診対象者の中で受診勧奨未済の者を対象に、特定保健指導実施者・未実施者に分け、1年後・4年後の受診勧奨値以上または薬剤内服をアウトカムに2群を比較

- ・交絡因子は、回帰分析を用いて保険者・年齢・性別で調整

- ・研究限界

 - 調整した交絡因子は一部のみで未調整の交絡が存在する点

2.NDB 分析結果

【要約】

NDB に含まれる 2008—2018 年の特定健診・特定保健指導データを用いて、特定保健指導が健康アウトカムに与える影響を検討した。

期間中に少なくとも 2 回以上の健診受診を行った者を解析対象として、初回健診受診時における、3 年および 5 年後までの健診結果(体重、収縮期血圧、HbA1c、LDL コレステロール)に特定保健指導が与える影響を回帰不連続デザインで推定した。

39—75 歳の約 4400 万人を分析した。

3 年アウトカムに関して、保健指導の割付効果は女性において体重: -0.14Kg HbA1c: -0.01%、男性において体重: -0.09Kg、HbA1c: -0.004%であった。実施効果に関して、女性において体重: -1.04Kg HbA1c: -0.07%、男性において体重: -0.87Kg HbA1c: -0.03%であった。収縮期血圧、LDL コレステロールとの関連は認めなかった。

5 年アウトカムに関して、体重減少への効果は 3 年アウトカムと比較して減弱していた。女性において収縮期血圧の低下(割付効果:-0.35mmHg、実施効果:-2.46mmHg)と HbA1c の低下(割付効果:-0.01%、実施効果:-0.10%)を認めた。男性では収縮期血圧が軽度上昇していた。

今年度は特定健診データ内に含まれる検査値の変化をアウトカムに設定し分析を行ったが、特定保健指導と生活習慣病や心血管病の発症予防との関連については、引き続き分析を追加していく必要がある。その際、特定健診後の介入として特定保健指導だけではなく、医療機関受診による服薬開始等の影響も踏まえ、より多面的な評価を今後実施する必要がある。

2.1.背景と解析目的

特定保健指導が健康アウトカムに与える影響を検討するにあたって、保健指導実施者と非実施者の特性の違いを十分に考慮して、適切な解析デザインを選択することが重要である。特定保健指導実施者と非実施者を比較した場合、特定保健指導を受ける者は、その他の健康行動についても積極的であるなど、両者には特性の違いが存在することが想定される。このような集団の特性の違いは従来の解析方法(回帰モデルや傾向スコア法を含む)では十分に対処することが難しかった。

そこで、本検討では、NDB データ(特定健診・特定保健指導データ)に疑似実験デザインの一つである回帰不連続デザインを応用し、特定保健指導が健康アウトカムに与える影響を厳密に検討した。

回帰不連続デザインを採用するにあたって、特定保健指導の階層化アルゴリズムにおいて、腹囲基準が保健指導の割付を決める重要な変数となっていることを利用した。

具体的には、男性 85 cm、女性 90 cmの腹囲基準を満たし、かつ心血管リスク因子の数が 2 個以上の場合に保健指導の対象となる。階層化アルゴリズムは以下の図に示す。

ステップ1 (内臓脂肪蓄積のリスク判定)

- 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定する。
 - ・ 腹囲 男性 85 cm以上、女性 90 cm以上 →(1)
 - ・ 腹囲 (1)以外 かつ BMI ≥ 25 kg/m² →(2)

ステップ2 (追加リスクの数の判定と特定保健指導の対象者の選定)

- 検査結果及び質問票より追加リスクをカウントする。
 - ①～③はメタボリックシンドロームの判定項目、④はそのほかの関連リスクとし、④喫煙歴については①から③までのリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。
 - ⑤に該当する者は特定保健指導の対象にならない。

① 血圧高値	a 収縮期血圧	130mmHg以上 又は
	b 拡張期血圧	85mmHg以上
② 脂質異常	a 中性脂肪	150mg/dl以上 又は
	b HDLコレステロール	40mg/dl未満
③ 血糖高値 ^f	a 空腹時血糖 (やむを得ない場合は随時血糖)	100mg/dl以上 又は
	b HbA1c (NGSP)	5.6%以上

- | | | |
|---|-------|-----------------------|
| 〔 | ④ 質問票 | 喫煙歴あり |
| | ⑤ 質問票 | ①、②又は③の治療に係る薬剤を服用している |

ステップ3 (保健指導レベルの分類)

ステップ1、2の結果を踏まえて、保健指導レベルをグループ分けする。なお、前述の通り、④喫煙歴については①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウントする。

(1) の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが 2以上の対象者は	積極的支援レベル	
1の対象者は	動機付け支援レベル	
0の対象者は	情報提供レベル	とする。

(2) の場合

①～④のリスクのうち

追加リスクが 3以上の対象者は	積極的支援レベル	
1又は2の対象者は	動機付け支援レベル	
0の対象者は	情報提供レベル	とする。

ステップ4 (特定保健指導における例外的対応等)

○ 65歳以上75歳未満の者については、日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL (Quality of Life) の低下予防に配慮した生活習慣の改善が重要であること等から、「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とする。

○ 降圧薬等を服薬中の者については、継続的に医療機関を受診しているはずなので、生活習慣の改善支援については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当である。そのため、保険者による特定保健指導を義務とはしない。しかしながら、きめ細かな生活習慣改善支援や治療中断防止の観点から、かかりつけ医と連携した上で保健指導を行うことも可能である。また、健診結果において、医療管理されている疾病以外の項目が保健指導判定値を超えている場合は、本人を通じてかかりつけ医に情報提供することが望ましい。

出典：標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】

2.2.解析方法

A) 解析対象

解析の組み入れ基準は以下の通りである。

- ・2008年から2018年の間に少なくとも2回以上の特定健診を受診した者
- ・初回健診時に39歳以上、75歳以下
- ・初回健診時に特定健診問診項目で内服なし(降圧薬、糖尿病治療薬、高脂血症治療薬)

B) 解析モデル

主要な解析には Fuzzy Type 回帰不連続デザインを用いた。

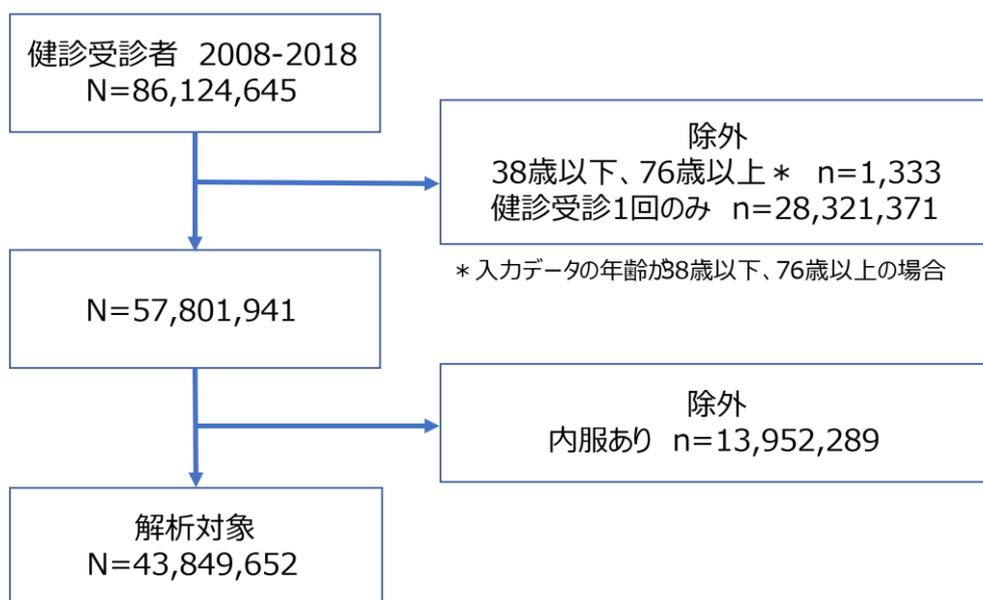
モデル条件は以下の通りである。

- ・線形、バンド幅 5 cm
- ・割付変数: 初回健診時の腹囲
- ・治療変数: 保健指導への割付(割付効果【ITT】の推定)、保健指導の実施(実施効果【ToT】の推定)
- ・アウトカム: 体重、収縮期血圧、HbA1c、LDL コレステロールの変化(3 年アウトカムは初回健診から 3 年以内の最終健診結果、5 年アウトカムは初回健診から 3 年以降 5 年以内の最終健診結果)
- ・サブグループ変数: 性別、心血管リスクの重症度、保健指導階層化因子
- ・調整変数: 年齢、体重、収縮期血圧、HbA1c、LDL コレステロール、飲酒

2.3. 解析対象者の選択過程

解析対象者の選択過程を図に示す。

解析対象者の選択プロセス

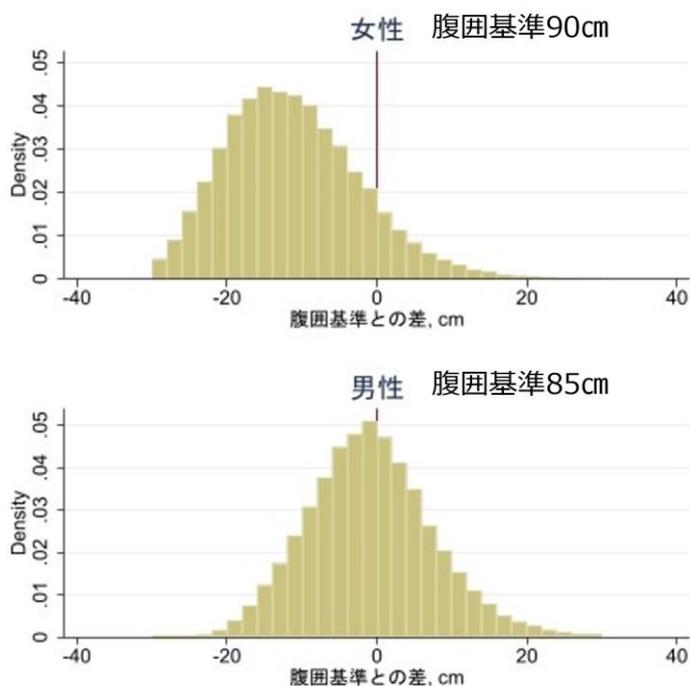


回帰不連続デザインのbandwidth内に含まれる対象者
女性 3,653,983名、男性 10,949,751名

2.4.腹囲の分布

腹囲分布を図に示す。女性では男性と比較して、腹囲基準以上の分布が少ない傾向があった。各性別における基準以上の割合は女性 10.5%、男性 42.0%であった。腹囲基準周辺での腹囲測定値の人為的な操作(manipulation)は認めなかった。

腹囲分布



女性では男性と比較して、腹囲基準以上に分布する対象者が少ない。
女性 10.5%
男性 42.0%
カットオフ周辺での操作 (manipulation) は明らかでない。

5

2.5.腹囲基準周辺の集団にける特性

腹囲基準周辺(基準 \pm 5cm)の特性を表に示す。

女性は男性と比較して BMI が高い傾向があった。他の心血管リスク因子については大きな異常値を認めなかった。

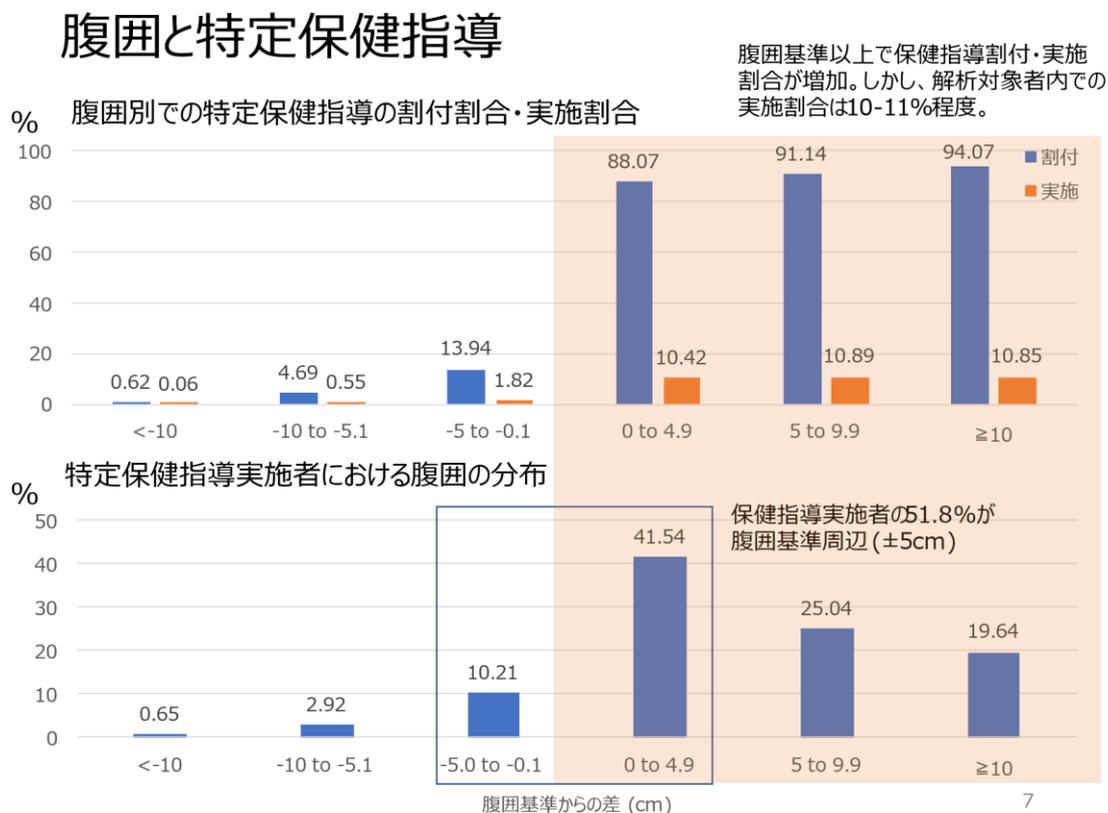
腹囲基準周辺(bandwidth内)での対象者特性

	女性 腹囲 90 ±5 cm	男性 腹囲 85 ±5 cm
	N=3,653,983	N=10,949,751
年齢	55 (46-63)	50 (42-59)
腹囲	88.3 (86.4-91)	84.5 (82-87)
体重	60.1 (55.6-65)	68 (64-72.2)
BMI	24.7 (23.1-26.4)	23.6 (22.5-24.8)
SBP	124 (113-135)	124 (114-134)
DBP	75 (68-82)	78 (70-85)
HbA1c	5.6 (5.4-5.8)	5.5 (5.3-5.7)
LDL-C	135 (114-157)	128 (108-149)
中性脂肪	96 (70-135)	114 (80-165)
HDL-C	62 (53-72)	55 (47-64)
喫煙	381,465 (10.4%)	4,258,285 (38.9%)

回帰不連続デザインの解析対象となる腹囲基準周辺に分布する集団の特性を記述 6

2.6.腹囲と特定保健指導

腹囲別での特定保健指導割付割合・実施割合、および特定保健指導実施者における腹囲分布を図に示す。



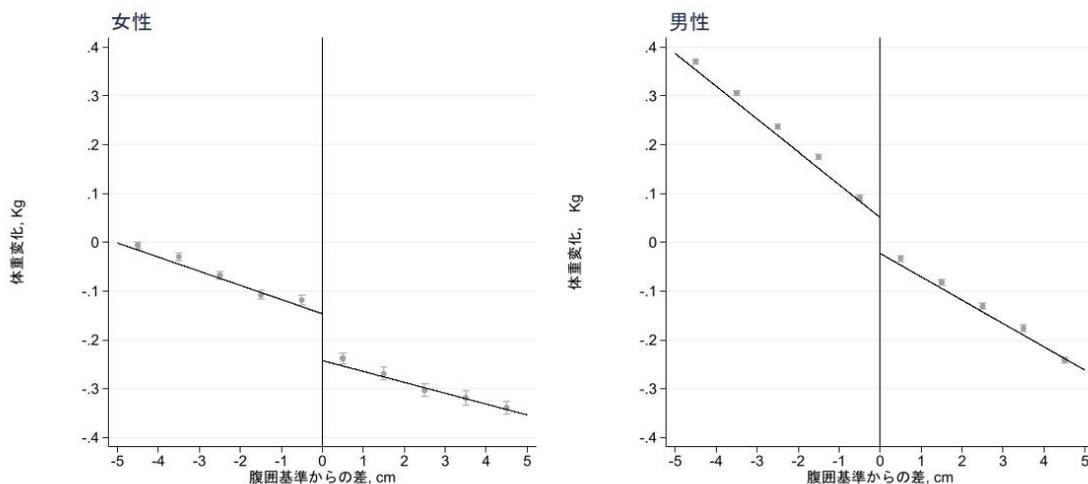
腹囲基準以上で基準未満と比較して、保健指導割付割合と保健指導実施割合の両者は鋭敏な増加を認めた。腹囲基準以上で、割付割合は90%程度と高値だが、実施割合は10%程度に留まった。保健指導実施者を分母にした場合、腹囲が基準周辺(±5cm)に分布するのは51.8%であった。

2.7. 腹囲基準周辺でのアウトカムの変化

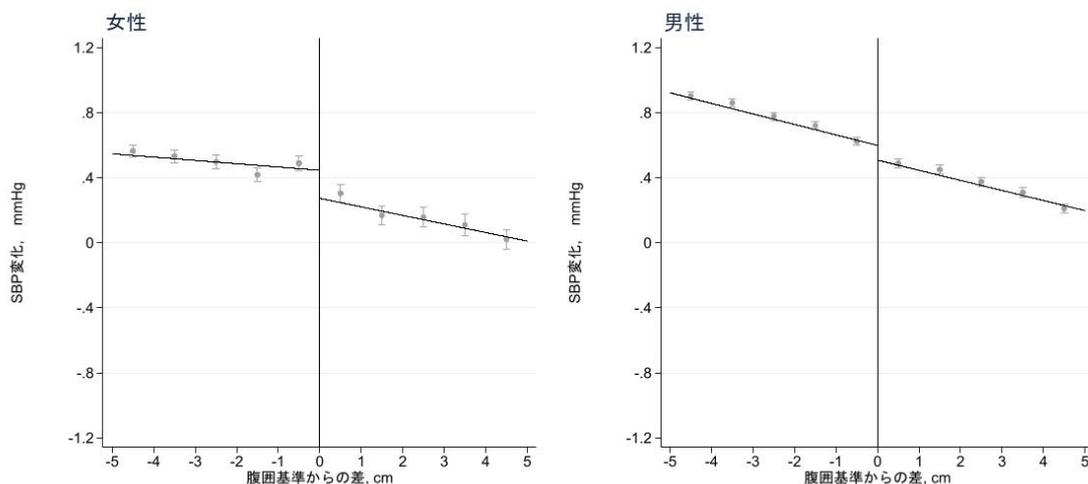
腹囲の基準値周辺における3年アウトカムの不連続な変化が存在するか回帰不連続プロットを以下の図に示す。

体重変化では、腹囲基準周辺で軽度の不連続変化(保健指導への割付効果)を認めたが、収縮期血圧、HbA1c、LDL コレステロールにおいては、明らかな不連続変化を認めなかった。

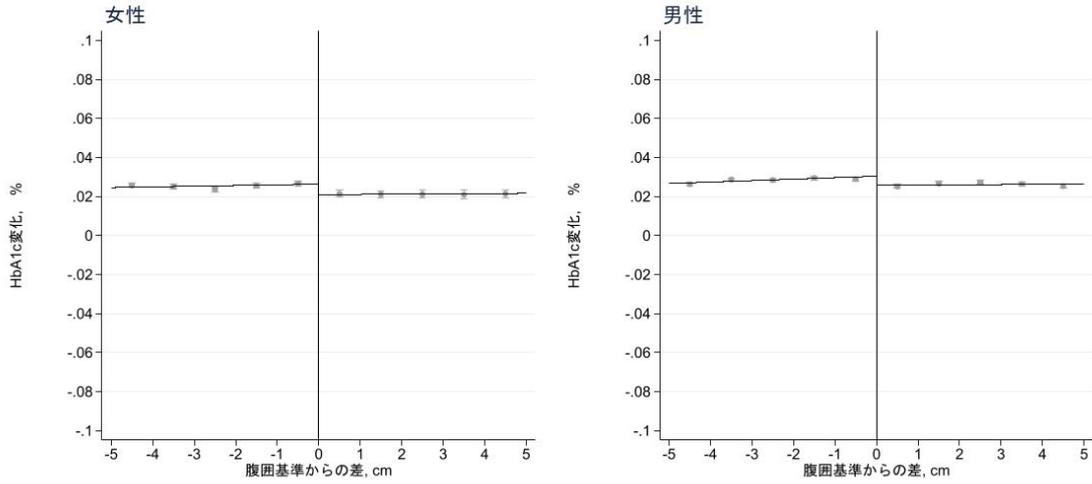
A. 体重変化



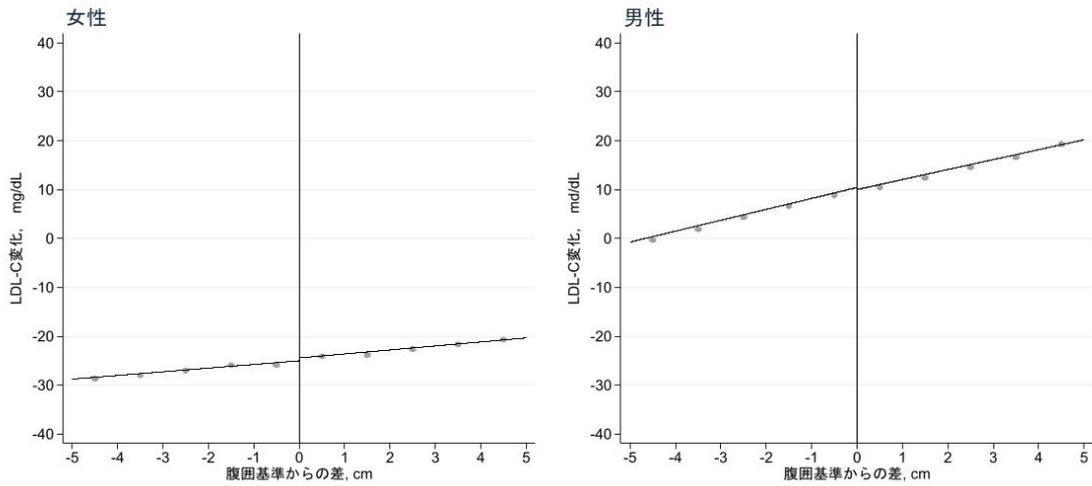
B. SBP変化



C. HbA1c変化

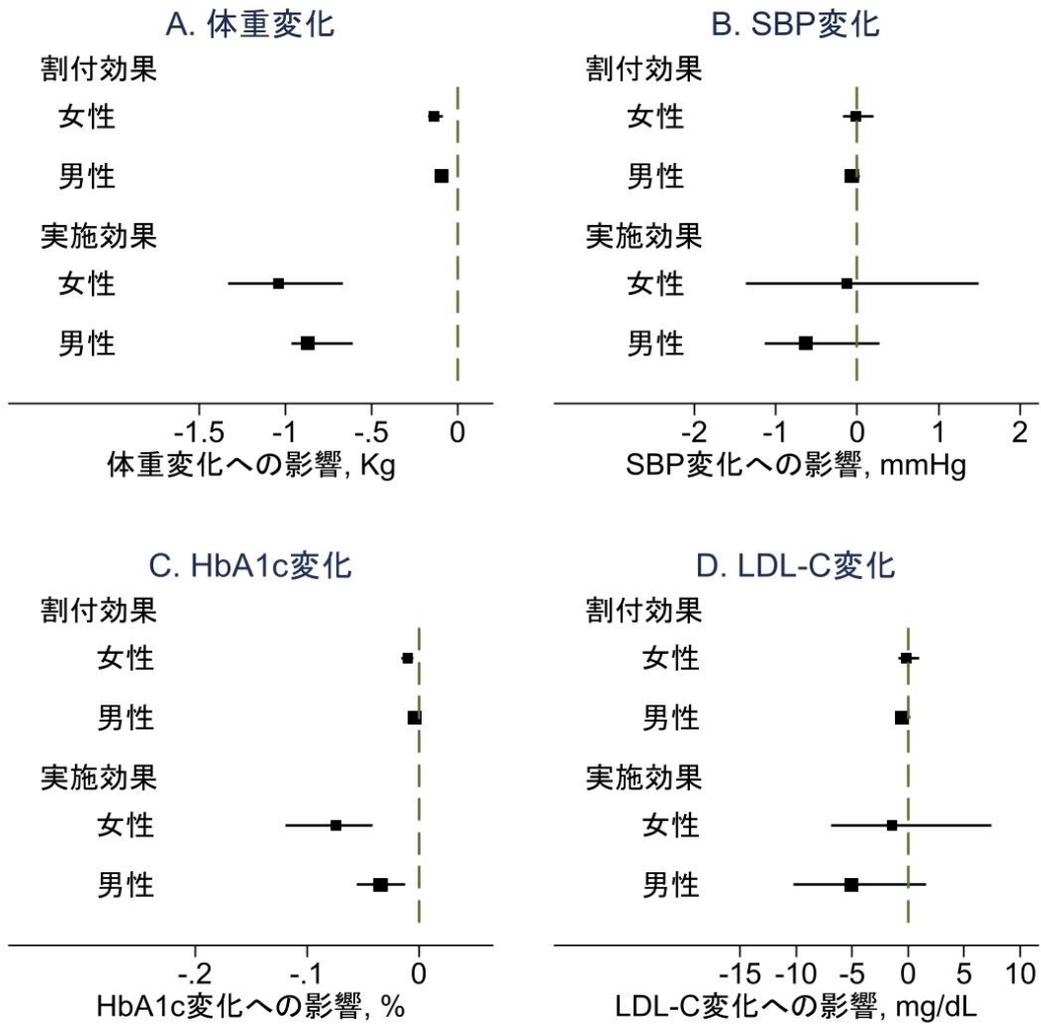


D. LDL-C変化



2.8. 回帰不連続デザインで推定された保健指導の効果(3年アウトカム)

以下の図と表に特定保健指導への割付、あるいは実施が、3年健康アウトカム(体重変化、収縮期血圧(SBP)変化、HbA1c変化、LDLコレステロール変化)に与えた影響を示す。



特定保健指導と3年アウトカム

	体重	SBP	HbA1c	LDL-C
割付効果 (ITT効果)				
女性	-0.14 (-0.17 to -0.09)	-0.02 (-0.18 to +0.20)	-0.01 (-0.02 to -0.01)	-0.19 (-0.91 to +0.99)
男性	-0.09 (-0.10 to -0.06)	-0.07 (-0.12 to +0.03)	-0.004 (-0.006 to -0.001)	-0.54 (-1.08 to +0.18)
実施効果 (ToT効果)				
女性	-1.04 (-1.33 to -0.66)	-0.13 (-1.36 to +1.49)	-0.07 (-0.12 to -0.04)	-1.44 (-6.87 to +7.42)
男性	-0.87 (-0.96 to -0.61)	-0.63 (-1.14 to +0.28)	-0.03 (-0.06 to -0.01)	-5.08 (-10.21 to +1.63)

特定保健指導の割付効果は体重（女性0.14Kg、男性0.09Kg）とHbA1c（女性0.01%、男性-0.004%）であった。

実施効果については、体重約1Kgの減少。HbA1cの改善量は女性0.07%、男性0.03%であった。

SBP、LDL-Cへの影響は認めなかった。

11

2.9. ベースラインの心血管リスクが重度のサブグループにおける検討

腹囲基準周辺の集団の平均的な特性を見ると、もともと心血管リスク因子（収縮期血圧、HbA1c、LDLコレステロール）が大きな異常を認めなかった。そのため、ベースラインの心血管リスクが重度のサブグループについて検討を行った。

ベースラインの心血管リスクが重度のサブグループ 特定保健指導と3年アウトカム

SBP ≥140 mmHg	割付効果	実施効果
女性 n=364991	-0.77 (-1.40 to -0.33)	-4.04 (-7.44 to -1.81)
男性 n=617895	-0.06 (-0.26 to +0.22)	-0.40 (-1.78 to +1.50)

HbA1c ≥6.5%	割付効果	実施効果
女性 n=63814	-0.08 (-0.20 to +0.03)	-0.53 (-1.38 to +0.19)
男性 n=145564	+0.002 (-0.03 to +0.05)	+0.02 (-0.29 to +0.40)

LDL-C ≥140 mg/dL	割付効果	実施効果
女性 n=873398	-0.58 (-1.76 to +0.91)	-4.14 (-12.68 to +6.45)
男性 n=1413224	-0.29 (-1.00 to +0.85)	-2.72 (-9.32 to +7.81)

ベースラインで収縮期血圧 140mmHg 以上の女性において、収縮期血圧の改善（割付効果-0.77mmHg、実施効果-4.04 mmHg）。

12

2.10. 腹囲基準周辺における保健指導と内服開始者

腹囲基準周辺（基準±5cm）で保健指導の割付・実施を受けた場合、医療介入としての薬物治療を開始する可能性もある。そこで、腹囲基準周辺、その中で保健指導へ割付られた場合、保健指導を実施した場合で、それぞれ内服開始割合を記述した。

保健指導への割付や実施群で投薬開始割合が若干高いものの、正確には特定健診データとレセプトデータ上の投薬データを突合する等して、詳細な検討を行う必要がある。

腹囲基準周辺における 保健指導と内服開始

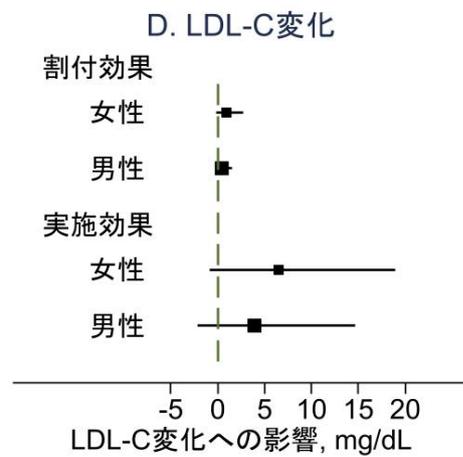
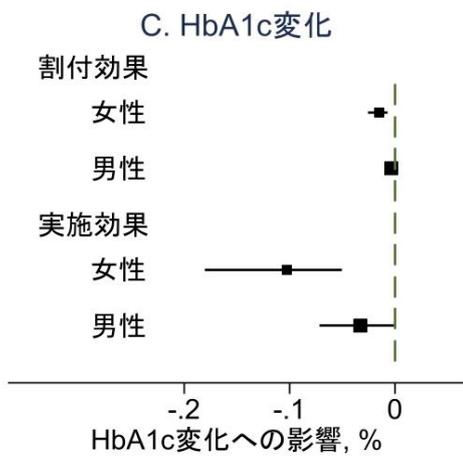
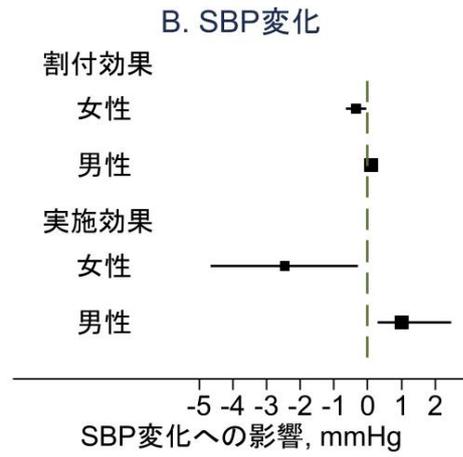
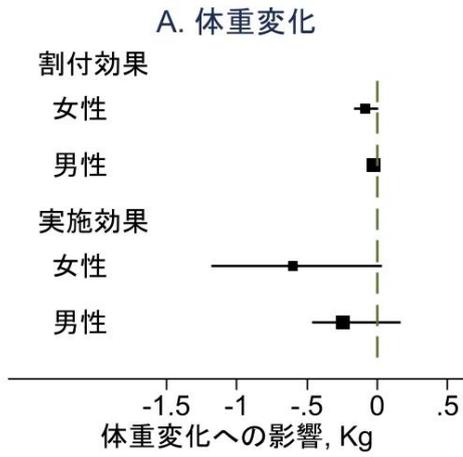
	腹囲基準周辺の 集団 N = 14603734	保健指導への 割付 N = 6765599	保健指導の 実施 N = 813932
降圧剤	7.1% 女性 7.8% 男性 6.8%	8.8% 女性 9.8% 男性 8.5%	10.0% 女性 12.0% 男性 9.3%
血糖降下薬	1.5% 女性 1.4% 男性 1.6%	2.0% 女性 1.9% 男性 2.1%	1.9% 女性 2.0% 男性 1.9%
脂質異常症 治療薬	5.2% 女性 8.1% 男性 4.2%	6.1% 女性 8.9% 男性 5.0%	6.7% 女性 10.6% 男性 5.2%

内服開始は、初回健診から3年以内の特定健診問診項目にて新規の薬剤内服開始で定義

13

2.11. 回帰不連続デザインで推定された保健指導の効果 (5年アウトカム)

以下の図と表に特定保健指導への割付、あるいは実施が、5年健康アウトカム(体重変化、収縮期血圧(SBP)変化、HbA1c変化、LDLコレステロール変化)に与えた影響を示す。



特定保健指導と5年アウトカム

	体重	収縮期血圧	HbA1c	LDL-C
割付効果				
女性	-0.09 (-0.17 to +0.01)	-0.35 (-0.66 to -0.03)	-0.01 (-0.03 to -0.01)	+0.93 (-0.14 to +2.71)
男性	-0.03 (-0.05 to +0.02)	+0.11 (+0.03 to +0.26)	-0.004 (-0.008 to +0.0001)	+0.42 (-2.33 to +1.57)
実施効果				
女性	-0.60 (-1.18 to +0.03)	-2.46 (-4.66 to -0.29)	-0.10 (-0.18 to -0.05)	+6.48 (-0.83 to +18.98)
男性	-0.24 (-0.46 to +0.17)	+1.00 (+0.29 to +2.48)	-0.03 (-0.07 to +0.001)	+3.94 (-2.11 to +14.69)

体重減少は3年と比較して5年で減弱。

女性では収縮期血圧の低下、HbA1cの軽度低下。

男性では収縮期血圧の軽度増加。

15

2.12.保健指導層化レベル(動機づけ支援、積極支援)別での検討

性別、階層化レベル別で腹囲基準周辺の対象者特性を表に示す。

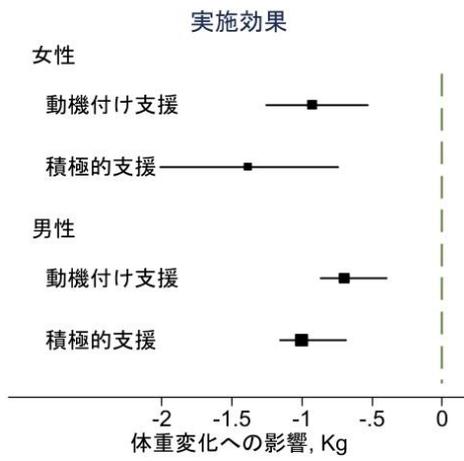
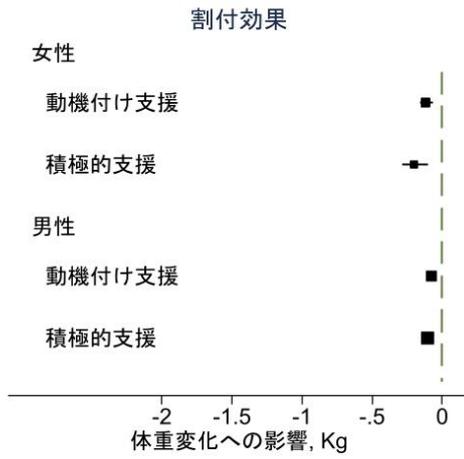
性別、指導層化因子別(動機づけ支援[Low]、積極的支援[High])
腹囲基準周辺(bandwidth内)の対象者特性

	女性		男性	
	動機づけ支援レベル Low Risk	積極的支援レベル High Risk	動機づけ支援レベル Low Risk	積極的支援レベル High Risk
	N=1,897,867	N=1,206,540	N=3,571,851	N=5,846,472
年齢	60 (48-67)	54 (47-60)	56 (44-66)	49 (42-56)
腹囲	88.1 (86.3-91)	89 (86.5-91.3)	84.3 (82-87)	84.9 (82.5-87.3)
体重	58.8 (54.4-63.7)	61.8 (57.2-66.7)	66.7 (62.6-71)	68.7 (64.7-72.9)
BMI	24.4 (22.9-26)	25.2 (23.6-27)	23.5 (22.4-24.6)	23.8 (22.6-25)
SBP	122 (112-132)	133 (123-142)	122 (113.5-132)	128 (118-138)
DBP	73 (67-80)	81 (73-88)	76 (70-82)	81 (73-88)
HbA1c	5.6 (5.4-5.8)	5.6 (5.4-5.8)	5.5 (5.3-5.7)	5.5 (5.3-5.7)
LDL-C	135 (115-156)	140 (118-163)	127 (108-147)	129 (109-151)
中性脂肪	92 (68-123)	123 (83-177)	99 (74-133)	144 (95-201)
HDL-C	63 (54-73)	59 (50-69)	57 (49-66)	52 (45-62)
喫煙	28,560 (1.5%)	278,368 (23.1%)	275,132 (7.7%)	3,377,782 (57.8%)

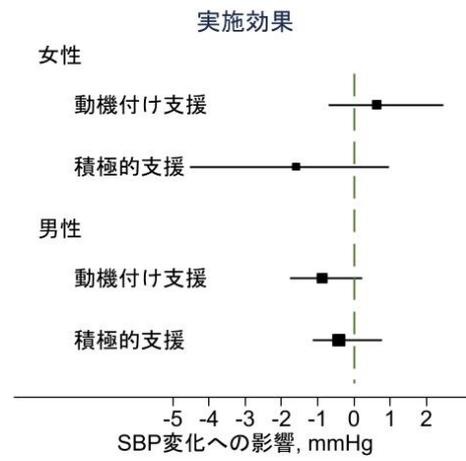
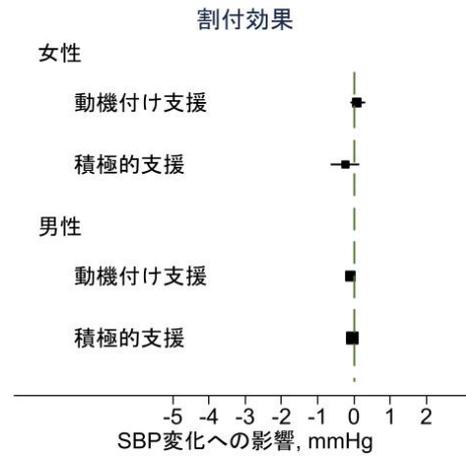
16

次に、性別、保健指導階層化レベル別で、各3年健康アウトカムに与える影響を検討した。

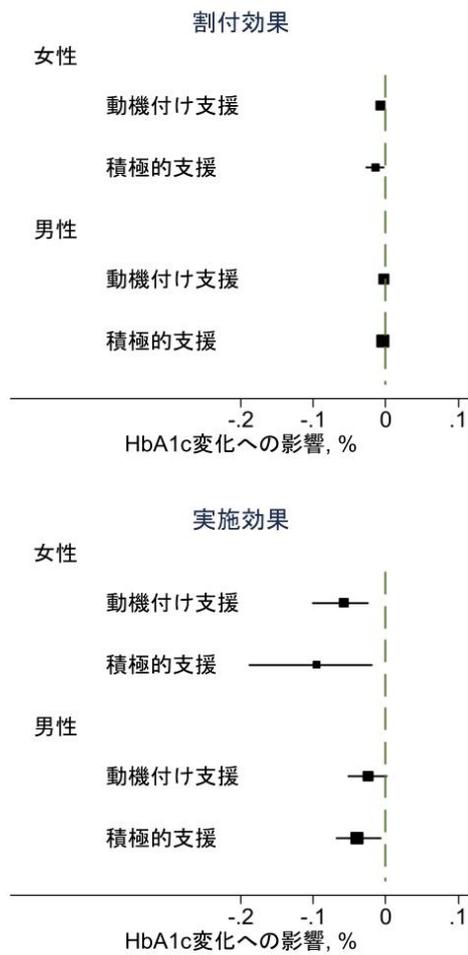
A. 体重変化



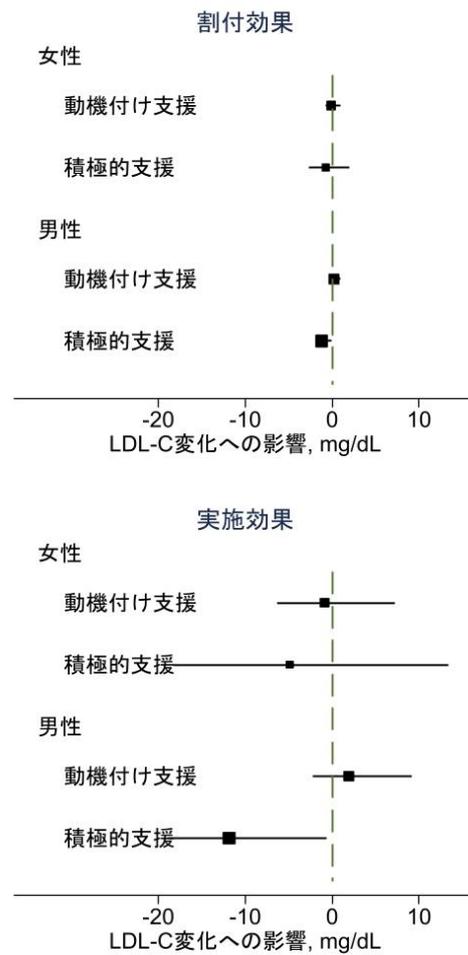
B. SBP変化



C. HbA1c変化



D. LDL-C変化



2.13. 結果要約

【主要な結果】

- 2008-2018年に少なくとも2回以上の健診受診を行った39-75歳の約4400万人を分析した。
- 3年アウトカムに関して、保健指導の割付効果は女性において体重: -0.14Kg HbA1c: -0.01%、男性において体重: -0.09Kg、HbA1c: -0.004%であった。実施効果に関して、女性において体重: -1.04Kg HbA1c: -0.07%、男性において体重: -0.87Kg HbA1c: -0.03%であった。収縮期血圧、LDLコレステロールとの関連は認めなかった。男女で効果量に大きな違いは認めなかった。ベースラインでの収縮期血圧が140mmHg以上の女性においては、割付効果: -0.77mmHg、実施効果: -4.04mmHgと収縮期血圧の低下を認めた。
- 5年アウトカムにおいて、体重減少への効果は3年アウトカムと比較して減弱していた。女性において収縮期血圧の低下(割付効果: -0.35mmHg、実施効果: -2.46mmHg)とHbA1cの低下(割付効果: -0.01%、実施効果: -0.10%)を認めた。男性では収縮期血圧が軽度上昇していた。

-
-

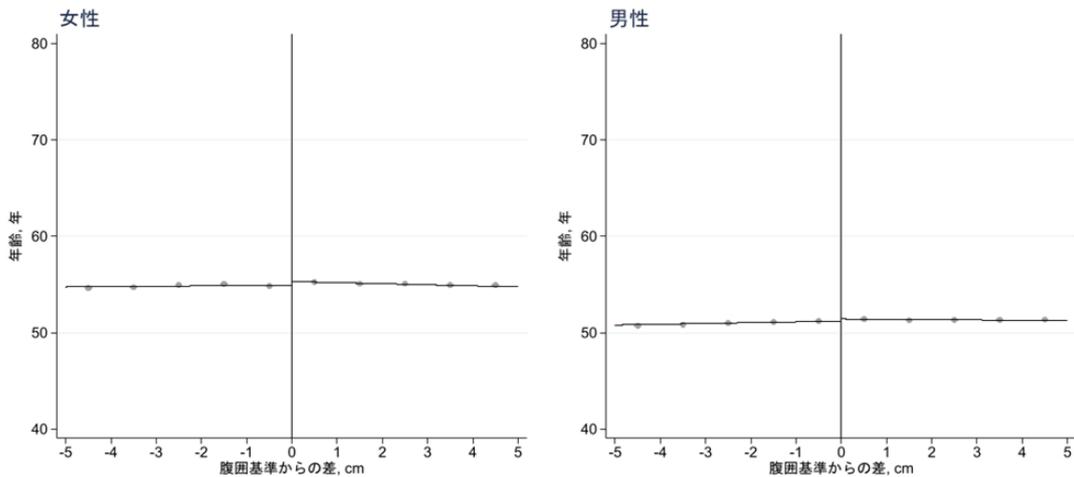
【副次的な結果】

- 解析対象者の中で腹囲が基準値を超えるのは女性 10.5%、男性 42.0%であった。
- 腹囲基準周辺の対象者*は、収縮期血圧の中央値 124mmHg(男女とも同値)、HbA1c の中央値 5.6%(女性)5.5%(男性)、LDL コレステロールの中央値 135mg/dL(女性)、128mg/dL(男性)であった。(*回帰不連続デザインにおいて効果推定に用いる集団)
- 腹囲基準以上で、保健指導への割付割合、実施割合が高値であった(回帰不連続デザインの割付条件)。腹囲基準以上の者での保健指導実施割合は 10–11%程度であった。保健指導実施者において、腹囲基準周辺(基準±5cm)に 51.8%が分布していた。
- 性別・指導レベル別(動機づけ・積極的支援)のサブグループ解析では、積極的支援集団で体重減少の点推定値が大きい傾向があるが、サブグループ間で明らかな違いを認めなかった。男性の積極的支援対象者において、有意な LDL コレステロール低下を認めた。

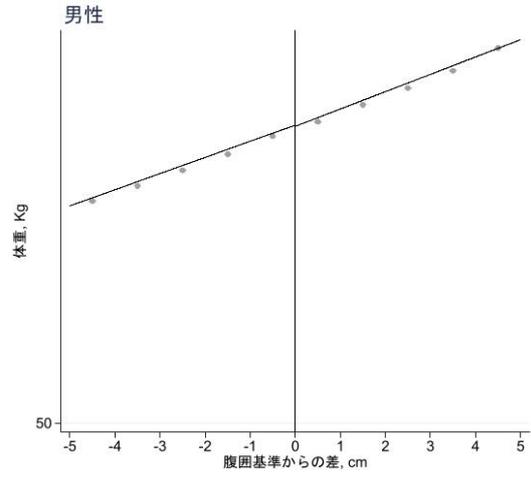
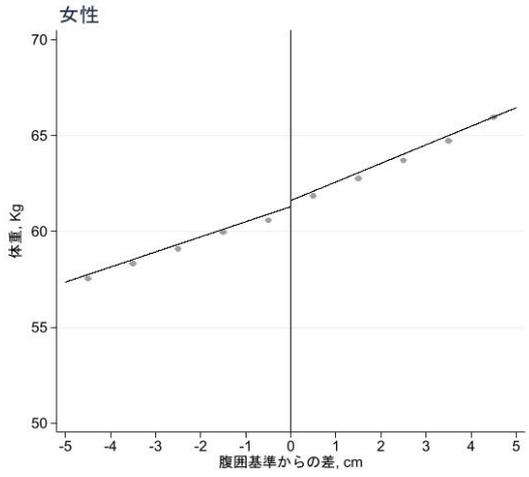
2.14.付録: 回帰不連続デザインの仮定の確認

回帰不連続デザインの仮定を満たすため、要因、アウトカム以外の背景因子について、腹囲基準周辺でスムーズな変化を起こしているかどうかの確認を行った。下記に示す図から、腹囲基準周辺での背景因子の不連続な変化は明らかでなかった。

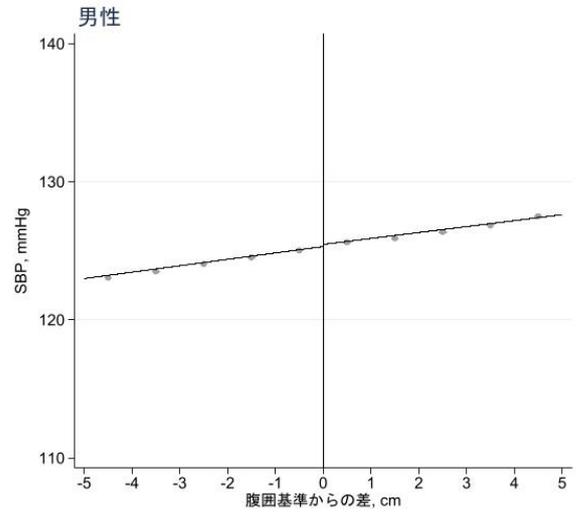
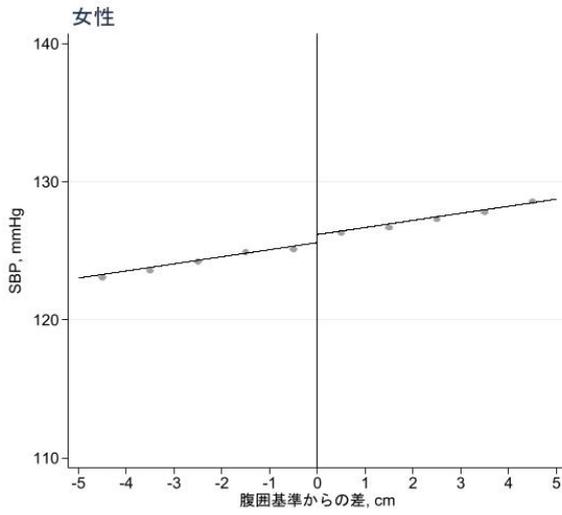
A. 年齢



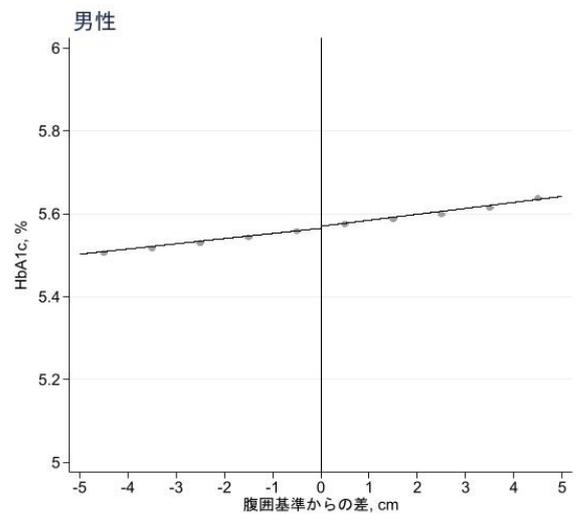
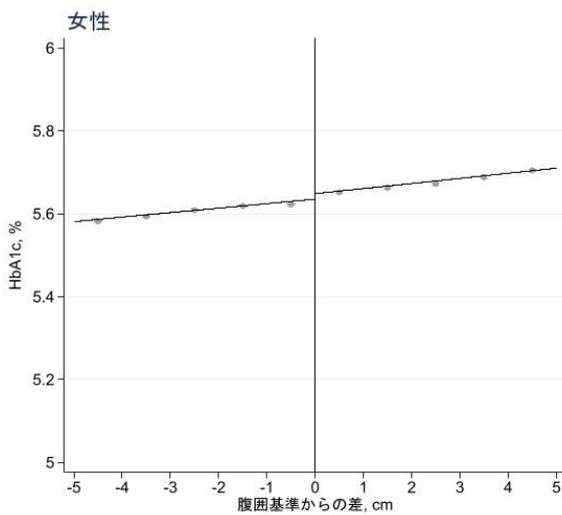
B. 体重



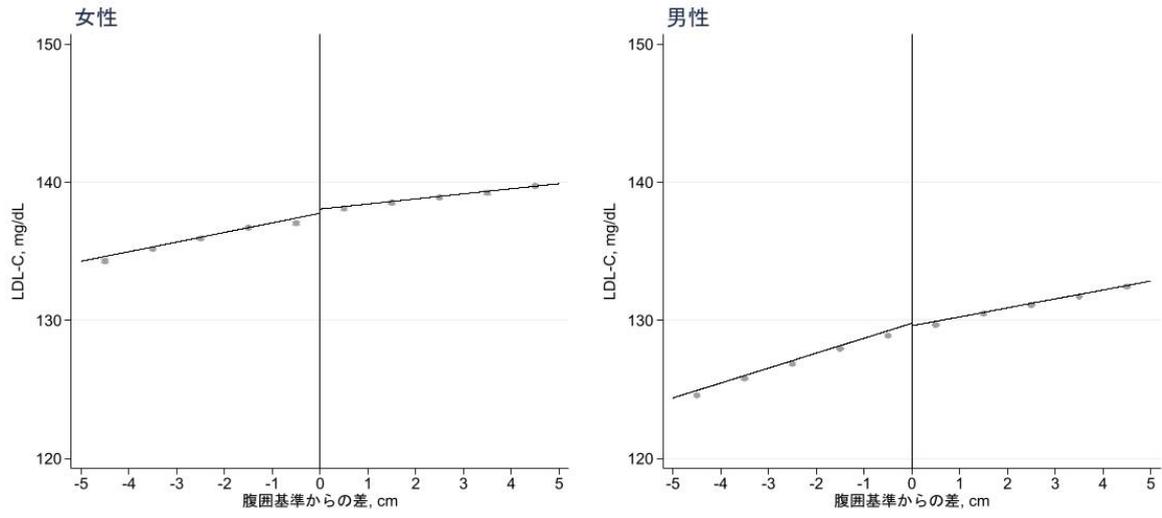
C. SBP



D. HbA1c



E. LDL-C



3. 保険者・自治体等への実地調査

3.1.1.本調査の趣旨

特定健診・保健指導を効果的に実施するために必要なエビデンスを蓄積するための調査研究において、文献調査およびNDBを用いた観察研究だけではエビデンスの構築に十分な情報が得られない領域に対して、保険者および保健指導実施事業者を対象に特定保健指導の実態に関する調査を実施するとともに、受診率(特定保健指導、医療機関受診)に関する課題、保健指導におけるコンテンツの実態を明らかにする目的で実施した。

また、今回の実地調査では、これまでに行われてきた過去の調査内容等を踏まえ、保健指導における医療への連携に係る実態把握や指導時における対象者への効果的な介入方法および行動変容に向けた取り組みに係る実態把握を目的としており、令和3年度以降の調査事業の方向性を検討する上で予備的な調査の位置付けで行った。

3.1.2.調査対象

保険者(含む自治体)、保健指導機関へのアンケート調査およびヒアリングを行う。アンケートおよびインタビューの実施先の調整は、各団体の関連する中央組織を通じて調整を行った。

3.1.2.1.アンケートおよびインタビューに関する調整先

<保険者>

- ・ 市町村国保(自治体)は、国民健康保険中央会を通じて、各自治体に対応を依頼
- ・ 全国健康保険協会は、全国健康保険協会の本部を通じて各支部を調整

<保健指導機関>

- ・ 保健指導事業者は、一般社団法人日本保健指導協会を通じて対応を依頼

3.1.2.2.調査実績

調査実績は以下の通り。

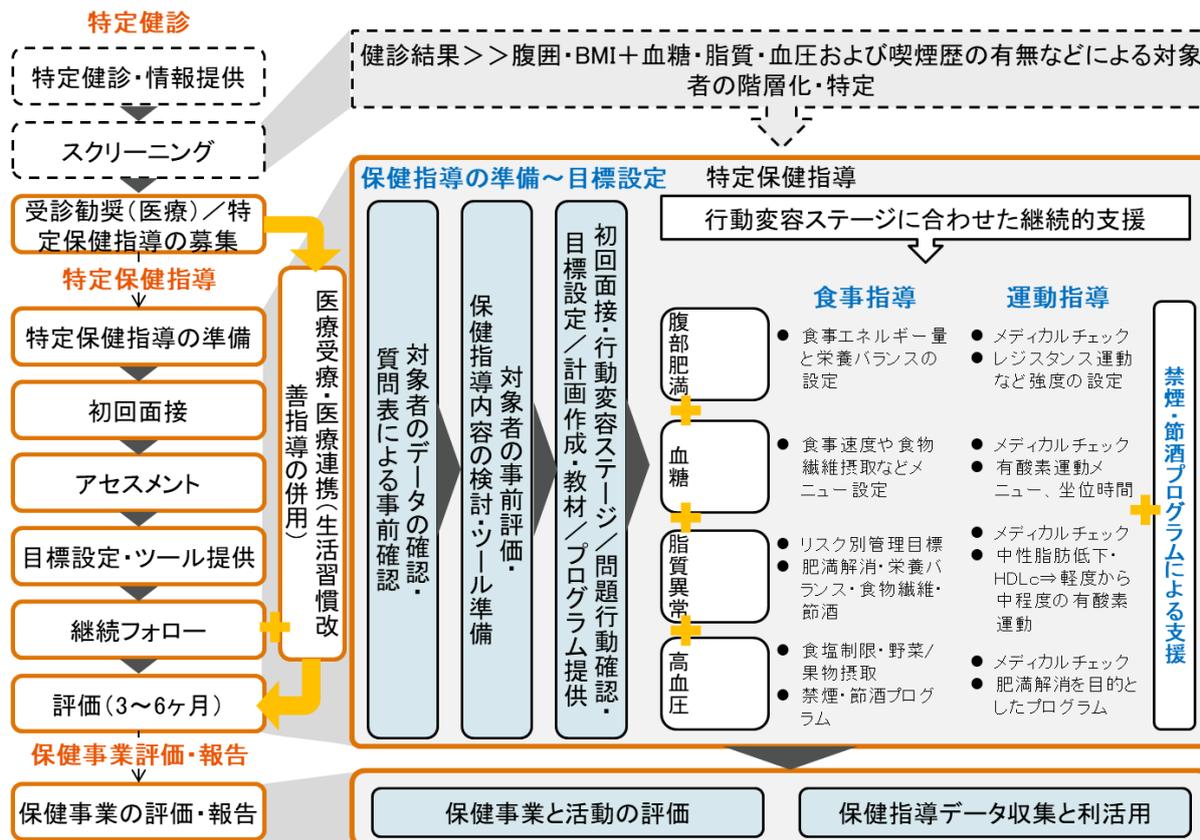
#	種別	組織	調査方式	
			アンケート	インタビュー
1	国保	府中市	○	○
2	国保	狛江市	○	○
3	国保	関東圏 A 市	○	○
4	国保	八王子市	○	○
5	全国土木	全国土木建築国民健康保険組合(本部)	○	○
6	全国健康保険協会	本部	○	○
7	全国健康保険協会	静岡支部	○	○
8	全国健康保険協会	大分支部	○	○
9	全国健康保険協会	新潟支部	○	○
10	全国健康保険協会	宮城支部	○	○
11	全国健康保険協会	岡山支部	○	○
12	全国健康保険協会	京都支部	○	○
13	健保組合	サントリー健康保険組合	○	○
14	健保組合	野村健康保険組合	○	
15	健保組合	グラクソ・スミスクライン健康保険組合	○	○
16	保健指導機関	ALSOK あんしんケアサポート株式会社	○	○
17	保健指導機関	株式会社保健支援センター	○	○
18	保健指導機関	SOMPO ヘルスサポート株式会社	○	○
19	保健指導機関	株式会社メディヴァ	○	○
20	保健指導機関	保健指導機関 B 社	○	○

3.2.調査紙の概要

3.2.1.特定保健指導領域に係る調査の対象範囲

特定保健指導の実施過程の中で、「医療機関への受診勧奨および特定保健指導の案内」、「特定保健指導領域の保険者による医療機関との連携(医療機関への受診勧奨、受診後の生活習慣改善指導の継続および運動指導等の可否判断等)」、「保健指導の準備～初回面接および継続支援」、「保健指導における行動変容の取り扱い」、「危険因子ごとの保健指導および運動指導」、「保健事業の評価・報告」までを調査の対象業務として設定した。

<図表:本調査の調査対象範囲>



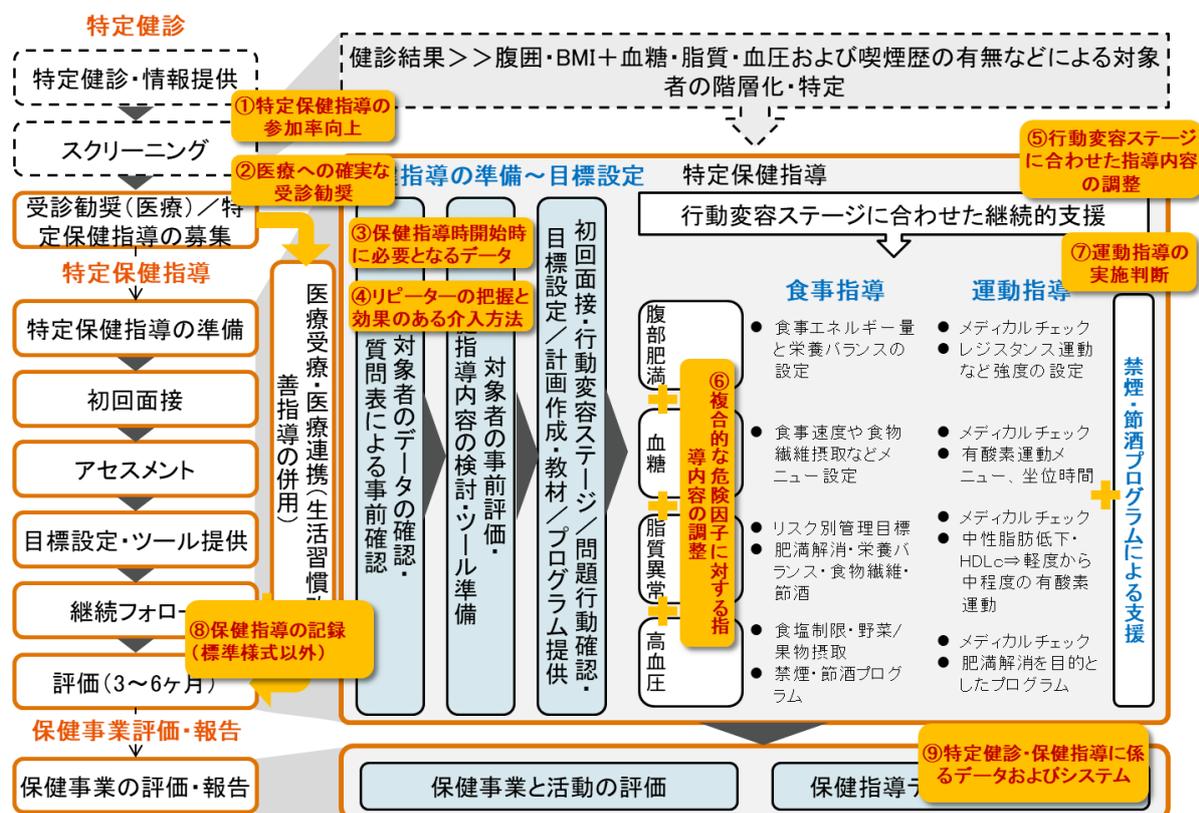
出典:「標準的な健診・保健指導プログラム」、各関連学会のガイドライン等を参考に作成

3.2.2.保健指導領域に係る質問設計の視点

上記の特定保健指導の実施過程に対して、9つの調査テーマを設定し、調査に向けた設問設計を行った。設問設計のテーマは以下の通り。

- ① 特定保健指導の参加率向上
- ② 医療への確実な受診勧奨
- ③ 保健指導時開始時に必要となる情報の入手
- ④ リピーターの把握と効果のある介入方法
- ⑤ 行動変容ステージに合わせた指導内容の調整
- ⑥ 複合的な危険因子に対する指導内容の調整
- ⑦ 運動指導の実施判断
- ⑧ 保健指導の記録(標準様式以外)
- ⑨ 特定健診・保健指導に係るデータおよびシステム

<保健指導領域に係る質問設計の視点(下図)>



出典:「標準的な健診・保健指導プログラム」、各関連学会のガイドライン等を参考に作成

3.2.3. アンケートの設問テーマごとの設定意図

No.	テーマ	課題感	設定意図
①	特定保健指導の参加率向上	特定保健指導の実施率向上	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導に対するつなぎの部分の工夫(リードタイム短縮(健診会場内での当日面接等)や、支援形態(個別やグループ単位での介入で効果のあるもの))が、特定保健指導の参加率に大きく影響を与えていると考えられるため、保険者ごとの対応を確認する。 また、リードタイムの短縮に関わる取り組みと、各取り組みのメリット・デメリットについて把握したい。
②	医療への確実な受診勧奨	受診判定値以上の対象者の医療受診率向上	<ul style="list-style-type: none"> 保険者における医療受診勧奨のカットオフ値がどのように決められているかを把握したい。(例えば、血圧が高いのに医療受診勧奨が行われず、保健指導でカバーされているあるいは、その逆のケースなどを具体的に把握したい。また、医療への橋渡しがどのような集団で行われているかを把握したい)
③	保健指導時開始時に必要となるデータ	アセスメントに必要な情報の適切な入手	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導対象者の生活習慣および行動変容ステージを把握し、生活習慣のアセスメントを行うにあたって追加でどのような情報を入手し、活用しているかを確認したい。
④	リピーターの把握と効果のある介入方法	リピーターへの効果的な介入	<ul style="list-style-type: none"> 動機付け支援相当(2年連続して積極的支援に該当し、かつ一定の改善効果がみられた者)はいたか。また、該当した者を把握していたかと、どのような支援を実施したかについて把握したい。 特定保健指導対象者のリピーターに対して、プログラムのマンネリ化(対象者のモチベーション低下や改善効果が見られない)を回避するために、介入にどのような工夫をしているかについて把握したい。
⑤	行動変容ステージに合わせた指導内容の調整	離脱率の低減、行動変容ステージの継続的な見極め	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導の現場において行動変容ステージがどの程度活用されており、役立っているかを確認したい。 行動変容ステージの評価結果に基づく、指導プログラムの調整や変更の実施状況について確認したい。
⑥	複合的な危険因子に対する指導内容の調整	保健指導の質(プログラム)	<ul style="list-style-type: none"> 「効果のある保健指導はどのようなものか」の観点から、危険因子によって、保健指導の内容をどのように組み替えているかを把握したい。

No.	テーマ	課題感	設定意図
⑦	運動指導の実施判断	運動指導の除外基準	<ul style="list-style-type: none"> ・ 運動指導は効果が高いが、リスクもあり、除外対象となることも多いと想定される。そのため、運動指導を進める場合の除外基準等について把握したい。
⑧	保健指導の記録(標準様式以外)	被対象者の生活改善に関わる年跨ぎのトレーサビリティ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導の対象者が指導後に改善されたか否かが把握できていない実態があることが想定される。 ・ 対象者の年度を跨いだ状況(健診結果やその後の生活習慣など)について、システムなどを活用して把握している場合はその方法を確認する。また、把握が出来ていない場合は、その必要性や課題について把握する。
⑨	特定健診・保健指導に係るデータおよびシステム	保持しているデータの種別やシステムの実態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保持しているデータの種別やシステムの実態(生産性・効率化への寄与)について把握したい。

3.2.4.アンケートの設問項目の概要

※詳細な質問文については、「3.4.調査の結果」以降に示す各設問文(青字で表記)を参照

No.	質問の視点	質問項目(大項目)
①	特定保健指導の参加率向上	Q1.特定保健指導の運営方法 Q2.特定保健指導の実施形態 Q3.特定保健指導の初回面接の方法 Q4.特定保健指導終了から初回面接までの所要期間
②	医療への確実な受診勧奨	Q5.受診勧奨判定値(医療機関を受診する必要性を検討する値)について Q6.受診勧奨後の確認について Q7.医療機関未受診者・治療中断者への対応 Q8.医師会および医療機関との連携 別紙1「受診勧奨判定値(独自)」: 回答欄に判定値と設定根拠や理由をご記入ください。
③	保健指導時開始時に必要となるデータ	Q9.特定保健指導開始前に、保健指導機関に提供されている健診結果等の情報 Q10.不足している情報(入手したほうが良い情報) Q11.追加情報の入手について Q12.生活習慣のアセスメントに関わる情報の入手 Q13.保健指導開始前に、保健指導機関に提供されている健診結果等の情報
④	リピーターの把握と効果のある介入方法	Q14.リピーターに対する対策 Q15.リピーターへのモデル実施による対応 Q16.動機付け支援相当の者への対応
⑤	行動変容ステージに合わせた指導内容の調整	Q17.行動変容ステージの評価基準 Q18.行動変容ステージの違いによる保健指導の内容変更(初回面接・行動計画作成時) Q19.行動変容ステージの違いによる保健指導の内容変更(中間評価時など支援期間中での再評価)
⑥	複合的な危険因子に対する指導内容の調整	Q20.各危険因子への保健指導の内容 Q21.生活習慣病やメタボリックシンドロームに関する知識の提供・生活習慣改善のための資料 Q22.目標設定および行動計画の作成 別紙2「危険因子ごとに行っている保健指導項目に関する回答」

	複合的な危険因子に対する指導内容の調整(禁煙・節酒)	Q23.禁煙支援プログラムの整備状況および支援方法 Q24.禁煙外来への受診勧奨 Q25.節酒に関わる支援
⑥	複合的な危険因子に対する指導内容の調整(モニタリング)	Q26.セルフモニタリングに関する指導 Q27.セルフモニタリングの対象 Q28.セルフモニタリングのツール
⑦	運動指導の実施判断	Q29.身体活動支援の実施の有無 Q30.身体活動・運動支援の除外基準 Q31.身体活動・運動実施の状況把握(アセスメント) Q32.アセスメントから適切な身体活動支援
⑧	保健指導の記録(標準様式以外)	Q33.特定保健指導の記録 Q34.特定保健指導の記録を行うシステムが有する機能(該当する場合のみ)
⑨	特定健診・保健指導に係るデータおよびシステム	Q35.特定健診・保健指導に関わるデータ管理システムの概要 Q36.特定健診・保健指導に関わるシステムに関して、以下の書面をご提出ください。

3.3.調査結果の要約

特定保健指導の実施過程に関する9つの調査テーマに対して、アンケートおよびインタビューによる調査を行い、以下の検出事項を確認した。

No.	テーマ	検出事項(概要レベル)
①	特定保健指導の参加率向上	<ul style="list-style-type: none"> 部分委託の採用については、保健指導の実務を行う担当者の不足や、組合健保の支部等での指導体制の確立が難しいことなどが理由として挙げられた。 支援形態の違い(個別指導/グループ指導)による効果は、個別支援のほうが行動変容や改善効果に優位であるように感じている、グループ支援の場合は工夫次第で大きな改善効果が見込める場合もある、といった意見を確認したが、実施率への影響を含め、具体的な検証を行った事例は確認できなかった。 分割実施について、保険者からは対象者の意欲の維持に大きな効果があるとの意見があった。 その一方で、分割実施を採用している保険者は限られると回答があったことと、初回面接時の担当者と架電担当者は変わるため、情報の連携などに負荷や課題がある、などの意見も得られた。 ICT面接(遠隔面接)は、時間や場所の制約がなく、参加へのハードルは下がるといったメリットがあることを確認した。 その一方で、対象者のリテラシー、保健指導側のツールなどの準備、運動指導の際に実際の動きを確認する点での難しさがある、などの意見も得られた。 保健指導に関わる多くの関係者が、保健指導の実施率と効果の向上に向けては、特定健診の受診から保健指導開始までの時間が重要な要素であると認識しており、また、短縮が望ましいと考えていることを確認した。 各関係者にて、様々な工夫に取り組んでいることを確認したものの、事務手続きの短縮等の手段では更なる時間短縮は難しい、という意見も得られた。 具体的な取り組みについては【3.4.調査の結果・3.4.1.設問テーマ「①特定保健指導の参加率向上」、「Q4.特定保健指導終了から初回面接までの所要期間」】を参照。
②	医療への確実な受診勧奨	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨判定値は、概ね標準的な健診・保健指導プログラムや、診療ガイドラインなどで示された値に準じており、その決定にあたっては、医師や産業医の助言を得ていることが分かった。 受診勧奨後の確認については、ハガキ等による医師/本人への確認の他、レセプトの確認を行っている保険者もあることを確認した。

No.	テーマ	検出事項(概要レベル)
③	保健指導開始時に必要となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> 今回、調査した保険者では、現在の制度の範囲内であれば、初回面接を適切に行うことで、保健指導の実施に十分な情報を入手できていると考えていることを確認した。 保健指導機関としては、契約期間の関係上、経年情報や過去の指導状況に関する情報を入手できない場合もあり、その点に課題感があることを確認した。
④	リピーターの把握と効果のある介入方法	<ul style="list-style-type: none"> 今回の調査においても、リピーターの増加については共通の課題となっていることを確認した。 対象者の行動変容を促すためにも、担当者の変更や指導内容を変更する等、各関係者において様々な工夫がなされているものの、抜本的な解決に向けては模索を続けているという状況であることを併せて確認した。
⑤	行動変容ステージに合わせた指導内容の調整	<ul style="list-style-type: none"> 行動変容ステージの把握は保健指導の実務の中で活用されており、行動変容ステージに合わせて行動目標の調整を行う等の対応しながら支援を行っていることを確認した。 一部、独自の基準を設けて支援内容を設定する等を行っている保険者や保健指導機関があることを確認した。
⑥	複合的な危険因子に対する指導内容の調整	<ul style="list-style-type: none"> 危険因子に関する対象者への説明は、腹部肥満(内臓脂肪蓄積)に関わるリスクだけでなく、危険因子ごとに、チャートなどの教材を用いて分かりやすい説明が行われていることを確認した。 行動目標は、食事と運動を基本としてそれぞれ設定(日々の行動目標をリストなどから選択し、削減できるキロカロリー/体重等を算出。運動は主に身体活動。)し、エネルギー削減/行動目標を目標として、最終的に減量および腹囲の減少につなげるなど、オーソドックスな方法が主に採用されていることを確認した。
⑦	運動指導の実施判断	<ul style="list-style-type: none"> 保険者、保健指導実施機関ともに、基本的には運動指導を行う前提で保健指導を行っていることを確認した。 初回面接時に血圧、BMI、障害の有無、本人の意欲等を確認し、必要に応じ、運動指導の可否について、かかりつけ医の判断を仰いでいることを確認した。
⑧	保健指導の記録(標準様式以外)	<ul style="list-style-type: none"> 国保に関してはKDBが中心として使用されており、健保組合はベンダーのパッケージ製品を活用しており、今回調査した保険者では、複数年度に跨って確認ができる仕組みを整備していることを確認した。 保健指導機関においては、各社で独自に開発したシステムを使用しており、過去データの受領可否については契約に依存する実態があることを確認した。

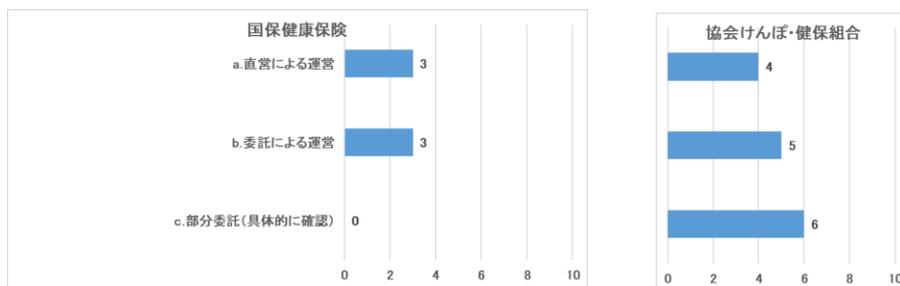
No.	テーマ	検出事項(概要レベル)
⑨	特定健診・保健指導に係るデータおよびシステム	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導機関のシステムの具体的な内容については、企業としての競争優位性に係る事項に該当するため回答を差し控えたいとの回答となった。

3.4.調査の結果

3.4.1.設問テーマ「①特定保健指導の参加率向上」

Q1.特定保健指導の運営方法(保険者のみ)

Q1-1.特定保健指導(動機づけ支援)の運営方法についてご回答ください。



Q1-2.『Q1-1.』で、『c.部分委託(具体的に確認)』を選択された場合、委託元と委託先の役割分担について具体的にご回答ください。

部分委託の採用については、保健指導の実務を行う担当者の不足や、組合健保の支部等での指導体制の確立が難しいことなどが理由として挙げられた。

また、組合健保では、自社基準で、血圧・血糖・脂質の結果が高値となった対象者には産業医による保健指導を行っていることを確認した。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> 積極的支援および動機づけ支援の初回面接の実施内容に違いはない。 委託を基本としているが、本部の健診施設で行う保健指導は、直営で行っている。
全国健康保険協会(支部)	<ul style="list-style-type: none"> 対象者を分類し、その分類ごとに役割分担をしている。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ ①、健診当日等に委託先である健診機関が階層化し、初回面接から実績評価まで実施する。 ➤ ②、①以外の被扶養者を除く被保険者で、県内在住者は、直営で初回面接から実績評価まで実施する。 ➤ ③、②以外の被扶養者を除く被保険者で、県外在住者等は、保健指導専門業者に委託し、勧奨から初回面接、実績評価まで実施する。 ➤ ④、①以外の被扶養者は、2 か月後に利用券を送付し、委託先である医療機関で初回面接から実績評価まで実施。
健保組合	<ul style="list-style-type: none"> 産業医に委託しているため、自社基準で、基準レベル 1(低リスク)該当者は、産業医面談対象とし、産業医と同席で、健保保健師にて保健指導を実施。 社内保健師がいるため、会社所属の社内保健師による「直営」と、外部業者への「委託」にて実施。

Q1-3.特定保健指導(積極的支援)の運営方法についてご回答ください。

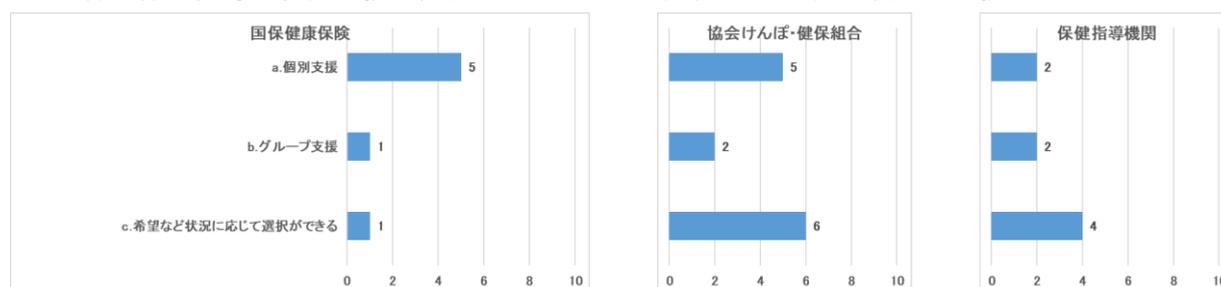
「Q1-1.」の動機づけ支援と同じ

Q1-4.『Q1-3.』で、『c.部分委託(具体的に確認)』を選択された場合、委託元と委託先の役割分担について具体的にご回答ください。(積極的支援)

「Q1-2.」の動機づけ支援と同じ

Q2. 特定保健指導の実施形態

Q2-1. 特定保健指導の初回面接の実施形態についてご回答ください。(動機づけ支援)



Q2-2. それぞれの実施形態の採用理由について具体的にご回答ください。(動機づけ支援)

支援形態としてグループ支援を採用している保険者もあったが、保健指導機関からの聞き取りでは、「グループ支援は、年に数件程度」との結果が複数の指導機関から説明された。

支援形態の違いによる効果については、個別支援のほうが行動変容や改善効果に優位であるように感じている、グループ支援の場合は工夫次第で大きな改善効果が見込める場合もある、といった意見を確認したが、現時点では具体的な検証を行った事例は確認できなかった。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> 開始当初はグループ支援も実施していたが、思ったより利用率が伸びなかった。 対象者それぞれのライフスタイルに応じたきめ細やかな保健指導が実施できるため。個別支援を採用している。
全国健康保険 協会(支部)	<ul style="list-style-type: none"> 個別支援での形態を中心に事業所に調整依頼している。勤務中に時間を割いていただくため、集団で仕事から離れることが困難な事業所が多い。グループ支援では、拘束される時間も長いため短時間で順に面談調整をスケジュールできるよう事業所に依頼している。事業所の希望があればグループ支援は実施可能である。
健保組合	<ul style="list-style-type: none"> 面接は就業中に行うため、事業所担当者へ依頼し、職場都合や本人の希望により選択する。就業中グループ支援はできないため、個別指導が主な実施形態である。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> 顧客団体様の要望で対応している。 委託元からの要望や弊社からの提案により、初回面接の実施形態を定めている。基本的には個別支援を提案しており、グループ支援は委託元の希望があった場合に採用している。

Q2-3. 特定保健指導の初回面接の実施形態についてご回答ください。(積極的支援)

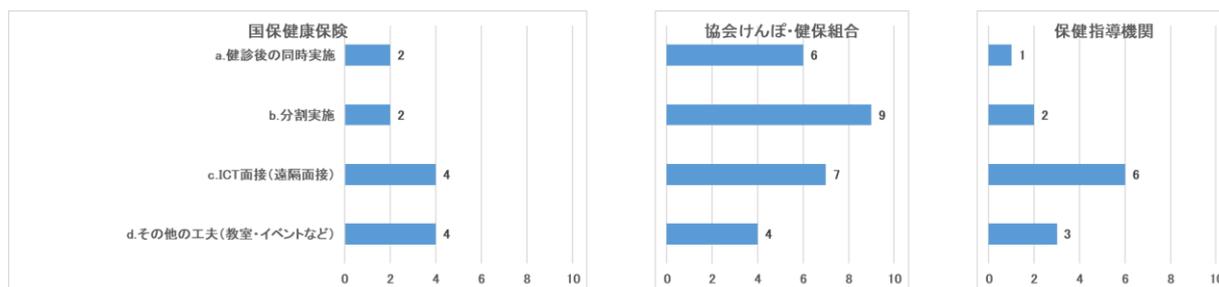
「Q2-1.」の動機づけ支援と同じ

Q2-4. それぞれの実施形態の採用理由について具体的にご回答ください。(積極的支援)

「Q2-2.」の動機づけ支援と同じ

Q3.特定保健指導の初回面接の方法

Q3-1.特定保健指導(動機づけ支援)における、初回面接の方法についてご回答ください。



Q3-2.初回面接方法の採用理由と効果について、具体的にご回答ください。(動機づけ支援)

市町村国保では、対象者のITリテラシーなどの利用に関わる制約があり、ICT面接(遠隔面接)の実施率は他の保険者と比しては高くなかった一方、健保組合ではほぼ全面的にICT面接(遠隔面接)を採用していた。保健指導機関からの回答としては、保健指導対象者のうち3割~5割程度をICT面接(遠隔面接)にて実施したとの回答を得た。

ICT面接(遠隔面接)は、時間や場所の制約がなく、参加へのハードルは下がるが、対象者のリテラシー、保健指導側のツールなどの準備、運動指導の難しさ等の課題があることも確認された。

種別	回答
国民健康保険(組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> 令和元年度まで ICT 面接を実施していたが、利用する対象者が少なかったため、参入できる事業者を増やす意図もあり、当初令和2年度は実施しない予定であった。しかしながら、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、ICT 面接を急遽実施したところ、現時点で例年より多くの対象者が ICT 面談を実施している。
全国健康保険協会(支部)	<ul style="list-style-type: none"> 事業主からは事業所の手間が省けるので健診当日実施の希望が多く、健診機関に保健指導までの実施を依頼している。健診当日に血液データが出なくても、分割実施でよいので、健診機関での実施を依頼している。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 健診機関で実施できず、県外支店等勤務者や営業職、運転手等外回り勤務で日程調整が困難な者については、ICT 面談を実施。今まで体制が整わず諦めていた対象者が利用できるようになった。 ➤ 被扶養者については、後日では連絡先電話が不明、また利用券を送付するまで2か月から6か月以上の間が空き、さらに本人が健診機関まで訪問する行動を起こさないと利用されないため、分割実施でもいので健診後に声をかけ当日実施するように委託先に依頼している。 委託機関実施分について:現在、48 保健指導機関と契約しているが、a で契約している機関が、34 機関(70.8%) b で契約している機関が 33 機関(68.8%)ある。初回面接数のうち、7 割以上が a・b で実施している。そのため、初回面接数が H30 年度と比べて、+1,073 人で 7,016 人となり、委託実施分初回面接実施率も+1.7%で、13.8%と伸びている。R2 年度はすでに、初回面接実施数が 7,256 人となっており、その効果は大きいと思われる。

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ICT面談は、対象者のニーズに合わせて、1人でも多くの方に受けていただけよう、11 機関と契約したものの、実際コロナ禍になって、実施し始めた機関は3 機関程度である。コロナ禍で、ICT 面談を希望してきた事業所がようやく出てきた印象がある。今後は、ICT 面談の周知も必要であると思われる。 ➤ 特定健診当日に保健指導を受けることが出来なかった方に対して、支部の保健指導の実務担当者が、事業所に直接訪問して特定保健指導を実施している。 事業所訪問による特定保健指導実施の利点は、対象者の職場環境や勤務状況を確認できることや、事業所の担当者等に対して、コラボヘルスなどのアドバイスが実施できるなどのメリットがある。
健保組合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2020 年は新型コロナのために全面的に Web 面談実施。Web 会議ツールの社内普及もあり、従業員の Web に対する抵抗感は低くなった。保健師側は、Web 上での関連資料の提示方法等工夫が必要だった。一方、自席等で PC があれば実施できるので、面談のための予定の確保はしてもらいやすかった。 ・ 対面での個別面接または指導会社のテレビ電話で行っていたが、コロナ禍において Web 会議ツールなどによる遠隔面接が 8 割になった。指導員からは対面で行う方が聞き取りしやすいし、分かり易いとの意見がある。対面面接は指導員の移動などもあり複数人同日で実施するため調整に時間がかかっていたが、遠隔により一人ごとで調整できるため調整が楽になり早く決まるようになった。しかし事務作業は増えた。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 昨年4月の緊急対策宣言により、対面で面談が不可になったため、ICT での実施のご要望が急増した。対象者からは、「参加しやすくなった」との声がたくさんあるが、実施の可否が対象者の ICT リテラシーに左右されることが大きく、対面型と ICT 型とご要望により選択できる方式を希望される顧客が多い。

Q3-3.『Q3-1』で分割実施を採用している場合、分割の切り分け内容と理由についてご回答ください。

保険者からは、分割実施は対象者の意欲の維持に大きな効果があるとの意見があった。

保健指導機関からは、分割実施を採用している保険者は限られると回答があったことと、初回面接時の担当者と架電担当者は変わるため、情報の連携などに負荷や課題あるなどの意見も得られた。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 直営健診機関での健診当日に初回面接を行う場合で、1 回目は直営で、2回目は委託業者にて分割実施している。(全体の 1 割未満。血液検査の結果がおくれることから、一部の面談を 2 回目に行い。初回面接で、ある程度たておき、フォローする。) 分割実施は当事者の意欲維持に大きな効果があるため、今後も進めていく
全国健康保険	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診結果が当日揃わない健診機関では、分割実施を行っている。

協会(支部)	
健保組合	・ 健診と特定保健指導を分けている。特定保健指導は、初回面接から報告まで同じ指導会社で行うことにより、指導内容のバラツキがない。

Q3-4.特定保健指導(積極的支援)における、初回面接の方法についてご回答ください。

「Q3-1.」の動機づけ支援と同じ

Q3-5.初回面接方法の採用理由と効果について、具体的にご回答ください。(積極的支援)

「Q3-2.」の動機づけ支援と同じ

Q3-6.『Q3-4』で分割実施を採用している場合、分割の切り分け内容と理由についてご回答ください。

「Q3-3.」の動機づけ支援と同じ

Q4. 特定保健指導終了から初回面接までの所要期間

Q4-1. 特定健診後(当日)から特定保健指導の開始(初回面接)までのおおよその所用期間をご回答ください。

今回の調査対象における市町村国保の保険者では、保険者にデータが連携されるまでに2カ月程度を要し、その後、階層化等の作業を行うため、保健指導の開始までには概ね4か月程度の時間を要していることを確認した。

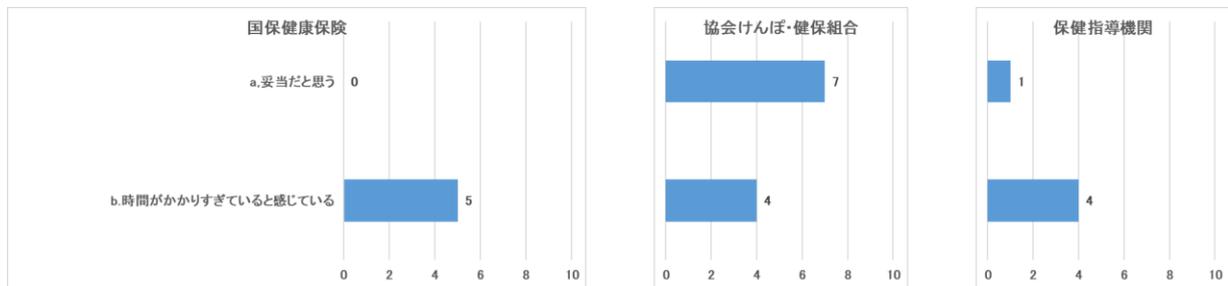
全国健康保険協会では、特定健診のデータ連携は遅延なく行えている一方、改善はされつつある状況ではあるが、事業者健診のデータの受領に課題を感じていることを確認した。

健保組合でも、データ連携元に紙データでの入力を行っている関係者がいる場合に、時間を要するケースがあることを確認した。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師会から市へデータが提供される場合はおおよそ以下の流れで連携が行われている。 <ul style="list-style-type: none"> ①健診実施の当月末に、健診機関からとりまとめ機関(医師会等)に健診結果が提出される (※紙ベース)。 ②その後、とりまとめ機関(医師会等)から委託先の入力業者にデータ化の依頼を行い、翌々月末に市に対して健診結果が提供される。 ③翌々月初にKDBIにて階層化・募集(発送)を開始。 ④健診後の4ヶ月目から保健指導を開始 (※対象者から申し込みの電話がない場合は、市から再度、募集の架電をおこない、フォロー)。 ・ (直営の動機付け)健診後3か月後に利用案内通知発送。 翌日から保健指導利用可能。 ・ (積極的支援)健診後3か月後に利用案内通知発送。 4か月目に初回面接。
全国健康保険協会(支部)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全国健康保険協会の開始までの状況はおおよそ以下の状況となっている。 生活習慣病健診については、当日または分割実施による初回面接を行っていることと、結果のデータが健診機関から協会支部のシステムに連携されるため遅延はない。(月次で送信してもらいデータの受領に1~2ヶ月程度) 一方、事業者健診に関しては、事業者がどの健診機関で実施しているかを把握していないため、資格確認から手間取っている状況。 健診機関からデータを提供してもらえる場合は、紙ベースでデータ化が必要であることと、健診結果に抜けもれ等のエラーも多く、エラーチェックに時間を取られている。 また、健診から時間が経過してしまっており健診機関にてデータが出せないなどの場合は、再度、事業者へデータの提供を依頼するなど、事業者健診に関してはデータの収集が困難になっている。

	<p>事業者健診のデータの提出タイミングは、健診機関・事業者で異なる。最短だと生活習慣病健診と同じぐらい(1~2 ヶ月)だが、遅いケースでは年度の締め・次の健診の開始前にあがってくることもあり、そこから階層化を行う。</p> <p>また、募集の案内を出すにあたり、「共同利用同意確認」等の事務作業が発生するため、保健指導開始までに時間がかかってしまうこともある。</p>
健保組合	<ul style="list-style-type: none"> 通常、3~5 か月程度。代行機関でとりまとめ、集約を行っており、月ごとに健診結果を健保組合に送ってもらっている。健診後から代行機関でデータ集約するのにおおよそ3か月かかっており、健診機関からのデータ形式にバラツキ(XML、紙など)があり、それらを代行機関で集約(パンチ作業など)するところで、時間がかかっている。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> 早いところでは健診2か月後~。4か月~8か月程度。

Q4-2.健診後から保健指導開始までの期間は妥当だと思いますか？



Q4-3.『Q4-2.』で『b.時間がかかりすぎていると感じている』を選択された場合、時間がかかりすぎている箇所はどこですか。現状の所要期間と問題点および望ましい所要期間をご回答ください。

現状、医療機関からの紙での健診結果の情報や、記録媒体やフォーマットのバラツキ(電子化すべき範囲の違い)などが原因で、健診後からデータ化までに時間がかかっていること、また、階層化と階層化後の募集業務においても一定の時間を要していることを確認した。

一方、今回調査対象となった市町村国保の保険者からは、事務手続きに関しては、これ以上の期間の短縮は困難であるとの意見があった。

保健指導機関からは、健診後から保健指導開始までの望ましい期間は1か月以内(遅くとも2か月以内)との意見があり、現状との乖離が認められた。

保健指導機関においても、健診後の健診結果のデータ化およびデータ連携への課題感が示された。

種別	回答
国民健康保険(組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> 健診後すぐに保健指導が実施できると、対象者の意識付けにも効果があり、望ましいと感じているため、対象者にとっては時間がかかりすぎていると考える。ただ、健診を医師会に委託しているため、健診結果のとりまとめや階層化処理について、迅速に処理をしたとしてもこの期間は必要となるため、事務処理上やむを得ない。 健診と同時実施や結果返しと同時に始められると理想的ではあるが、これ以上の短縮は難しいと感じている。また、現状、手紙と並行して架電による追加

	<p>案内を行っており、今の方式に効果を感じているため、この部分を短縮するなどの変更はしていない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関での健診後、月末締めで、とりまとめ機関(医師会等)へ集約し、その後健診データ(書面)がデータセンターへ転送されて入力されるため、KDBでの階層化、抽出までに時間がかかっている。 ・ 人間ドック等は健診申込・精算代行業者経由で提出を受けており、とりまとめ期間として1か月程度要している。紙で健診結果が提供された場合、データ化作業として2か月程度要する。健診結果は健診機関で全項目データ作成のうえ、事業主経由ですぐに提供される流れが望ましい。(健診機関からの直接提供について、事業所と健診機関との契約締結したうえで行うことも国から示されているが、体制や周知はできていない。)
全国健康保険協会(支部)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診結果が当協会システム取込みまでに健診1～2か月後。特定保健指導対象者が在勤の事業所へ案内を送付後に電話等で日程調整し、健診から2～3か月後の実施となる。⇒健診当日の特定保健指導が望ましい ・ 受診月を優先に抽出して事業所へ勧奨しているが、事業所によっては受診月が年間通じているため毎月の勧奨よりはまとめて勧奨してほしいと希望される場合もあり、受診月のばらつきがあるため、初回面接の開始が受診から期間が長くなってしまいう対象者がでてきてしまう。また、勧奨時期が仕事の繁忙期と重なり、初回面接実施が難しい事業所もあることから、初回面接開始を遅らせるケースもみられ、結果的に健診受診月から期間が長くなる場合もある。できれば健診に近いタイミングのほうが結果の把握もできているので、なるべく健診時、もしくは健診時に後日実施の約束をして開始日が予定できるのが望ましいと思われる。
健保組合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診受診から、健診データが格納されるまでの期間が、2～4か月程度かかっており、これを1～2か月程度に短縮したい。保健指導対象者抽出から保健指導実施までの期間が、1～2ヶ月程度かかっており、これを2週間程度に短縮したい。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 望ましい所要時間:特定健診から1か月以内(遅くとも2か月以内) 問題点:健診機関～保険者～業務委託者間でデータ連携がCDなどの物理的な媒体でのやりとが、未だ存在するなど、安全に連携できる仕組みが必要。これが可能になればスピードアップが図れ、指導効果が高まると思われる。また、健診から保健指導実施まで期間があると、自身の健康への興味が薄れ、危機感もなくなってしまうため。 ・ 紙データが残っており電子データ化に時間がかかっている。健診機関から事業会社にデータ納品までに時間がかかっている。また事業会社から健保までも時間がかかっている。 ・ 健康保険組合によっては、その都度ではなくまとめてデータ授受をすることもあり、保健指導まで半年以上かかるケースが多くある。対象者の意欲・関心は

	<p>健診結果を見た直後が最も高いため、なるべく保健指導までの期間を短縮して2、3か月ほどで開始できることが望ましい。</p>
--	---

Q4-4.健診後から保健指導の開始(初回面接)までの期間を短縮するために行っている工夫があれば、具体的にご回答ください。

期間短縮が保健指導の効果的な実施に向けて重要な意味合いを持つことになるため、それぞれの関係者にて、様々な工夫に取り組んでいることを確認した。

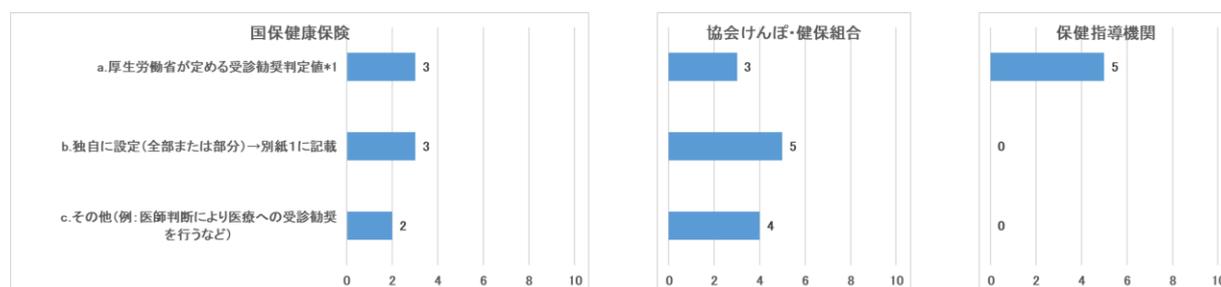
しかしながら、現状はそれぞれの立場の中で可能な範囲での取り組みに限定されてしまうため、抜本的な解決に向けては違う目線での取り組みが必要と考えていることを確認した。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診の結果取り込みを医師会に直接委託をしており、医療機関からの結果が上がってくるのが短縮できている。 ・ 医療機関(主に診療所)での結果説明時に予約をとっていただくよう健診実施医療機関に依頼している。 ・ 健診当日の初回面接を実施できる人間ドック機関と独自で契約している。
全国健康保険協会(支部)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 委託先である健診機関に、当日実施また、当日の分割実施を依頼している。 ・ 委託機関で健診当日実施、又は分割実施するための体制整備(保健指導実践者の人員確保、健診手順の見直し、責任者の意識の変容等) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 健診当日実施するための事業所の理解と協力を得るための働きかけ ➢ 健診結果データのエラー低減のための健診委託機関への注意喚起 ➢ 健診結果から保健指導案内までの期間縮減のための取り組み ➢ 労働安全衛生法の定期健診実施時に「共同利用同意確認用紙」の事前配布 ➢ 当支部主催の被扶養者の集団健診受診者を対象とした健診結果手渡し方式による初回面接の実施 ・ 健診受診月が、バラバラな大規模事業所でも、健診データがシステムに登録された時点で、対象者名簿を送付する。(そのため、1事業所に複数回対象者の名簿を送付する。)そして、1事業所で複数回初回面接を実施する。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 営業所等対象者の拠点が分かれており、対象者がバラバラな事業所に対しては、営業所等の住所を教えもらい、各営業所等を回る。 ➢ 大規模事業所で、一度に特定保健指導を実施したい場合には、複数人の保健指導者を派遣する。 ➢ 事業所ニーズに合わせて、少人数の場合には、保健指導者に1日複数事業所訪問をしてもらう。
健保組合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関から送られてきたデータは当日システムに取り込み、毎週1回対象者を選定している。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 委託元からの健診データの提供を受ける前に面談の日時、場所の調整など最短で実施ができるよう準備をしている。また、委託元の要望や事情に合わせて、事業所訪問型や個別訪問型など柔軟な実施形態を採用し、案内文や案内チラシのカスタマイズや事業所とのやり取りなど、スムーズに保健指導開始ができるよう運営を行っている。

3.4.2.設問テーマ「②医療への確実な受診勧奨」

Q5.受診勧奨判定値(医療機関を受診する必要性を検討する値)について

Q5-1.採用している受診勧奨判定値(医療機関を受診する必要性を検討する値)についてご回答ください。



Q5-2.『Q5-1』で、『b.独自に設定』を選択された場合、別紙1にて、対象となる検査項目の値と設定理由をご記載ください。

受診勧奨判定値は、概ね標準的な健診・保健指導プログラムや、診療ガイドラインなどで示された値に準じているが、その決定にあたっては、医師会や、産業医の助言を得ていることが分かった(ただし、標準的な健診・保健指導プログラムとの差はない)。

また、一部の保険者では、受診勧奨の対象者(医療機関への受診者)対象者が多くなるとの理由から、基準値を高めに設定していることも確認した。

種別	回答
国民健康保険(組合/市町村)	・ 血圧(収縮期血圧 160/拡張期血圧 100mmhg)、血糖値(空腹時血糖 130mg/dl、HbA1c(NGSP)7%、随時血糖 200mg/dl)で受診勧奨を行っている。

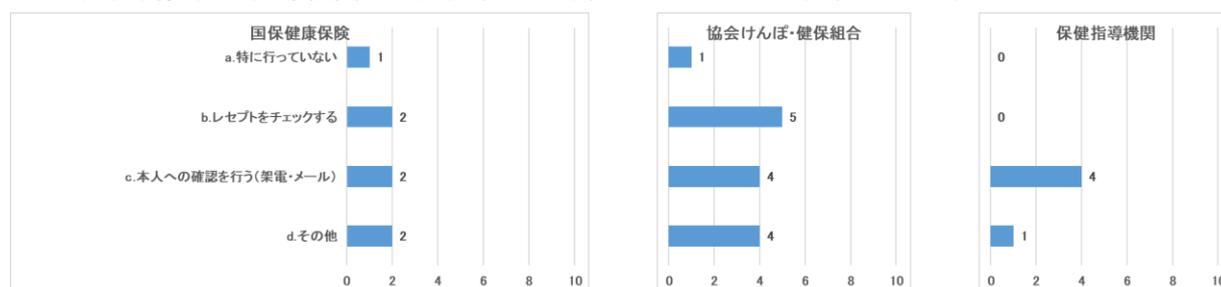
Q5-3.『Q5-1.』で『c.その他(例:医師判断により医療への受診勧奨を行うなど)』を選択された場合、具体的な受診勧奨の方法についてご回答ください。

今回の調査で確認された受診勧奨の具体的な取り組みについては以下の通り。

種別	回答
全国健康保険協会(本部・支部)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 民間業者委託にて実施。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ ①対象者本人の自宅へ医療機関受診勧奨及び受診状況報告を依頼する文書の送付。 ➢ ②事業主へ医療機関受診勧奨依頼する文書の送付。 ➢ ③事業所経由による対象者への医療機関受診勧奨の架電。 ➢ ④医療機関未受診の時には対象者本人同意を得て、事業主あるいは健診担当者へ架電し、状況説明の上、受診させるように依頼する。 ・ 血圧 180/110mmHg 以上、血糖 150mg/dl 以上、HbA1c8.4%以上の者のうち、LDL-C180mg/dl 以上の者に対して LDL-C についても受診勧奨を実施している。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ また、健診時において医療機関が要精密検査と判定した検査項目に対して特定保健指導中に受診勧奨を行う。

Q6.受診勧奨後の確認について

Q6-1.受診勧奨後の医療機関への受診有無の確認方法についてご回答ください。



Q6-2.『Q6-1』で『d.その他』を選択された場合、具体的な確認方法についてご回答ください。

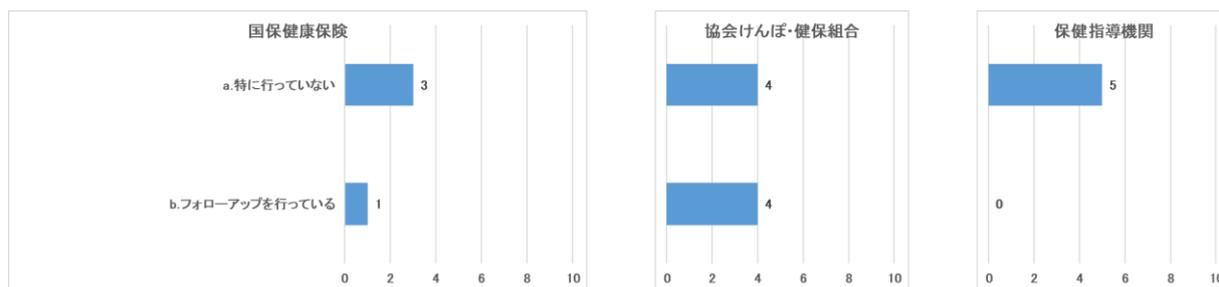
受診勧奨後の確認については、電話／ハガキによる医師への確認やレセプトを確認するなどの方法によって行っていることを確認した。

健保組合の被保険者に関しては、被保険者の雇用元や組合との連携を行っていることを確認した。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> 健診異常値放置者受診勧奨事業を実施しており、健診結果が受診勧奨判定値に該当しているにも関わらず、医療機関を受診していない方に対して通知を送付している。通知送付後、医療機関への受診の有無をレセプトにて確認している。
全国健康保険協会(本部・支部)	<ul style="list-style-type: none"> 本部 1 次勧奨の書面が対象者に出されているが、抽出条件が当支部では異なり、独自の抽出条件にて勧奨をおこなっている。 支部が二次勧奨(文書勧奨)実施後、一部の健診機関及び業者が、電話確認及び電話での受診勧奨を実施する。 特定保健指導中では受診勧奨対象者においてはアンケートにて受診状況の確認を行うこととしている。
健保組合	<ul style="list-style-type: none"> 血圧 & 血糖の基準値以上の者に対し、ハガキによる受診勧奨を実施しており、更に、重症化予防対象者として設定した高血糖者に対しては、事業主とのコラボヘルスの一環として、事業所担当者や組合職員による受診勧奨・受診有無の確認を行っている。 受診勧奨は、一次健診の結果内容により、受診結果を会社へ要報告の場合と、自己管理の場合の 2 パターンあり、要報告の場合は、本人がシステムから結果を報告するルールとなっている。要報告の区分にも関わらず報告がない場合は、メールにて確認・督促を行っている。自己管理の要受診となっているものについては確認を行っていない。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> 弊社が設定した「ハイリスク値」に該当する対象者へは、「医師への確認はがき」を初回支援時に配付している。また、対象者は、特定保健指導への参加と、目標計画の内容を医師に確認し、その内容を「医師への確認はがき」に記載して、弊社に返信していただくよう依頼している。

Q7.医療機関未受診者・治療中断者への対応

Q7-1.医療機関未受診者・治療中断者へのフォローアップは行っていますか。



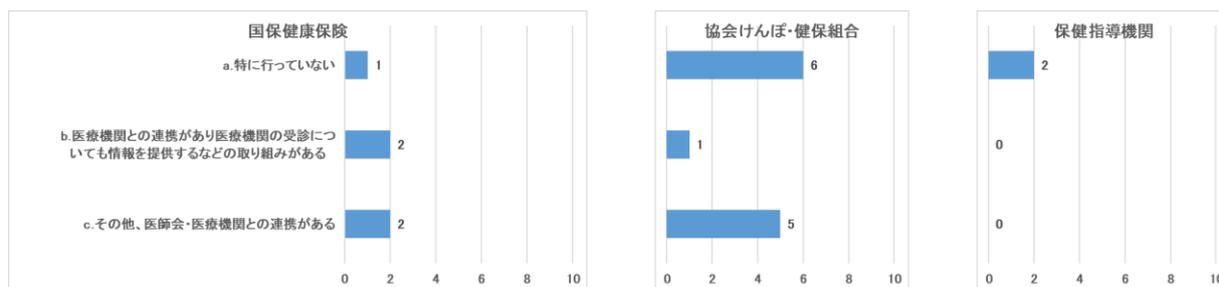
Q7-2.『Q7-1』で『b.フォローアップを行っている』を選択された場合、具体的な確認方法についてご回答ください。

医療機関未受診者・治療中断者への対応についても、一部の国保の保険者ではレセプトでの確認を行っていたが、今回の調査対象の中では行っていないか、電話での確認としている保険者が多かった。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> 健診異常値放置者受診勧奨事業を実施しており、健診結果が受診勧奨判定値に該当しているにも関わらず、医療機関を受診していない方に対して通知を送付している。通知送付後、医療機関への受診の有無をレセプトにて確認している。また、生活習慣病治療中断者受診勧奨事業も同様に実施している。 国民健康保険係にて「健診異常値放置者への医療機関受診勧奨事業」を実施。特定健診後に、受診勧奨判定値を超えているがレセプトにより医療機関への受診が確認できない方に対して、受診勧奨通知を送付している。その後受診につながったか再度レセプトで確認する。
全国健康保険協会(支部)	<ul style="list-style-type: none"> 回答書返送者(回答書:本部からの1次勧奨の書面の返信書のこと)の中で、未受診の回答者に電話勧奨を行っている。
健保組合	<ul style="list-style-type: none"> 産業面談の実施と未受診者については、2~3か月後に保健師よりメールによる受診勧奨を行っている。 対象者の健診月以降3か月分のレセプトをチェックし受診状況を確認し、未受診者へ過去5年分の健診結果と受診勧奨の文書を送り、1か月以内の受診を促す。その他リスク特性が目立つ事業所担当者へ数値や受診状況を伝え、事業所全体でのリスク特性への取り組みと同時に受診勧奨も依頼する。

Q8. 医師会および医療機関との連携

Q8-1. 受診勧奨に関して、医師会および医療機関との連携についてご回答ください。



Q8-2. 『Q8-1.』で『c. その他、医師会・医療機関との連携がある』を選択された場合、具体的な連携の内容についてご回答ください。

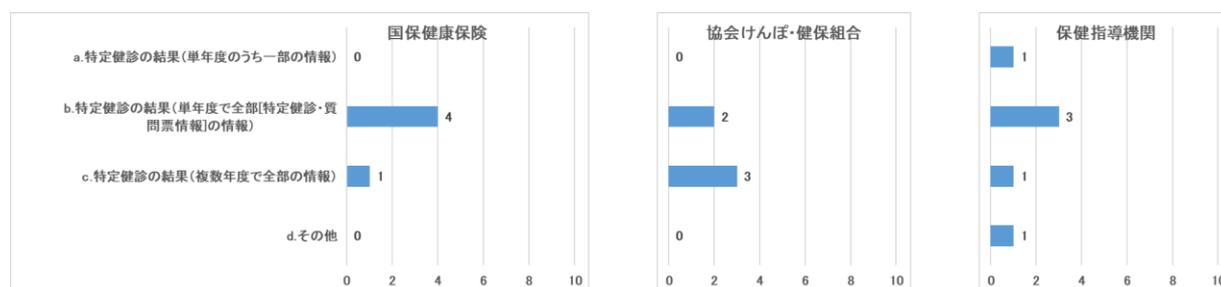
今回の調査対象においては、医師会および医療機関との連携については回答にバラツキが生じていた。具体的な取り組みの内容として、情報提供にとどまっている保険者から連携して受診勧奨を行う等、内容面でも違いが生じていることを確認した。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> 抽出基準や発送資材を医師会にも相談。発送対象者が健診を受けた医療機関にも、受診勧奨通知を送った旨を個別に通知している。 階層化以前に、医療機関(診療所等)での健診後に、階層化で対象者になりそうな人へは、医師にあらかじめ市から案内した保健指導募集パンフレットを用いた保健指導への参加勧奨をおこなってもらっている。
全国健康保険協会(支部)	<ul style="list-style-type: none"> 県医師会との連名で勧奨文書を作成し、本人宛に送付している。(2次勧奨の一部)

3.4.3.設問テーマ「③保健指導時開始時に必要となる情報の入手」

Q9.特定保健指導開始前に、保健指導機関に提供されている健診結果等の情報

Q9-1.特定保健指導開始前に、保健指導機関に提供されている健診結果等の情報についてご回答ください。



Q9-2.『Q9-1』で、『d.その他』を選択された場合、保健指導機関に提供されている情報について具体的に回答ください。

今回の調査対象では、基本的には特定健診に係る全ての情報が連携されていることを確認した。

保健指導機関からの回答でもそのことは裏付けられた。

種別	回答
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診結果(単年度のうち一部の情報)と 特定健診質問票情報。 <ul style="list-style-type: none"> 「単年度のうち一部の情報」は、標準的な検査項目のみで、詳細な健診項目が来ていない。一部尿酸値を提供されている。

Q9-3.(保健指導機関のみ)

特定保健指導開始前に、保険者から保健指導機関に提供されている情報の状況(バラつき度合いなど)と情報提供における課題(不足している情報や、引継ぎ不備など)についてご回答ください。

契約期間に起因し、前年度以前の健診結果や指導内容に関する情報が引き継げない場合もあること、一部の保険者では、質問票等の必要なデータが提供されないこともあること、といった実態があることを確認した。

種別	回答
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> 保険者の判断で、特定健診の健診項目及び標準的な質問の回答結果の提供範囲が異なる。対象者の選定に必要な情報のみの場合、体重・腹囲・BMI、血圧、血糖(FBS※9)、血清脂質(TG※10・HDL-C)、問診(服薬と喫煙)のみ最低限の情報が提供される。前年度以前に弊社で保健指導を実施した対象者については、前回の健診結果・設定した目標や計画を今年度の特定健診の結果(単年度で全部[特定健診・質問票情報]の情報)を、「健診結果票」に印字し、指導者に連携している。しかし、弊社での指導実績がない経年対象者については経年情報が事前に得られない。健診結果の経年変化、特定保健指導の履歴の引継が必要と考えられる。

※9. FBS:空腹時血糖

※10. TG:中性脂肪

Q10.不足している情報(入手したほうが良い情報)

Q10-1.特定保健指導を行うにあたって、特定健診結果・質問票以外で、入手することにより効果的な指導が行える情報があればご回答ください。

現在の制度の範囲内であれば、保健指導の実施に概ね必要十分な情報を入手できていると各関係者が考えていることを確認した。

先述の通り、保健指導機関としては、契約期間の関係上、経年情報や過去の指導状況に関する情報を入手できない場合もあり、その点に課題感があることを確認した。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	・ 障害手帳の有無、介護保険認定の有無。
全国健康保険協会(本部・支部)	・ 健診結果や体調で気になっていること ・既往歴、現病歴 ・家族構成 ・家族歴 ・朝、昼、夕食事の回数と内容(支部)
健保組合	・ 直営で行う場合は、過去の健診結果や保健指導記録等を参照することがほとんど。直営の場合は所属部署から業務内容(そこからの生活習慣特性)を推察することはできる。
保健指導機関	・ 対象者の連絡先情報をあらかじめ入手できれば、初回面接の日程調整等の手続きが速やかに行え、健診から初回面接までの期間の短縮は可能となる。

Q11.追加情報の入手について

Q11-1.不足している情報を補うために行っていることはありますか？（特定保健指導の対象者に追加で質問票を配布するなど）

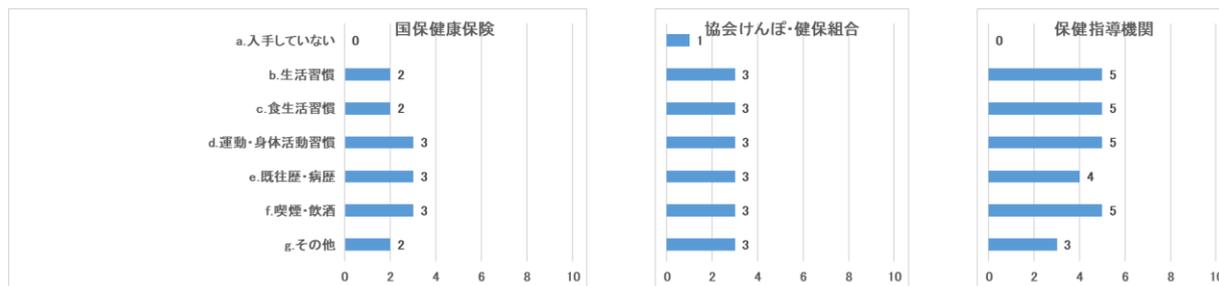
基本的な情報は十分に収集できている一方、各関係者が指導で補足的に必要な情報を初回面接時に入手している状況を確認した。

その結果として、Q.10の回答結果にあるように、指導に十分な情報を確保できていると考えられる。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	・ 面接前に独自のアンケート用紙を郵送し家族構成や、外食の頻度、実際の食事内容の聞き取りを実施している。
全国健康保険協会(本部・支部)	・ 「Q10-1.」に記載した項目を事前に対象者に配布し、特定保健指導で利用している。(本部)
保健指導機関	・ 初回面接で既往歴、自覚症状を含めて確認している。 ・ 保険者から提供されるデータとして必須ではないが、連絡先情報や医師からの指示内容など、申込用紙に記載してもらい、および面談時のシートにチェックしてもらいなどで入手する。

Q12.生活習慣のアセスメントに関わる情報の入手

Q12-1.特定保健指導対象者の生活習慣および行動変容ステージを把握し、生活習慣のアセスメントを行うにあたって、特定健診の結果以外の情報で入手しているものをご回答ください。

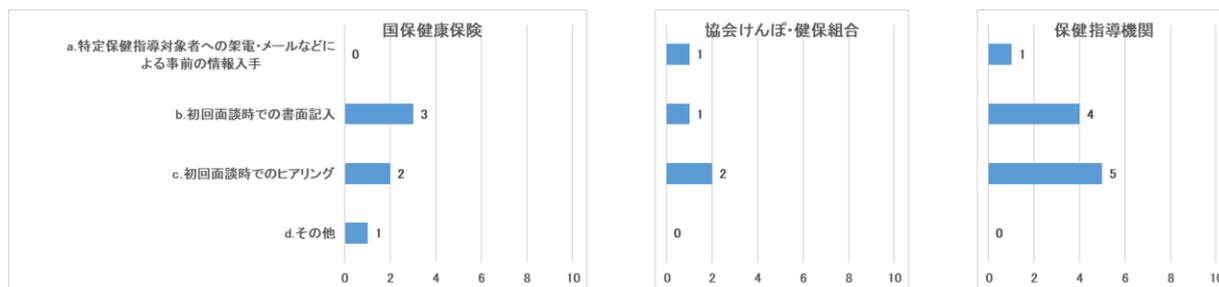


Q12-2.『Q12-1.』で『g.その他』を選択された場合、入手している情報について、具体的にご回答ください。

今回の調査では、特定健診の結果に加え、ストレス状況、睡眠の状況を確認しているという意見を多く確認した。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	・ 生活習慣病家族歴、同居家族、運動制限、就労状況、減量歴、ストレス状況。
全国健康保険 協会(本部)	・ 健診結果や体調で気になっていること、家族構成、家族歴、睡眠・ストレスの状況や対処方法、通勤時間と手段、職種、勤務形態、勤務時間、残業の状況、再検査や精密検査の受診有無。
健保組合	・ 世帯構成、主な職種、勤務形態、通勤手段、ライフスタイル、体重測定習慣。
保健指導機関	・ 睡眠、ストレスについて。 ・ 世帯構成、仕事内容、勤務形態、通勤手段、健康づくりの取り組み状況、健康づくりに対する意欲、大目標(目指したい姿)など。

Q12-3.『Q12-1』の情報の入手方法についてご回答ください。

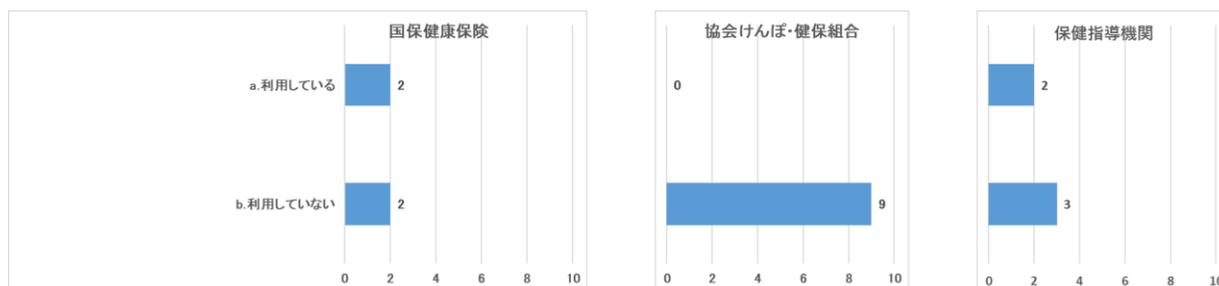


Q12-4.『Q12-1』の情報の入手方法についてご回答ください。

情報の入手方法は面接が主な手段であり、アンケートやシステムを活用している事例は少なかった。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	・ 健診受診時に、組合独自で作成したアンケートを実施している。
健保組合	・ Webシステムを自社で作り、そこにログインし入力してもらっている。

Q12-5. 生活習慣等の情報の入手において、『標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】』にある『表4「動機付け支援」、「積極的支援」に必要な詳細な質問項目』は利用していますか。



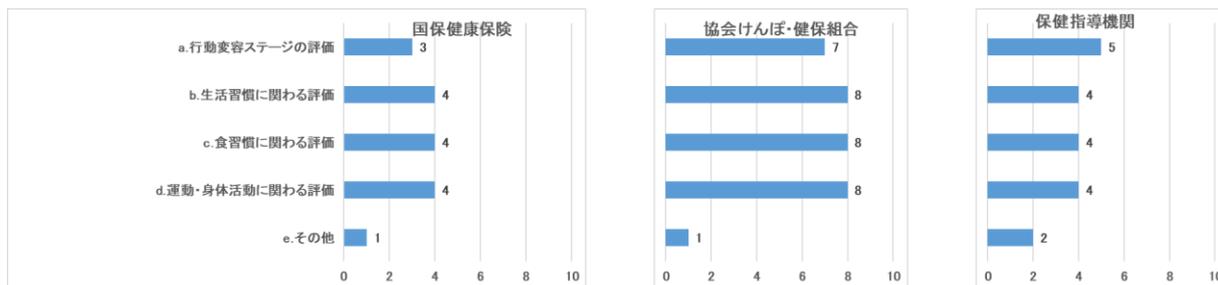
Q12-6.『Q12-5.』で『b.利用していない』を選択された場合、『詳細な質問項目』の代わりに使用している調査ツール等があればご回答ください。

全国健康保険協会については、本部で作成した共通様式を全支部で活用している一方、その他の保険者では委託先で用意したものを使用する場合、特段の書式等は用意していない等、様々な解答を確認した。

種別	回答
全国健康保険協会(支部)	・ 協会けんぽ共通様式を使用。 ・ 当協会本部作成の「生活習慣のおたずね」により概ね網羅できている。 ・ 協会独自の問診票を使用している。
健保組合	・ 指導するために必要な独自の質問項目を使用。

Q13.保健指導開始前に、保健指導機関に提供されている健診結果等の情報

Q13-1.保健指導対象者に対して、どのようなアセスメントを実施しているのかについてご回答ください。



Q13-2.『Q13-1』で『e.その他』を選択された場合、行っている評価について、具体的にご回答ください。

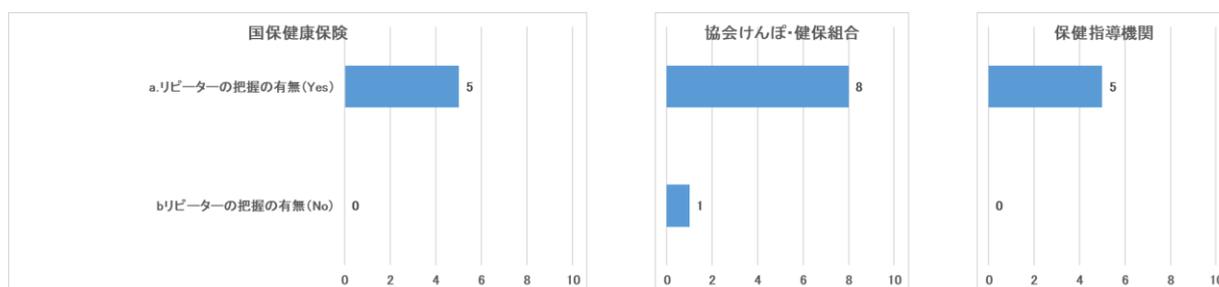
確認できた具体的な回答内容は以下の通り。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	・ 治療や内服についての本人の価値観、必要時経済状況等。
全国健康保険 協会(支部)	・ 嗜好品の評価(喫煙・アルコール)、性・年齢別の評価、業種による健康課題。
保健指導機関	・ 睡眠、ストレスの状態を確認。

3.4.4.設問テーマ「④リピーターの把握と効果のある介入方法」

Q14.リピーターに対する対策

Q14-1.特定保健指導対象者のリピーター(特定保健指導を2回以上受けたことがある者)を把握していますか？



Q14-2.リピーター(特定保健指導を2回以上受けたことがある者)への対策について具体的な内容をご回答ください。※階層別・属性別(各心血管リスク因子有無・性別・年齢層等)などで対策を区別している場合は、その旨をご記載ください。

今回の調査においても、過去の調査と同様に、リピーターの増加については全ての関係者の中での共通の課題となっていることを確認した。

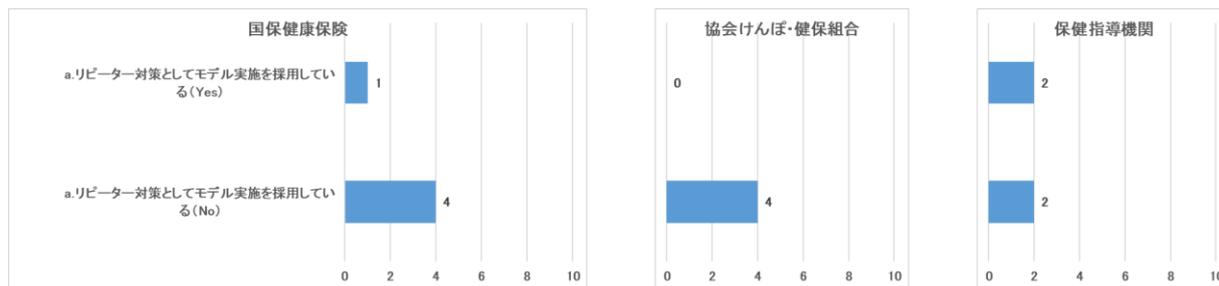
対象者の行動変容を促すためにも、担当者の変更や指導内容を変更する等、各関係者において様々な工夫がなされているものの、抜本的な解決に向けては模索を続けているという状況を併せて確認した。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 連続で対象となった方へは、募集に関しては、更に昨年度保健指導参加、昨年度保健指導不参加に分けて、案内に添付する手紙を違うものにする工夫をしている。また、指導においては前回の計画及び結果を面談時に確認し、取り組みの感想を聞いたうえで、新たなプログラムに反映させている。 ・ 指導記録を事前に面接者が熟読し、前回指導からの改善点・問題点を洗い出し、2回目以降の保健指導に活かしている(過去5ヶ年のデータと前回の振り返りによる行動計画の見直し、面接者の記録による担当者の変更などの調整等)。 ・ 保健指導の内容について、前回と同じにならないよう配慮している。前回の特定保健指導の目標、目標に対する結果を踏まえて行動目標設定を行う。
全国健康保険協会(支部)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 前回の目標・本人の取組結果等参考に具体策などを決定する。また、指導者の変更を行うこともある。指導に使う教材については、委託先のほうは、マンネリ化をさけるため見た目などを毎年変えてもらっている。 ・ 「動機付け支援相当」での支援を勧めている <ul style="list-style-type: none"> ➢ 複数年継続して同じ指導者の場合は、指導者を変更することもある。または、事業所や対象者の要望により指導者を変更する。 ➢ 当支部内での研修会にて、リピーターに対する対応等を検討。 ➢ 前回の指導内容を活かし、より効果を出せるよう指導者へ意識づけをしている。

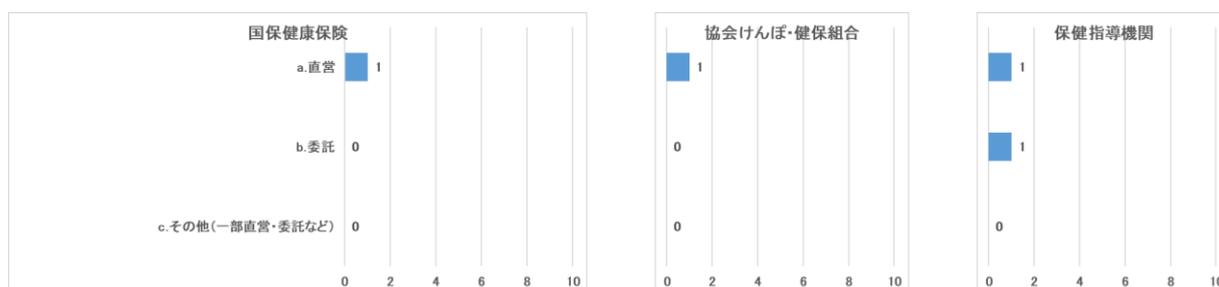
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 昨年度の特定保健指導データを元に、別角度からのアプローチや、成果が出た目標等があれば、本人に理由等を確認し、その目標を継続する。 ・ 保健指導履歴にて、目標設定や達成状況を確認し、取り組み状況や生活習慣を振り返り面談を実施する。
健保組合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全体分析の際に把握するのみで、対策の区別はない。 ・ リピーター場合、本人の希望を取ったが、ほとんど辞退になった。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 昨年度以前に弊社で保健指導を実施したことがある対象者の場合：前回（直近）の健診結果・目標計画・最終評価・計画策定の意思決定を、今年度の特定健診の結果（単年度で全部[特定健診・質問票情報]の情報）と併せて「健診結果票」に印字し、指導者に連携している。それを受けて指導者は経年の有無を確認し、初回支援を実施。初回支援資料の経年者用資料を用いて指導を行う。また弊社以外で保健指導を実施しているかどうかについては、初回面接時に対象者に確認している。 ・ リピーターには、前年度の生活習慣の変化、指導内容、今年度の健診結果をもとにして個別にすすめの行動計画を5項目提示して行動目標立案に活用している。例）：「前回休肝日が作れなかった⇒今回は飲酒量を減らすことをご提案」、「前回ウォーキングを習慣化できた⇒強度を上げたインターバル速歩や、ウォーキング前に筋トレを行うことをご提案」など

Q15.リピーターへのモデル実施による対応

Q15-1.リピーター（特定保健指導を2回以上受けたことがある者）への対策についてモデル実施による対応を採用していますか？



Q15-2.リピーターへの対策についてモデル実施による対策を行っている場合は、モデル実施の実施形態(直営・委託)についてご回答ください。



Q15-3.『Q15-2.』で『c.その他(一部直営・委託など)』を選択された場合、実施形態について、具体的にご回答ください。

※対象無し

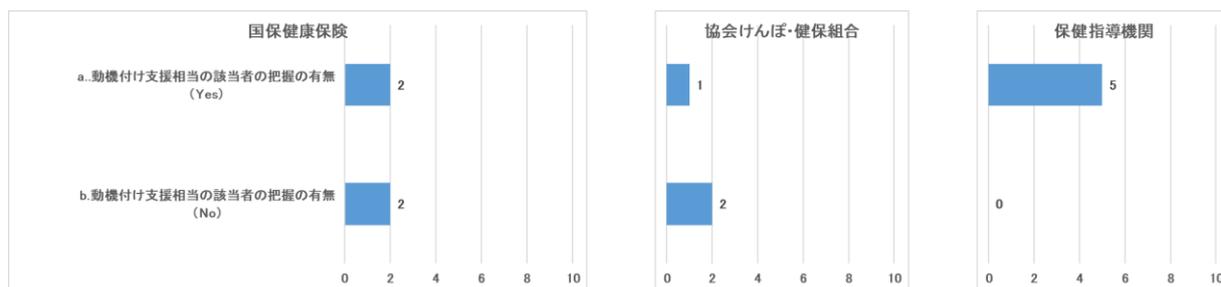
Q15-4.『Q15-1.』で、『a.リピーター対策としてモデル実施を採用している』を選択された場合は、モデル実施の具体的な内容と効果についてご回答ください。

モデル実施に関し、各関係者からの具体的な回答内容は以下の通り。

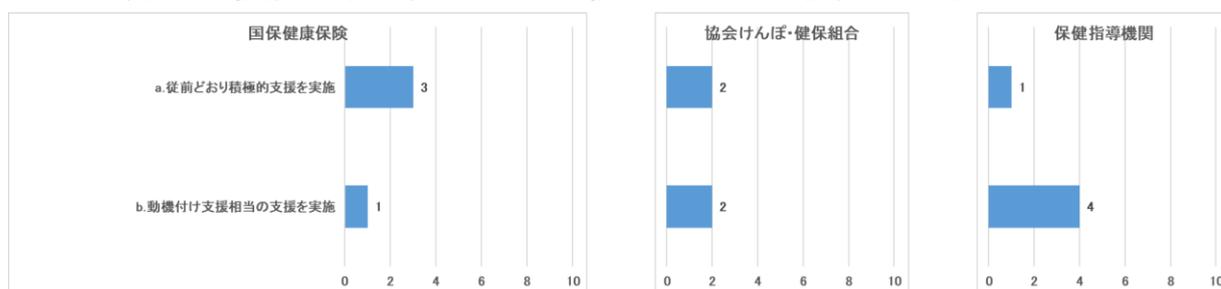
種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	・ 睡眠や食生活などテーマを絞って、体験型(簡単にできる調理体験、睡眠の状態の測定)などを取り入れ保健指導を実施した。
全国健康保険 協会(本部)	・ リピーターへの対策としてのモデル実施は行っていない。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ プログラム内容自体は通常の特典保健指導と大きな違いはないが、「3 か月で体重-2kg、腹囲-2cm を達成すれば半分の期間で支援が終わる」という旨を強調することで、対象者の意欲向上につなげている。 ・ モデル実施は、もともと6 か月間の支援期間を、減量効果が出れば3 か月で終了という、対象者にとってもメリットがあった。3 か月で終了できるように頑張ろうという意欲につながったが、現在、ほとんどの契約先で支援期間が3 か月となったためあまり、効果的ではないと思う。

Q16.動機付け支援相当の者への対応

Q16-1.動機付け支援相当の該当者を把握していますか？



Q16-2.動機付け支援相当の該当者に対しての支援方法についてご回答ください。



Q16-3.『Q16-2.』で『b.動機付け支援相当の支援を実施』を選択された場合、その理由と効果や課題などについてご回答ください。

第3期より始まった動機づけ支援相当については、対象者の比率がそれほど多くないということもあり、一部の保険者で行われていることを確認した。

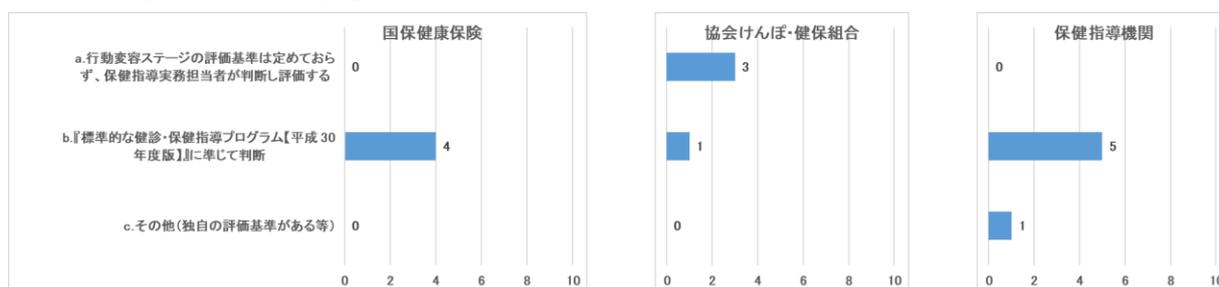
実際に業務にあたっている指導員からは、動機づけ支援相当とすることで、対象者本人のモチベーション維持に一定の効果があると考えていることを確認した。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	・ 積極的支援対象者で行動計画目標の変更が必要と判断した場合は、介入方法の変更はせずに、行動計画修正を行う。(対象者のモチベーション維持や向上に効果はあると思う。)
全国健康保険協会(本部・支部)	・ 継続して保健指導を利用している対象者のモチベーションの向上及び、限られたマンパワーで効率的に保健指導を実施するために動機付け支援相当の支援を実施している。
健保組合	・ 対象者はリピーターが多く、何度も保健指導を受けている中で改善が見られたという事を評価し、モチベーションを高めることによりさらなる改善を目指すため。ただし、体重オーバーが大きい対象者については、保健師の判断により積極的支援を実施することもある。

3.4.5.設問テーマ「⑤行動変容ステージに合わせた指導内容の調整」

Q17.行動変容ステージの評価基準

Q17-1.指導開始時の行動変更ステージの評価や保健指導中・後での、ステージの再評価を行うにあたって、評価を行うための基準を設けていますか？



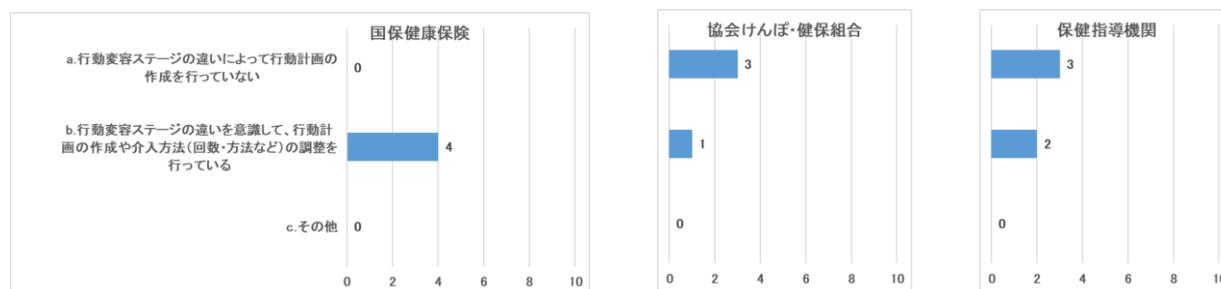
Q17-2.『Q17-1.』で『c.その他(独自の基準がある等)』を選択された場合、行動変容ステージの独自の評価基準について、具体的にご回答ください。

今回の調査対象で確認された各関係者での独自の基準については以下の通り。

種別	回答
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> 行動変容ステージを関心度という名目にし、面談時と最終評価時に A「今の習慣は変えたくない・変えられない」、B「まだ実行していない」、C「実行し始めたが習慣になっていない」、D「取り組み始めて1か月以上半年未満」、E「取り組み初めて半年以上」の5段階で評価している。行動変容ステージ(関心度)とは別に、弊社独自の基準「意欲と行動のタイプ」を判定している。

Q18.行動変容ステージの違いによる保健指導の内容変更(初回面接・行動計画作成時)

Q18-1.行動変容ステージの違いで、保健指導のプログラムを変更する(初回面接時の行動計画作成で介入回数や指導方法を調整する等)などの対応を行っていますか？



Q18-2.『Q18-1.』で『b.行動変容ステージの違いを意識して、行動計画の作成や介入方法(回数・方法など)の調整を行っている』、『c.その他』を選択された場合、変更を行っている内容について具体的に回答ください。

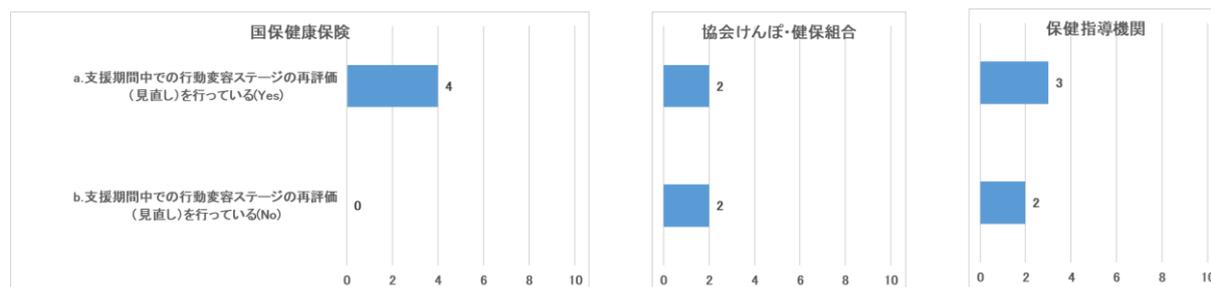
現時点では、行動変容ステージの違いについては、実務では行動計画の調整で対応しているケースがほとんどであることを確認した。

また、独自の基準を設け、状態に合わせて支援内容を調整する等の対応を行っている事例も存在することを確認した。

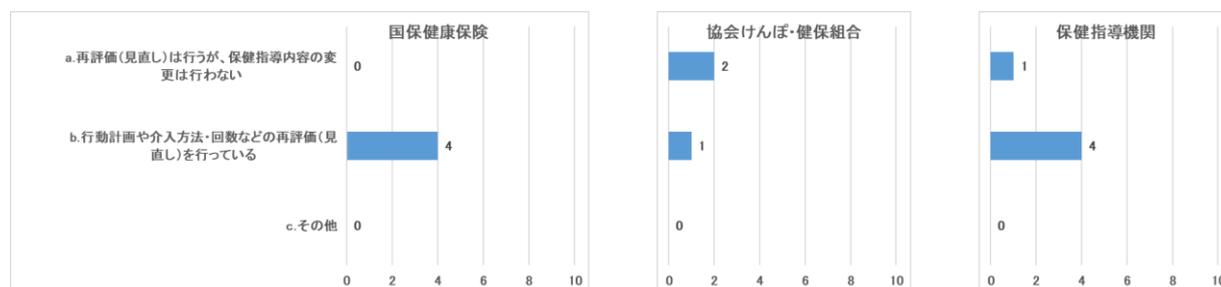
種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> 介入の回数までは変えていない。行動計画の調整は細かく行っている。 積極的支援対象者で行動計画目標の変更が必要と判断した場合は、介入方法の変更はせずに、行動計画修正を行う。
健保組合	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導実務担当者の判断で、リピーターの場合など聞き取った内容により行動計画の作成を柔軟に対応している。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> 対話の中で、しっかりと保健指導の担当者が対応することとなっている。一律、介入方法や回数を変えるものではない。 対象者を4タイプ(自社での過去の結果に基づき独自に研究・開発したもの)にタイプ分けをしており、タイプごとに効果の高い支援内容を準備し、提供している。

Q19.行動変容ステージの違いによる保健指導の内容変更(中間評価時など支援期間中での再評価)

Q19-1.中間評価時など支援期間中に行動変容ステージの再評価(見直し)を行っていますか？



Q19-2.支援期間中に行動変容ステージの再評価(見直し)を行った場合に、保健指導の内容を変更する(計画の修正を行う。介入回数や方法を変更する。)などの対応を行っていますか？



Q19-3.『Q19-2.』で、『b.行動計画や介入方法・回数などの再評価(見直し)を行っている』、『c.その他』を選択された場合、変更を行っている内容について具体的にご回答ください。

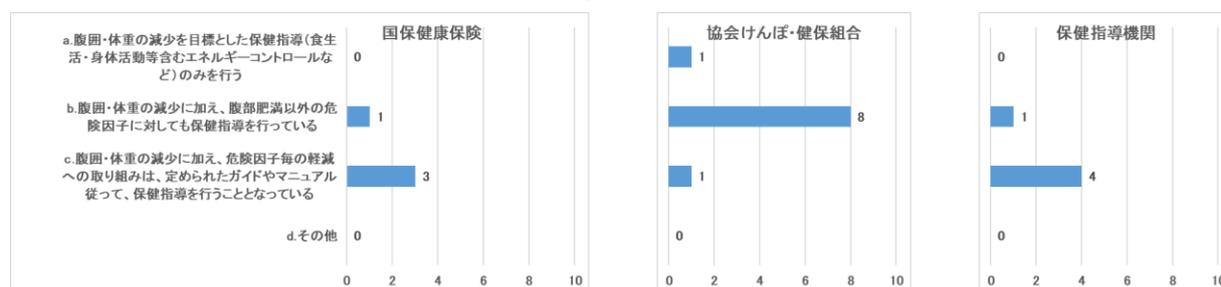
Q18と同様に、行動計画の再評価後についても、行動計画の調整が主な対応方法となっていることを確認した。

種別	回答
国民健康保険(組合/市町村)	・ 初回面接時に行動目標を2~3つ設定するが、支援途中に行動変容が見られない場合に、行動目標を変更するなどの見直しを行っている。行動変容の改善が見られ、追加の目標設定を行う場合もある。
保健指導機関	・ 対象者の実施状況に応じて行動計画の頻度の変更、新たな行動計画の追加、行動計画の削除を行っている。

3.4.6.設問テーマ「⑥複合的な危険因子に対する指導内容の調整」

Q20.各危険因子への保健指導の内容

Q20-1.特定健診結果から確認された腹部肥満に加え、「高血圧」「脂質異常症」「高血糖」といった動脈硬化の危険因子毎への個別の具体的な保健指導はどのように行っていますか？



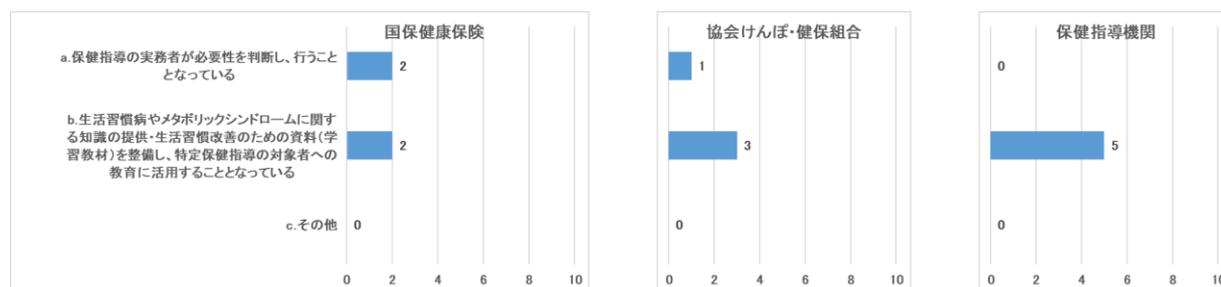
Q20-2.『Q20-1.』で、『c.腹囲・体重の減少に加え、危険因子毎の軽減への取り組みは、定められたガイドやマニュアル従って、保健指導を行うこととなっている』を選択された場合、具体的な内容についてご回答ください。

各関係者にて、腹部肥満に加え、動脈硬化の危険因子に対しても、学会のガイドライン等を参照しながらマニュアル等を整備し、保健指導の中に取り入れていることを確認した。

種別	回答
国民健康保険(組合/市町村)	・ 高血圧治療ガイドライン、糖尿病治療ガイド、動脈硬化性疾患予防ガイドライン等、各種学会ガイドラインを参照している。
全国健康保険協会(支部)	・ 全国健康保険協会「保健師活動の手引き」を参考に、危険因子毎の取り組みをしている。 ・ 健診の結果を本人に専用のチャートに記載していただき、健診結果の関係性や将来の見通しについて理解を促す。肥満となると「痩せればよいのか」となるが、内臓脂肪が多いことのリスクを伝えることに重点を置いて説明している。
健保組合	・ 直営は「b.腹囲・体重の減少に加え、腹部肥満以外の危険因子に対しても保健指導を行っている」である。脂質異常症の基準の人には、産業医セミナーを受講してもらうなどの取り組みを行っている。
保健指導機関	・ 面談時に使用する対象者向けのガイドブックに、各危険因子に関連した情報提供ページを作成し掲載している。

Q21.生活習慣病やメタボリックシンドロームに関する知識の提供・生活習慣改善のための資料

Q21-1.生活習慣病やメタボリックシンドロームに関する知識の提供・生活習慣改善のための資料(学習教材)は準備されていますか？



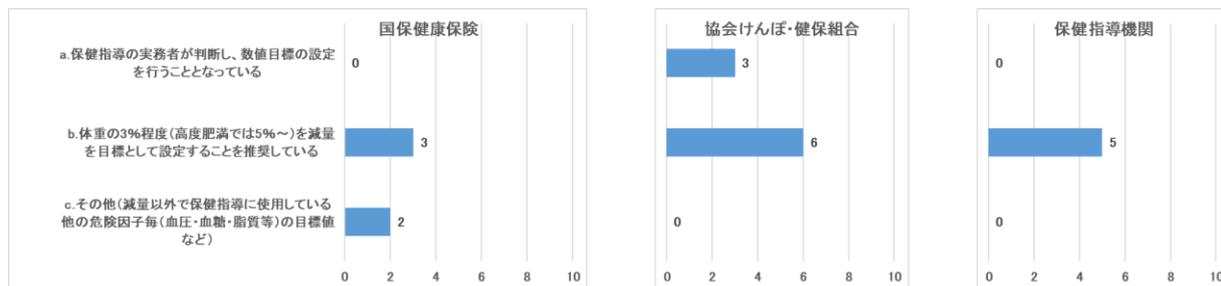
Q21-2.『Q21-1.』で『b.生活習慣病やメタボリックシンドロームに関する知識の提供・生活習慣改善のための資料(学習教材)を整備し、特定保健指導の対象者への教育に活用することとなっている』、『c.その他』を選択された場合、教材の整備状況などを具体的にご回答ください。

対象者に配布するパンフレット等を整備することに加え、デジタルパンフレットや動画といったデジタルコンテンツを作成する事例も確認した。

種別	回答
国民健康保険(組合/市町村)	・ 経年表(過去5年の経過)は全員配布。危険因子ごとの資料を複数用意し、都度、面接者が選択し提供している。
全国健康保険協会(本部)	・ 毎年、本部で一括して保健指導用のパンフレットやメジャー等を調達している。特定保健指導の初回面接用のパンフレット以外にも血圧、血糖、脂質異常、尿酸、肝機能、アルコール、禁煙、がん、メンタルヘルス、女性の健康等、多岐にわたっている。紙の資料以外にも、デジタルパンフレットとして、保健指導場面でタブレットで提示できる資料もある。
健保組合	・ 直営では、社内統括産業医による脂質をテーマにした動画を作成し継続支援時に活用。外部からコラムも購入して継続支援時に活用。(2020年)
保健指導機関	・ 特定保健指導用の教材とアプリケーション・Webサイトを自社開発し、生活習慣病や危険因子の改善のための食事・運動等の健康情報収集、体重や歩数の記録に活用できるようにしている。また、特定保健指導用の冊子は年度ごとに改訂し、最新の情報やデータを掲載している。

Q22.目標設定および行動計画の作成

Q22-1.行動目標設定において、減量による検査データ改善の見込み等の数値目標の具体化を行うにあたって基準等を定めていますか？

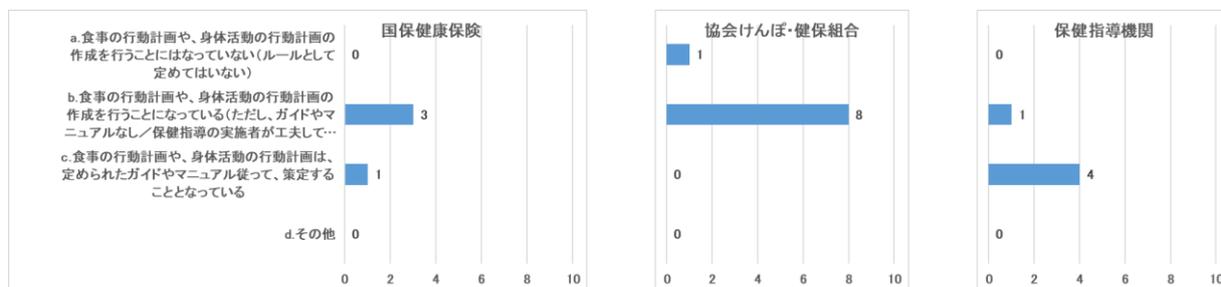


Q22-2.『Q22-1.』で、『c.その他(減量以外で保健指導に使用している他の危険因子毎(血圧・血糖・脂質等)の目標値など』を選択された場合、減量以外で採用している具体的な数値目標とその設定根拠(学会のガイドラインなど)についてご回答ください。

今回の調査対象で確認された各関係者における数値目標と設定根拠は以下の通り。

種別	回答
国民健康保険(組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省の標準的な健診・保健指導プログラムの受診勧奨判定値以上の方は受診勧奨判定値未満の目標を設定し、保健指導判定値以上の方は保健指導判定値未満の目標を設定している。 血圧では定期的な測定を勧め、日本高血圧学会の基準に基づき必要な場合は受診勧奨を行っている。

Q22-3.食事や運動、喫煙などの日常生活における行動計画設定をする際の指導の方法についてご回答ください。



Q22-4.『Q22-3.』で『b.~』または『c.~』を選択された場合、食事の行動計画や、身体活動の行動計画の設定(作成)に関して、具体的な内容についてご回答ください。

対象者の生活習慣、危険因子、属性等を鑑み、個別に対応を行う必要があることから、それぞれの関係者から様々な工夫や取り組みを確認することができた。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人が実行可能な内容で、運動、食事の行動変容が両輪であるため基本は両方の行動計画を立てることなどは共通認識として共有している。 ・ 大卒のマニュアルはあるが、一人ひとりの生活習慣や危険因子に合わせて、よりストレスの少ないプログラムを選択していただいている。運動計画も、運動習慣の有無、好き嫌い等に合わせて個別に設定している。
全国健康保険協会(支部)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健指導の実施者が工夫して作成しているが、行動計画の内容が一定の質を保てるように、定期的に研修を受講させている(支部内、外部研修)
健保組合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診結果から数値の悪い項目を改善するために、対象者から環境・行動・習慣などを聞き取り、食事や行動の改善ポイントを特定し計画を立てる。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 行動目標(減量体重)に応じて行動計画の収支が合うよう独自のポイント制を導入している。ガイドブック内にある行動目標に関するカテゴリ別のページを用い、各行動計画の削減エネルギーを算出し、各行動計画の削減エネルギーが行動目標達成のために必要な削減エネルギーに一致または超えるよう策定している。

Q22-5.『Q22-3.』で『d.その他』を選択された場合、その内容を具体的にご回答ください。

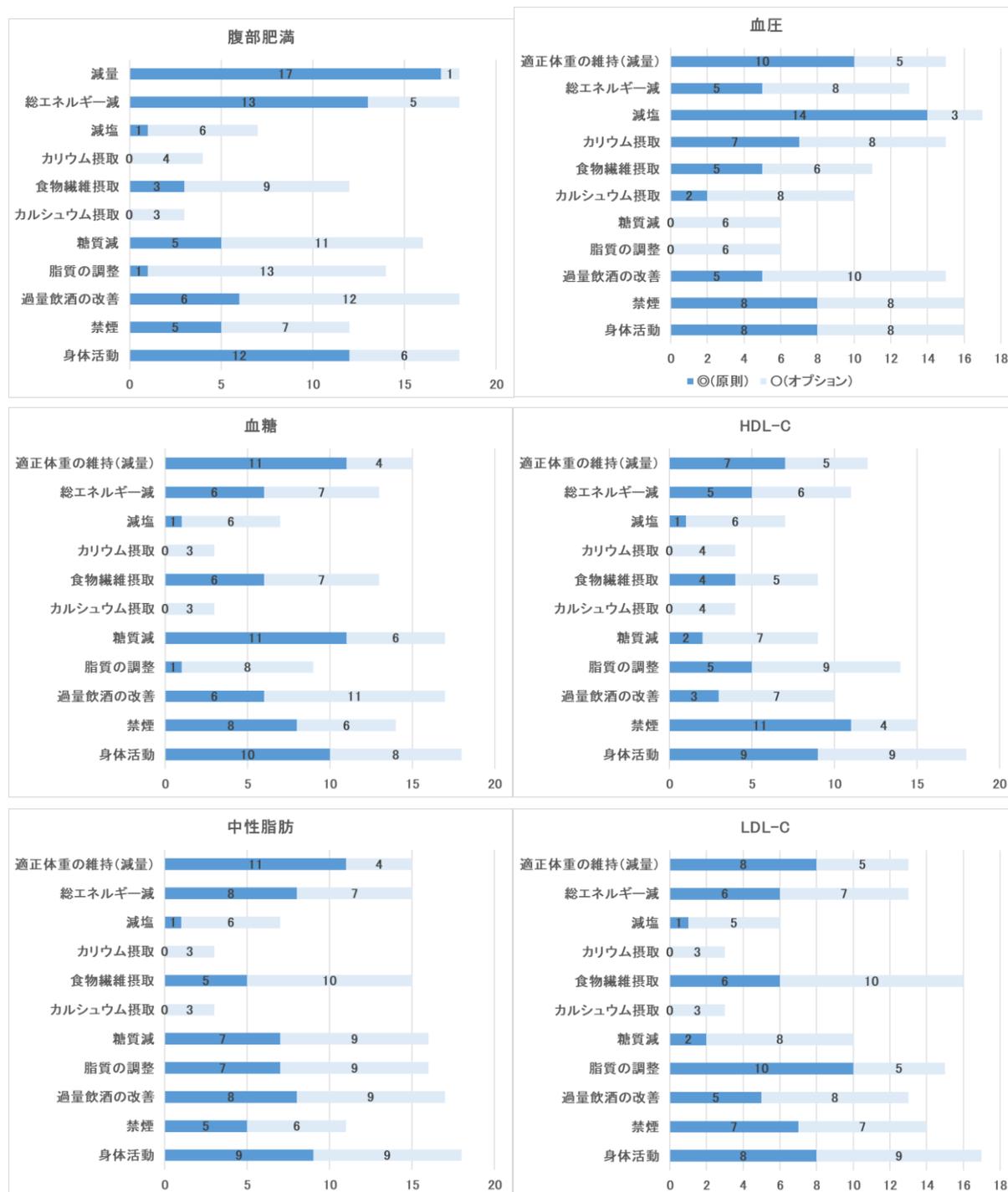
各関係者からの具体的な回答内容は以下の通り。

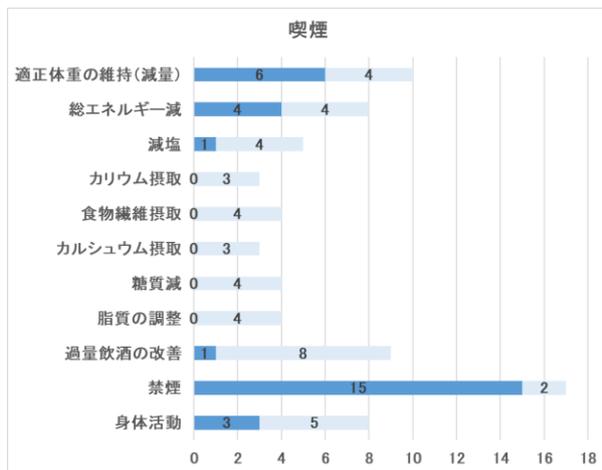
種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 体重減量から、消費カロリーを計算し、食生活、運動等でどの程度、節制と消費ができるかを行動計画目標に入れ込む。

Q22-6.具体的な行動計画を立てる際に、特定健診の結果によって確認された危険因子に対して行っている生活習慣改善の指導内容について、「別紙2」に行っている指導について優先順位を意識してご記入ください。

別紙2「危険因子ごとに行っている保健指導項目に関する回答」

グラフ凡例:必ず保健指導を行うもの「濃い青」オプション的に保健指導を行うもの「薄い青」で表記。



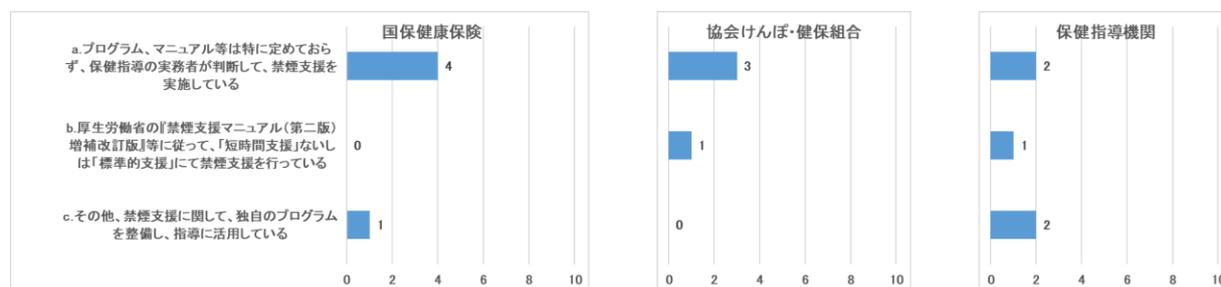


種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	・ 個別のリスク因子が高値の場合は、個別に指導機関から連絡をもらうことになっている(運動指導の可否などの相談で)。それによって、重症化等の該当者はその他の事業の対象者抽出などの参考情報としている。
健保組合	・ 最も重視しているのが危険因子の改善。そのために最優先する生活習慣を特定し、改善のための行動変更を対象者の心に響く言い方と具体例を用いて指導を行っている。

3.4.7.設問テーマ「⑥複合的な危険因子に対する指導内容の調整(禁煙・節酒)」

Q23.禁煙支援プログラムの整備状況および支援方法

Q23-1.禁煙支援に関して、プログラム、マニュアル等の整備状況についてご回答ください。



Q23-2.『Q23-1.』で『b.『禁煙支援マニュアル(第二版)増補改訂版』等に従って、「短時間支援」ないしは「標準的支援」にて禁煙支援を行っている』を選択された場合、具体的な同マニュアルの活用方法および支援内容についてご回答ください。※「短時間支援」ないしは「標準的支援」のどちらを選択しているかと、その理由など含む。

各関係者からの具体的な回答内容は以下の通り。

種別	回答
全国健康保険協会(本部)	<ul style="list-style-type: none"> 初回面接の限られた時間で実施ができるよう「短時間支援」を選択している。効果的な禁煙支援ができるように平成29年度末に支部保健師及び契約保健師等に対して研修を実施している。 <ul style="list-style-type: none"> また、J-STOP^{*1}のeラーニング(禁煙支援プログラム)を活用し、毎年、協会の支部保健師及び契約保健師等の未受講者に対して受講の案内を実施しており、全員がeラーニングを受講している。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導の支援のプログラム内で禁煙支援を行っているため、短時間支援として行っている。

*1: J-STOP 日本禁煙推進医師歯科医師連盟

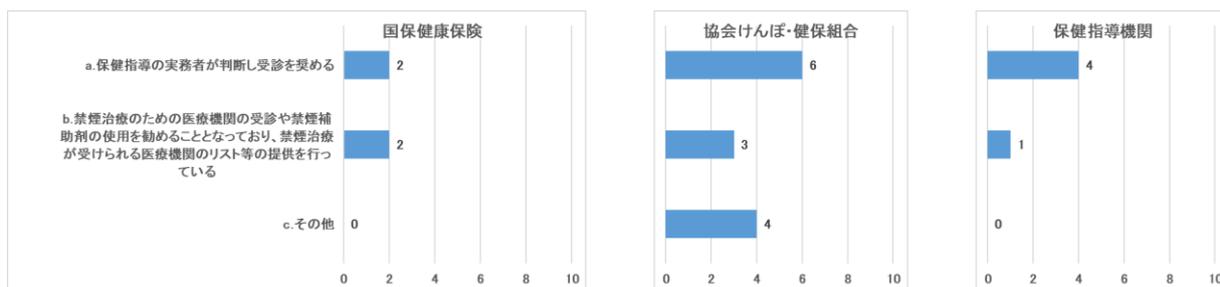
Q23-3.『Q23-1.』で、『c.その他、禁煙支援に関して、独自のプログラムを整備し、指導に活用している』を選択された場合、具体的な内容についてご回答ください。

各関係者からの具体的な回答内容は以下の通り。

種別	回答
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none">・ 独自に作成したツールを利用して支援している。・ ガイドブック内に喫煙者向け情報提供ページを作成しており、禁煙外来を推奨する流れになっている。・ 保険者から提供される資料、パンフレットに基づいて指導を行う。

Q24.禁煙外来への受診勧奨

Q24-1.禁煙外来への受診勧奨は行っていますか？

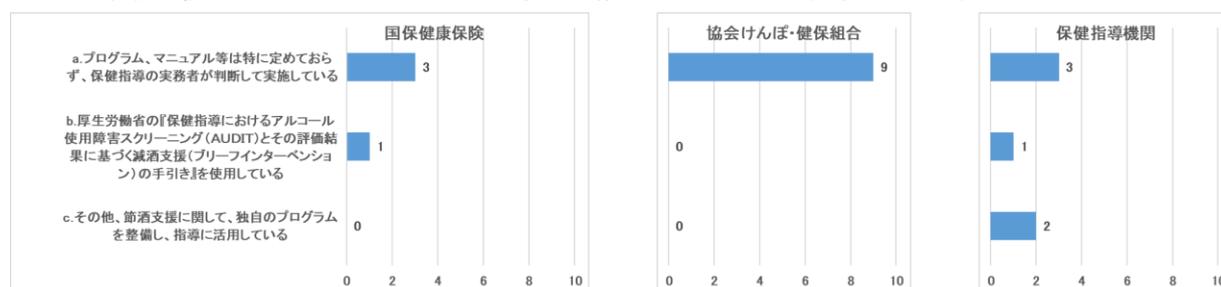


Q24-2.『Q24-1.』で、『c.その他』を選択された場合、具体的な内容についてご回答ください。

各関係者からの特筆すべき回答はなかった。

Q25.節酒に関わる支援

Q25-1.節酒支援のプログラム、マニュアル等の整備状況についてご回答ください。



Q25-2.『Q25-1.』で、『b.保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニング(AUDIT)とその評価結果に基づく減酒支援(ブリーフインターベンション)の手引きを使用している』を選択された場合、具体的な同マニュアルの活用方法および支援内容についてご回答ください。

各関係者からの具体的な回答内容は以下の通り。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	・ 指導者の判断で、必要な方には冊子「正しいお酒との付き合い方」パンフレットを使用して、AUDIT※11 点数をつけるなどしながら、説明している。
健保組合	・ 2019 年は AUDIT を実施し、指導実施者の判断と本人希望を聞きながら個別にブリーフインターベンションについて説明。2020 年は a 保健指導の実務者が判断。
保健指導機関	・ AUDIT の 1～3 までを独自の問診票に盛り込み、簡易的に節酒・減酒指導の必要有無を判断している。(質問工数負荷が高いことと、節酒自体が対象者の取り組み意欲が難しい領域のため、AUDIT 全項目使用することはないことと、1～3の質問で判断が可能となす)

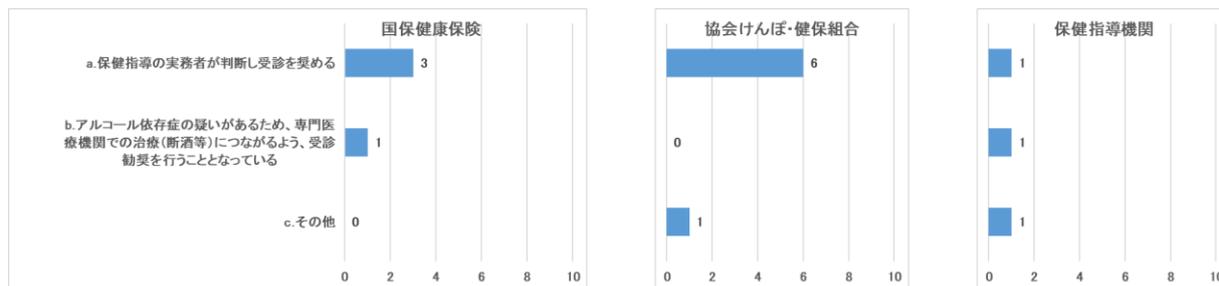
※11. AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test

Q25-3.『Q25-1.』で、『c.その他、節酒支援に関して、独自のプログラムを整備し、指導に活用している』を選択された場合、具体的な内容についてご回答ください。

各関係者からの具体的な回答内容は以下の通り。

種別	回答
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 独自に作成したツールを利用して支援している(ただし、基本的には、節酒は、食事のエネルギーコントロールの一環としておこなっている。) ・ 契約先との打ち合わせにて、決定した内容。(アルコール障害・依存症の評価を行うなどは実施していない)

Q25-4.AUDIT15 点以上の対象者(または独自のプログラムによる評価で同等の結果至った者)で、アルコール依存症の可能性が高く、減酒は難しいと判断された場合は、専門医療機関への受診勧奨を行っていますか？



Q25-5.『Q25-4.』で、『b.アルコール依存症の疑いがあるため、専門医療機関での治療(断酒等)につながるよう、受診勧奨を行うこととなっている』または『c.その他』を選択された場合、具体的な内容についてご回答ください。

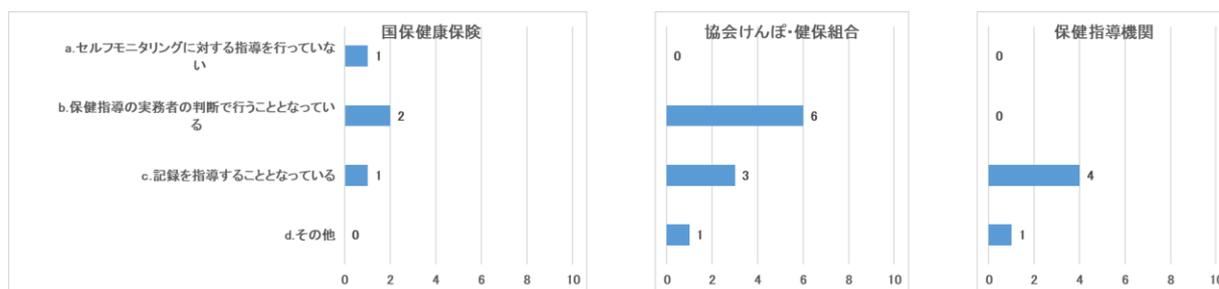
各関係者からの具体的な回答内容は以下の通り。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	・ これまで特定保健指導の対象者の中からアルコール依存症の疑いで受診勧奨したことはないが、必要に応じて受診勧奨を行うこととしている。

3.4.8.設問テーマ「⑥複合的な危険因子に対する指導内容の調整(モニタリング)」

Q26.セルフモニタリングに関する指導

Q26-1.セルフモニタリングに関する指導の実施状況についてご回答ください。



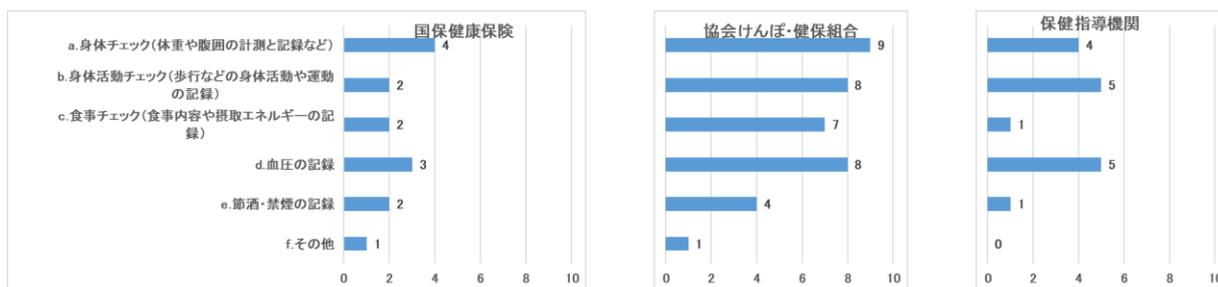
Q26-2.『Q26-1.』で、『c.記録を指導することになっており、ツールの提供なども行っている』または『d.その他』を選択された場合、具体的な内容についてご回答ください。

記録は紙媒体で行っているという保険者も存在する一方、保健指導機関／保険者で記録用のアプリを用意し、指導の中で活用している事例を確認した。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> 簡易な記録用紙を全員に配布し、毎月決まった日時に測定するよう促している。 対象者が使用しているアプリ、紙媒体の記録用紙をダウンロード(実務者又は対象者)し記録することを勧めている。
全国健康保険協会(支部)	<ul style="list-style-type: none"> 積極的支援のみ、基本的には記録を指導するようマニュアルに記載されている。記録媒体を提供し、継続支援中は対象者に記録を継続してもらい、定期的に返送してもらいこととしている。 初回面接時、原則、対象者全員にモニタリング記録用のパンフレットを渡している。
健保組合	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導支援システム(クラウド上)を利用し、体重・腹囲・歩数・行動計画の達成にチェック・食事内容を入力することによりカロリーが分かりバランスゴマを見ることができる。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> 6ヵ月間体重を中心に記録付けができる紙媒体と、独自のアプリを用意している。アプリでは体重記録に加え、食事写真のアップ機能や行動計画実施状況の記録ができる機能などもある。

Q27.セルフモニタリングの対象

Q27-1.指導しているセルフモニタリングの記録対象についてご回答ください。(複数回答)



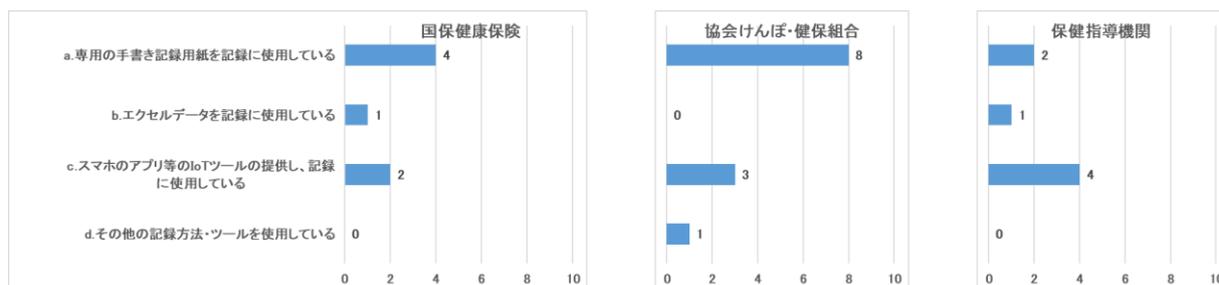
Q27-2.『Q27-1.』で、『f.その他』を選択された場合、具体的な内容についてご回答ください。

各関係者からの具体的な回答内容は以下の通り。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	・ 行動計画目標の達成度(○、△、×)などの簡便な記載で、まずは記録を続けてもらうように促している。
全国健康保険 協会(支部)	・ 備考欄を設けて、自由記載欄としている。
健保組合	・ 直営は対象者の目標や状況に応じて「Q27-1.の a,b,c,d,e」を推奨している。特定のツール提供はなし。(希望により準備して渡している)。委託は提供するモニタリングツールで「Q27-1.の a」。さらに 希望者には血圧測定デバイスと記録ツールを提供している。
保健指導機関	・ 行動目標の達成度の記録を記載してもらっている。

Q28.セルフモニタリングのツール

Q28-1.セルフモニタリングで使用するツールについてご回答ください。(複数回答可)



Q28-2.『Q28-1.』で、『c.スマホのアプリ等のIoTツールを提供し、記録に使用している』を選択された場合、IoTの活用方法について具体的にご回答ください。

セルフモニタリングに関しても、紙媒体での管理から徐々にICTの活用の方向へと進んでいることを確認した。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	・ 組合提供アプリ(健康記事・健診結果の表示、歩数の記録等が可能)を使用。委託先は、指導機関独自のアプリ(健康記事・健診結果の表示、目標値、指導内容等)を使用。
全国健康保険協会(支部)	・ 手書き記録用紙の使用を勧めるが、スマホを持っている対象者には歩数、体重、血圧、体温、体調の記録ができる県の開発したアプリを紹介し記録に活用してもらっている。
健保組合	・ 委託は、自社開発した体重記録Webアプリを提供。希望者には自社開発した血圧測定デバイスを貸与し、連動した記録アプリを提供。グラフ化などが可能。直営で行う場合も希望によりエクセルや資料ツール渡している。
保健指導機関	・ 自社開発した保健指導専用のWebサイトとアプリケーションに体重や歩数を記録していただき、毎週日曜日に1週間の体重の変化や歩数の合計、消費エネルギーの合計などをまとめたレポートをフィードバックしている。このレポートには行動計画の1週間の取り組みの自己評価表も入れており、トータルでふり返りをさせていただけるような仕組みにしている。

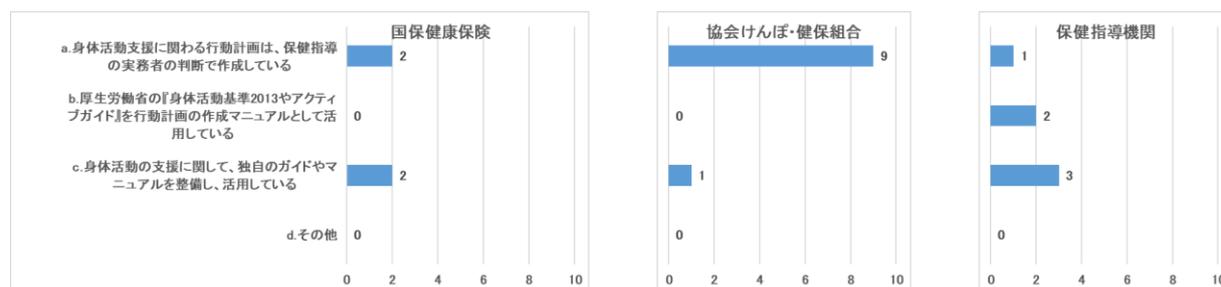
Q28-3.『Q28-1.』で『d.その他』を選択された場合、具体的な取り組みとツール等についてご回答ください。

※対象無し

3.4.9.設問テーマ「⑦運動指導の実施判断」

Q29.身体活動支援の実施の有無

Q29-1.身体活動支援に関わる行動計画を作成していますか？



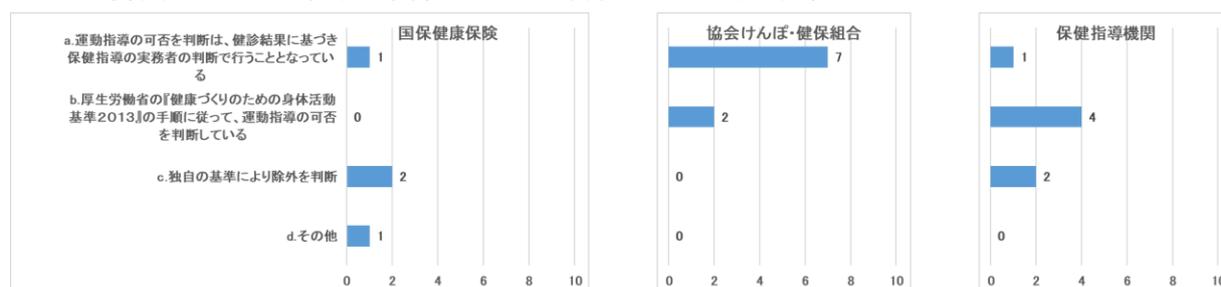
Q29-2.『Q29-1.』で、『c.身体活動の支援に関して、独自のガイドやマニュアルを整備し、活用している』または『d.その他』を選択された場合、具体的な内容についてご回答ください。

各関係者からの具体的な回答内容は以下の通り。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> 活動量を増やすという目的で、アクティブガイドを使用する場合があるが、身体的な状況から判断したうえで筋活動、血流の改善を目指したプログラムを提案している。 医師による運動の可否の判断を確認後、可能な場合には健康運動指導士による運動プログラムの実施を勧奨している。(市民総合体育館にて、週二回、健康運動指導士を配備してもらい、20回分のチケット対象者のうち希望者(医師からの運動の可否確認後に除外となっていないこと)に提供しており、週次で、運動に参加できるように準備している。)
全国健康保険協会(支部)	<ul style="list-style-type: none"> 「標準的な健診・保健指導プログラム(平成30年度版)」にある「表4～」を用いていないが、ほぼ同様の内容を含んだ当協会本部作成の「生活習慣のおたずね」を利用し、対象者の身体活動量等のアセスメントを行っている。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> METsを用いた消費エネルギーの算出や、プラス10を行動計画に盛り込むことについて推奨している。

Q30.身体活動・運動支援の除外基準

Q30-1.身体活動・運動の実施に関わるリスクの評価はどのように行われていますか？



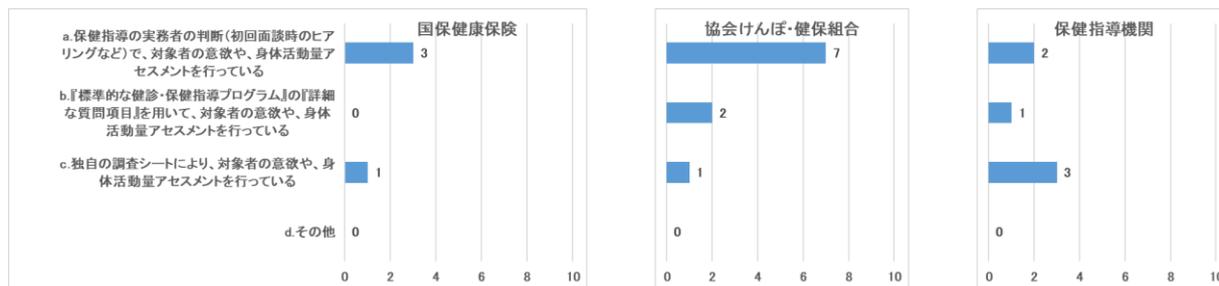
Q30-2.『Q30-1.』で、『c.独自の基準により除外を判断』、『d.その他』を選択された場合、具体的な内容についてご回答ください。

各関係者からの具体的な回答内容は以下の通り。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> 初回面接時に、「生活状況確認票」(調査票)で、運動に関する制約を聞き取っており、そこにチェックがはいると、除外を判断している。あとは、血圧や、BMI 30 以上などは注意するようにしている。 面接始めの質問票で運動制限の有無や程度について聞き取りし、その内容を踏まえて指導。 健診データにより、血圧が受診勧奨値以上である、心電図所見がある場合、医師への確認後の運動プログラム実施としている。
全国健康保険協会(支部)	<ul style="list-style-type: none"> 除外は、既往歴や、現病歴および体で気になっていることを聞いており、「調査票」のほうで、記載いただいた内容や、聞き取りで、判断している。また、通院を行っている方は、かならず医師の判断に従うように説明している。
健保組合	<ul style="list-style-type: none"> 『健康づくりのための身体活動基準2013』のスクリーニングを使用しているため、それを基に除外判断を行っている。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> 『健康づくりのための身体活動基準2013』のスクリーニングシートをベースに除外判断を行っている。本人意欲があり、リスクがなければかならず運動指導は行うこととなっている。 その他の除外判断としては、医師判断、整形外科的なリスク、その他血圧・血糖数値などを基に実施している。

Q31.身体活動・運動実施の状況把握(アセスメント)

Q31-1.対象者の普段の身体活動や、意欲に合った支援を行うために、身体活動・運動の量のアセスメントをどのように行っていますか。※タイミングは、初回面接時(および初回面接時の前後)を想定。



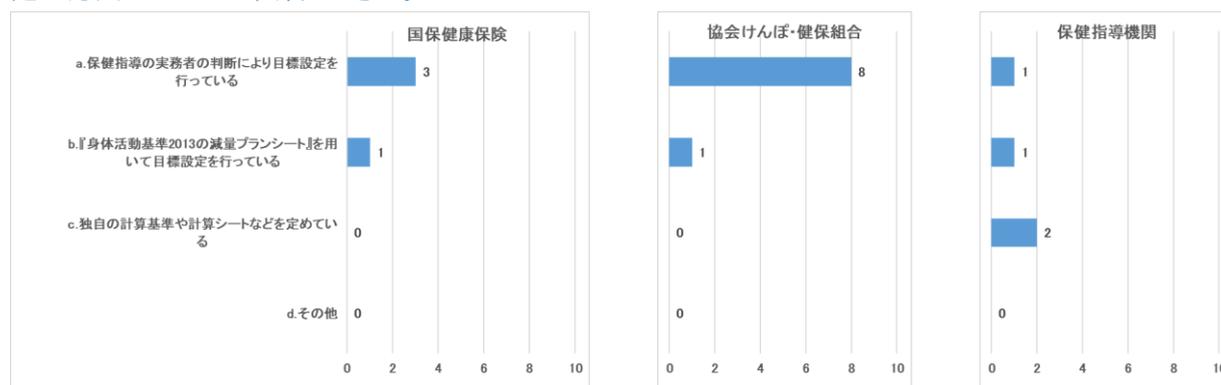
Q31-2.『Q31-1.』で、『c.独自の調査シートにより、対象者の身体活動量アセスメントを行っている』または『d.その他』を選択された場合、具体的な内容についてご回答ください。

各関係者からの具体的な回答内容は以下の通り。

種別	回答
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> 独自の生活習慣に関するアンケートに、「1日歩く時間は30分未満、または1日の歩数は5000歩以下であるか」、「習慣としている運動の有無」の項目を入れている。このアンケート結果をもとに詳細を聞き取り、支援を行っている。

Q32.アセスメントから適切な身体活動支援

Q32-1.エネルギー収支による減量プランの策定を行う際に、エネルギー計算を使った具体的な目標設定の方法についてご回答ください。



Q32-2.『Q32-1.』で『c.独自の計算基準や計算シートなどを定めている』または『d.その他』を選択された場合、具体的な内容についてご回答ください。

各関係者からの具体的な回答内容は以下の通り。

種別	回答
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> 50kcalを1ポイントに換算し、独自のポイント制で行動目標と行動計画の収支をあわせている。行動目標に対して必要なポイントはすぐに算出できるようガイドブック内に早見表を掲載している。 厚労省資料「内臓脂肪をおとすには」を参考に自社のツールを作成。

Q32-3.身体活動の記録(セルフモニタリング)に関して、『歩数計や関連アプリ等のツールの利用による対象者の身体活動の把握』や、『レポート等による対象者へのフィードバック』などの取り組みがあれば、具体的にご回答ください。

各関係者からの具体的な回答内容は以下の通り。

種別	回答
国民健康保険(組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> 委託実施の(積極的支援)に関しては、委託業者のアプリで歩数等のセルフモニタリングができる。(ただし、その年の委託業者による)
全国健康保険協会(支部)	<ul style="list-style-type: none"> 歩数や体重等の管理できるアプリの活用や、記録票によって活動量を把握する。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> 自社開発した保健指導専用のWebサイトとアプリケーションに体重や歩数を記録していただき、毎週日曜日に1週間の体重の変化や歩数の合計、消費エネルギーの合計などをまとめたレポートをフィードバックしている。このレポートには行動計画の1週間の取り組みの自己評価表も入れており、トータルで振り返りをしていただけるような仕組みにしている。歩数は他のヘルスケアアプリとの連携により自動入力できるようになっており、身体活動量アップを目的としてアプリ内で1日の目標を設定していただけるようにしている。

3.4.10.設問テーマ「⑧保健指導の記録(標準様式以外)」

Q33.特定保健指導の記録

Q33-1.特定保健指導に関わるデータ管理システム(特定保健指導に関する記録を電磁的方法により作成・保管するシステム)の概要について教えてください。

国民健康保険では KDB が用いられている一方、全国健康保険組合では独自に開発したシステムを、健保組合ではベンダーのパッケージ製品を活用していることを確認した。

また、保健指導機関においては各社で独自に開発したシステムを使用しているという回答を得た。

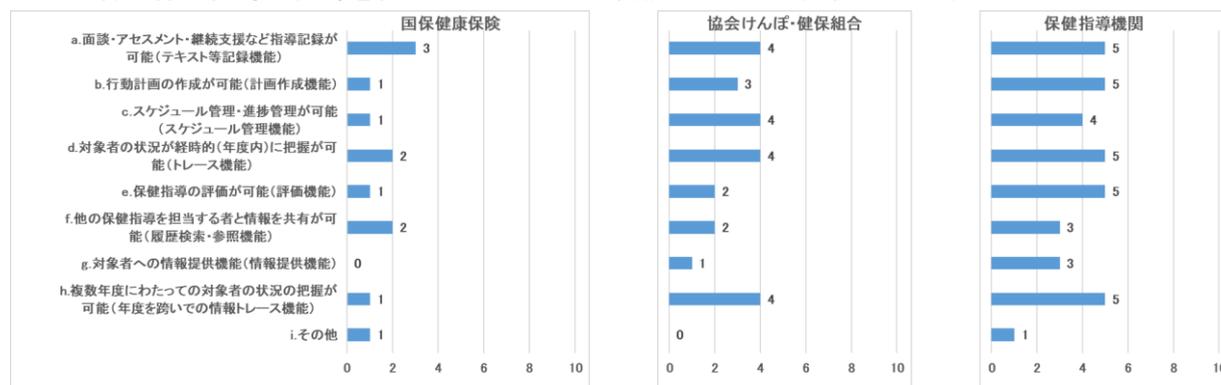
種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> 個人の資格情報、健診・検診情報を管理。特定保健指導記録、重症化予防記録、ヘルス部門での教室、相談利用履歴を管理。 委託先は、国立保健医療科学院、特定保健指導データファイルソフトを使用している。市は国保連の標準システムを使用。 KDB(国保データベース)及び内部ネットワーク上の EXCEL ファイルによるカルテ管理を使用。
全国健康保険協会(本部)	<ul style="list-style-type: none"> 保健師はタブレット端末から VPN 経由で社内システムにアクセスし、実施した保健指導データを入力することにより保健指導の記録を蓄積。また、各支部において外部委託した保健指導結果の取り込みも行う。委託先で利用するシステムは指定しておらず、弊社システムで取り込み可能なファイルの仕様を渡し、その通りにデータを作成してもらっている。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> 独自開発のシステム。

Q33-2.『特定健診・特定保健指導の電子的な標準様式』で定められた以外の情報で、特定保健指導において独自に記録している情報があれば、その情報の活用目的と情報種類についてご回答ください
各関係者からの具体的な回答内容は以下の通り。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> KDB は健診受診年度ごとの管理となっている。市の事業として面接回数や改善の傾向を面接実施年度で管理するため、EXCEL での集計を行っている。
健保組合	<ul style="list-style-type: none"> 国内ベンダーのパッケージ製品を使用している。

Q34. 特定保健指導の記録を行うシステムが有する機能(該当する場合のみ)

Q34-1. 特定保健指導の記録を管理するシステムの機能についてご回答ください。



Q34-2. 『Q34-1.』で『i. その他』を選択された場合、具体的な内容についてご回答ください。

各関係者からの具体的な回答内容は以下の通り。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	・ ヘルス部門で実施している健康相談の利用歴や教室参加歴が共有可能。
保健指導機関	・ 対象者への面談・支援のリマインドメール機能。

3.4.11.設問テーマ「⑨特定健診・保健指導に係るデータおよびシステム」

Q35.特定健診・保健指導に関わるデータ管理システムの概要

Q35-1.特定健診・保健指導に関わるデータの蓄積年数、媒体(紙またはデータベース化など)および管理システムの概要についてお答えください。

各関係者からの具体的な回答内容は以下の通り。

種別	回答
国民健康保険 (組合/市町村)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市で実施している健診・検診、特定保健指導について経年的にデータが入っており、特定健診開始当初よりデータあり。 ・ (委託先)プライバシーマークの基準に則り、アセスメント票等の紙媒体はファイリングしたうえで事業終了2年度に破棄。 ・ (市)紙媒体は5年保存、健康カルテは無期限で蓄積。
全国健康保険協会(本部)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診・保健指導にかかわるデータの蓄積年数は以下のとおり。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ データベース:約10年(うち、申込や受診券情報は約2年) ➢ ストレージ:約5年(Q33-1で回答したストレージ上の原本ファイル)
健保組合	<ul style="list-style-type: none"> ・ データの年数は決まっておらず、長期間蓄積される。
保健指導機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ データベース蓄積年数:10年 ・ 紙、データベースともに原則5年以上の保管。 ・ 基本支援終了後3から5年保管し削除。

Q36. 特定健診・保健指導に関わるシステムに関して、以下の書面をご提出ください。

Q36-1. 特定健診・保健指導に関わるデータ管理システムの概要がわかる資料

Q36-2. 特定健診・保健指導に関わるデータ管理システムの主要機能がわかる資料

Q36-3. 特定健診・保健指導に関わるデータ管理システムで保管するデータとその項目がわかる資料

Q36-4. 特定健診・保健指導に関わるデータ管理システムへの入力および他(外部)への出力などインターフェースの概要がわかる資料

以上