

地域に「住む・働く」すべての人の健康のために
今、すべきこと

～特定健診・特定保健指導における
広域的な事業評価を通して～

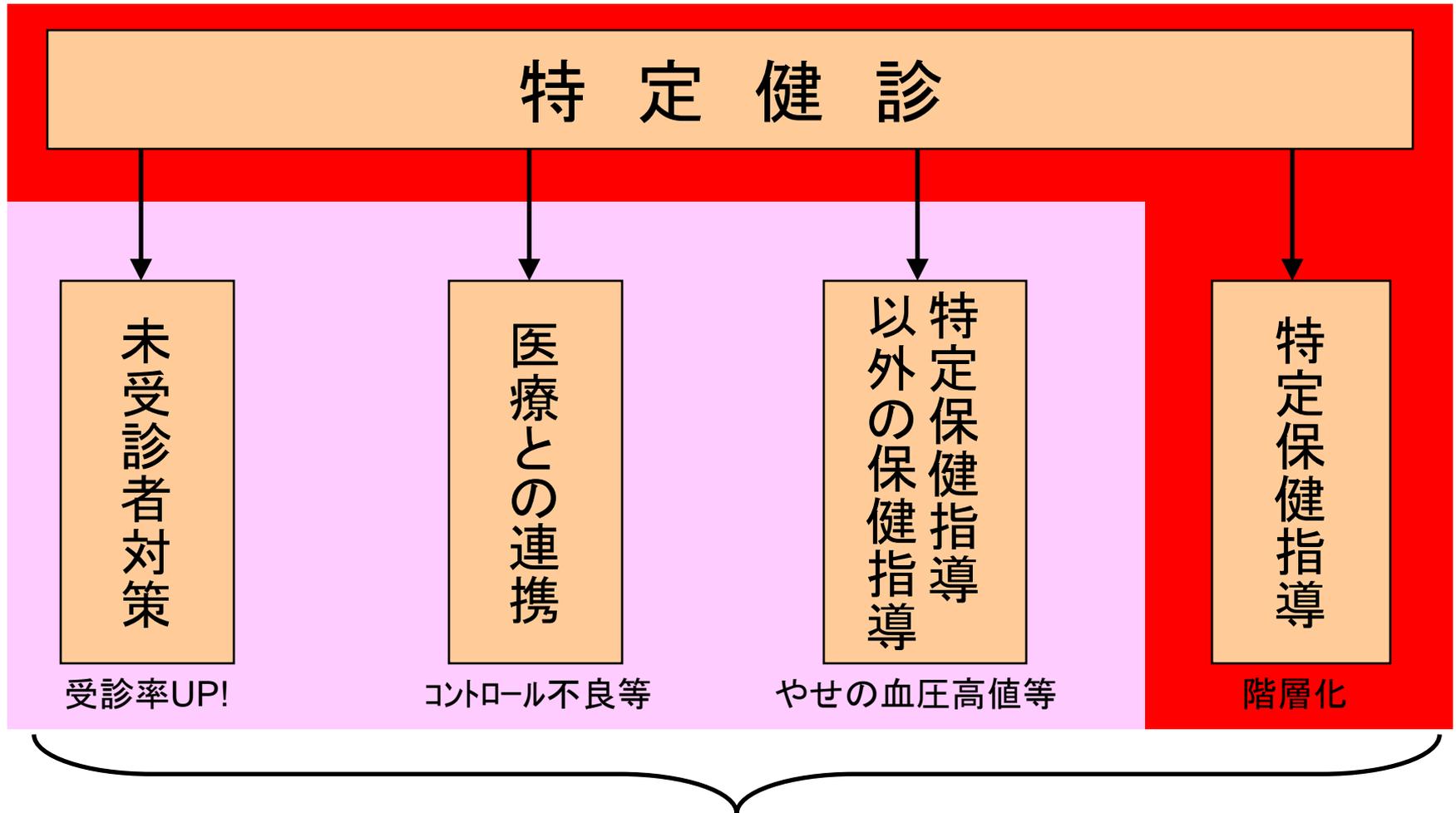
国立保健医療科学院 人材育成部長

横山 徹爾

この資料の最新版のPDFファイル:

<http://www.niph.go.jp/soshiki/jinzai/download/etc/renkei2009.pdf>

特定健診・特定保健指導は 包括的な生活習慣病対策

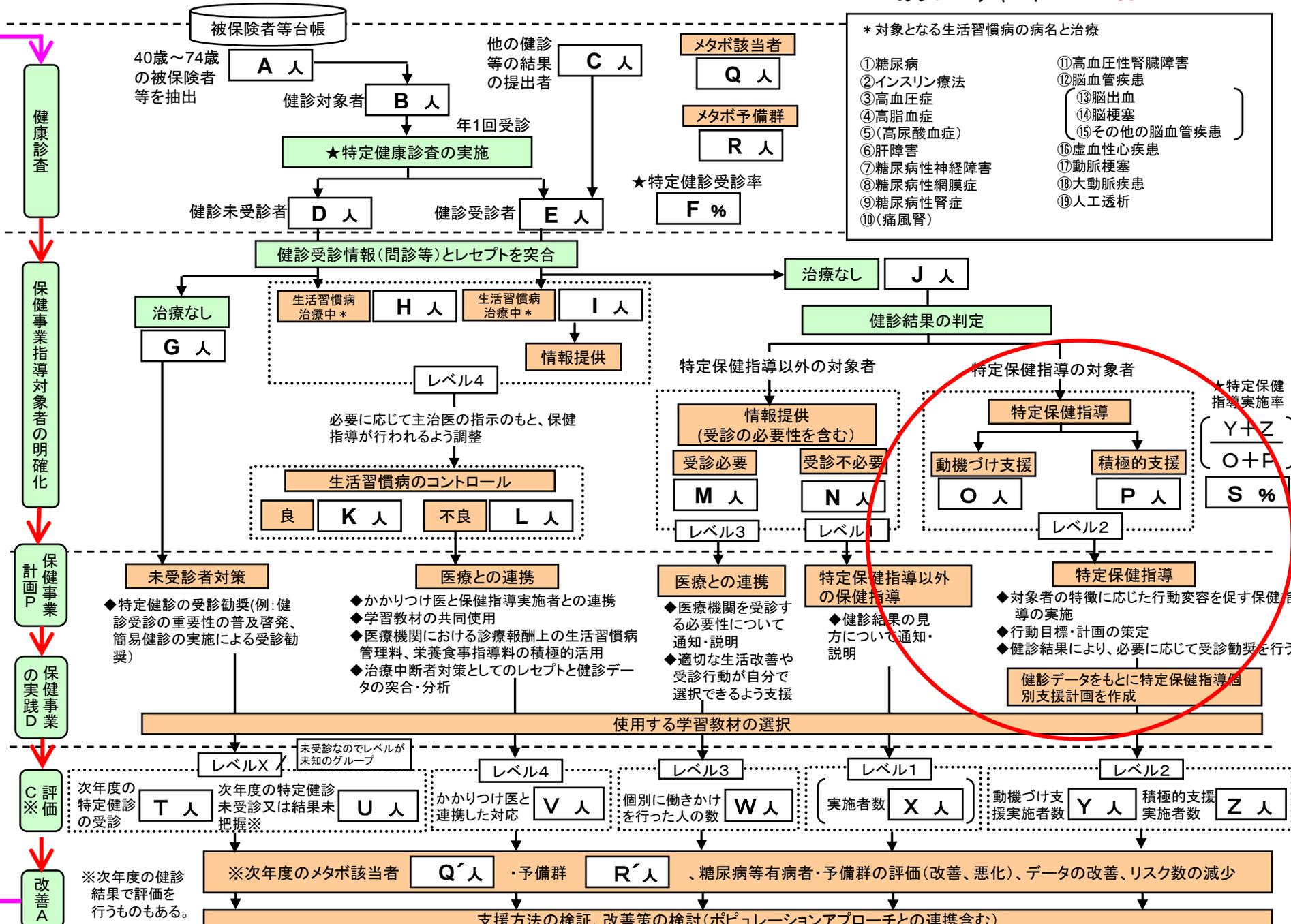


トータルで生活習慣病の減少を目指す

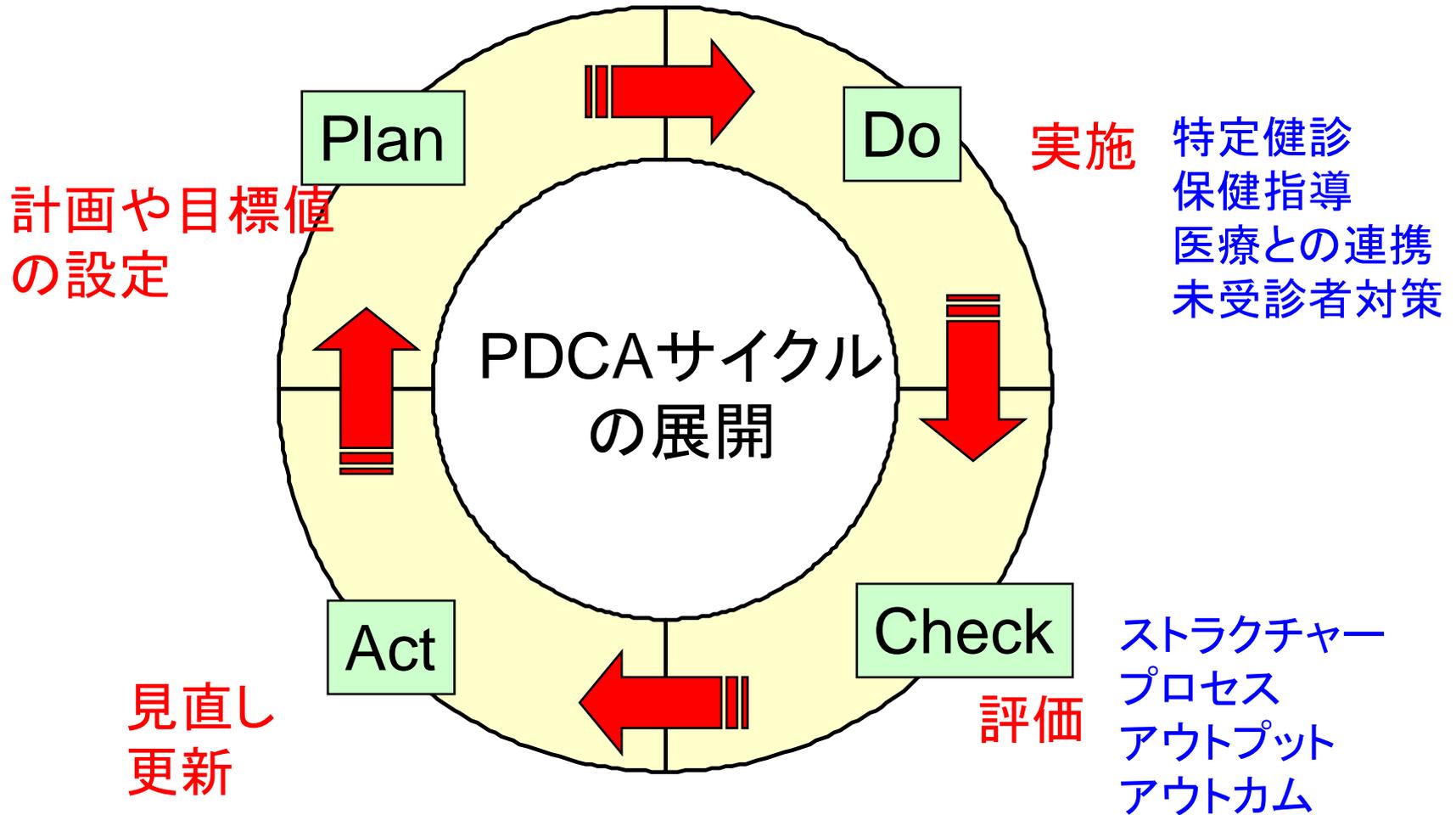
糖尿病等の生活習慣病予防のための健診・保健指導

健診から保健指導実施へのフローチャート

様式6-10



生活習慣病対策としての特定健診・特定保健指導を成功させるには？(1)



個々の保険者がばらばらに行うのは非効率的

地域・職域連携推進協議会の目的

- 地域・職域において、
 - 生涯を通じた健康づくりを継続的に支援するための保健事業を構築。
 - 生活習慣病予防・健康寿命延伸のために、自治体・事業者及び医療保険者等の関係者が相互に情報交換を行う。
 - それぞれが有する保健医療資源(情報も含む)を相互活用、又は保健事業の共同実施。

多くの保険者が抱える課題

- 健診受診率・保健指導実施率の向上
 - どうすれば受診率は向上するのだろうか？
- 効果のある保健指導の実施
 - 効果を担保するにはどうしたらよいのだろうか？
- 保健事業の評価
 - ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの具体的な評価方法が分からない。
 - 従って、どう改善につなげていったらよいかも分からない。
- など…。

【この講義の目的】

これらの課題に答えるためには、都道府県や地域職域連携推進協議会では、どんな評価・分析・見直しのための役割を果たしていったら良いかを考える。

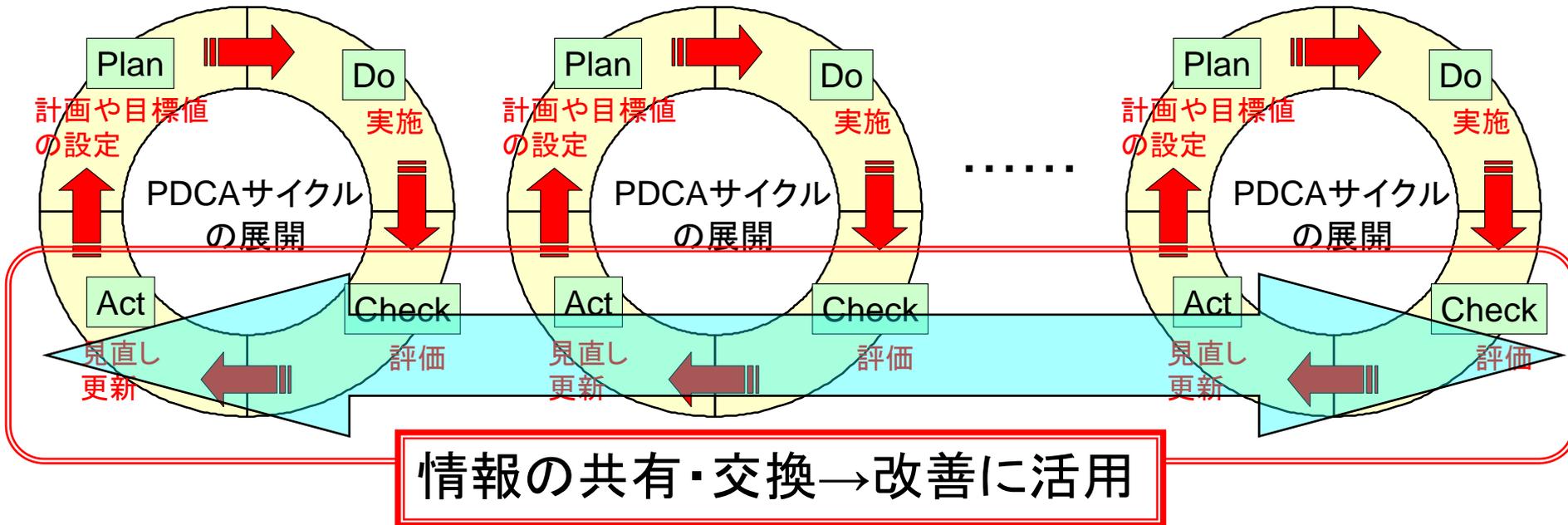
生活習慣病対策としての特定健診・特定保健指導を成功させるには？(2)

市町村／事業所A

市町村／事業所B

.....

市町村／事業所X



取りまとめ役：都道府県・地域職域連携推進協議会

成功している市町村／事業所
成功していない //

理由の**分析**と
フィードバック

健診・保健指導事業の評価の対象

- **個人**
 - リスク要因(肥満度、検査データ)の変化
 - 行動変容ステージ・生活習慣の改善状況
 - ⇒ 保健指導方法をより効果的なものに改善するために活用
- **集団(事業所や地域単位)**
 - 健診結果・生活習慣の改善度を集団として評価
 - 集団間・対象特性別(年齢別など)比較により、効果の上がっている集団を判断。
 - ⇒ 保健指導方法・事業の改善につなげる
- **事業**
 - 費用対効果、対象者の満足度、対象者選定の適切さ、プログラムの組み方は効果的か
 - ⇒ 効果的・効率的な事業実施の判断
- **最終評価(長期的)**
 - 全体の健康状態の改善度(死亡率、要介護率、有病率等)
 - 医療費

保健指導の評価の観点

- ストラクチャー（構造）
 - 実施の仕組みや体制（職員の体制、予算、施設・設備状況、他機関との連携体制、社会資源の活用状況等）
- プロセス（過程）
 - 保健指導の実施過程（情報収集、アセスメント、問題の分析、目標の設定、指導手段[コミュニケーション、教材を含む]、行動変容ステージ・生活習慣の改善、実施者の態度、記録状況、対象者の満足度等）
- アウトプット（事業実施量）
 - 健診受診率
 - 保健指導実施率・継続率
- アウトカム（結果）
 - 保健指導前後のリスク要因の変化
 - 翌年のリスク要因の変化
 - 長期的な合併症の発生率低下、医療費の変化、etc.・・・

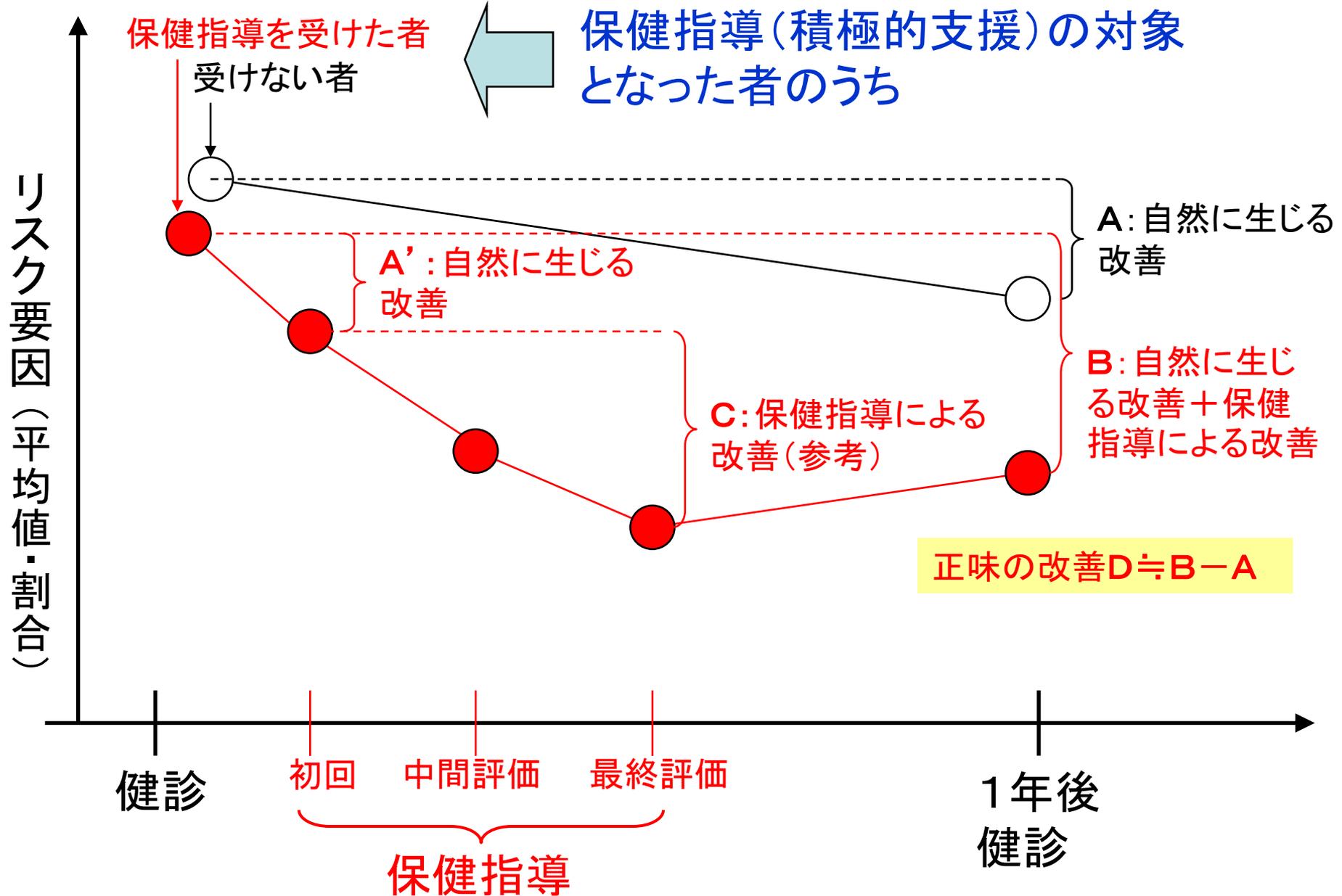
「個人」に対する保健指導の評価

- 適切な手段を用いて保健指導が提供されているか(プロセス評価)
 - その結果、
 - 生活習慣に関して行動変容がみられたか
 - 健診結果に改善がみられたか
 - 分析の視点
 - そもそも、どういう人に、どういう支援が「適切な手段」なのか？
 - その結果、効果を得られやすいのか？
- ⇒科学的に検証し、以後の保健指導の改善に活用。

具体的な評価法は？

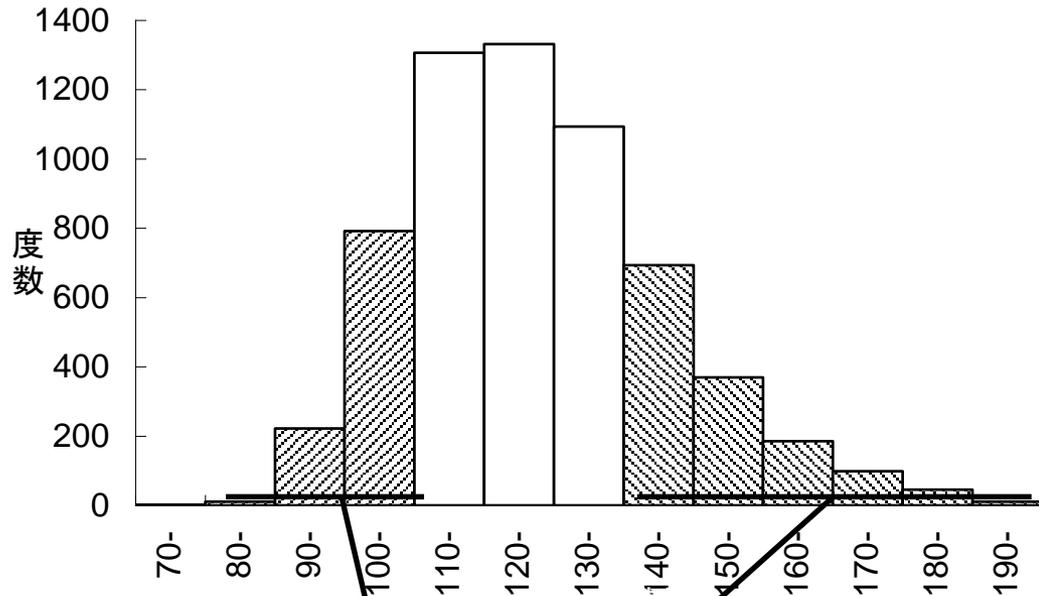
- いくつかの研究班で取り組んでいる最中であり、確立された方法はまだない。
- 以下は、いくつかの基本的な考え方を示す。

ある保健指導プログラムによるリスク要因や行動変容ステージに対する「効果」の測り方の概念



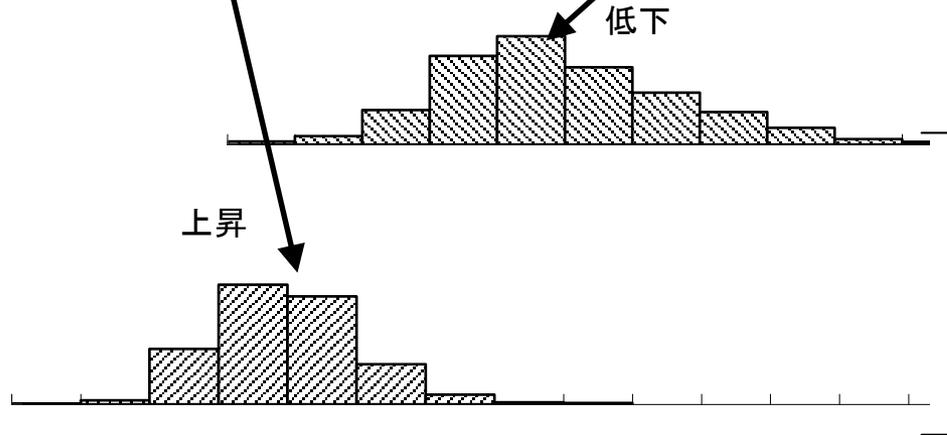
自然に生ずる改善(平均への回帰)

生じやすいもの： 血圧、血中脂質、血糖
生じにくいもの： 体重



その他、
・ 季節変動
・ 慣れ
・ 偶然

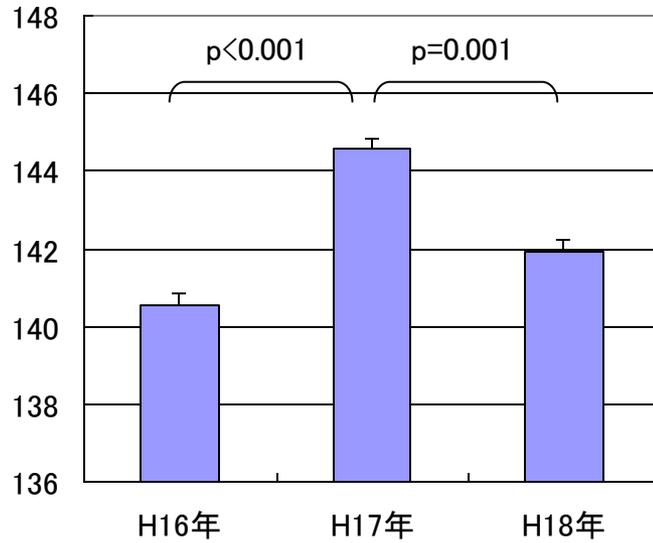
初回検査時のSBP (mmHg)



再検査時のSBP

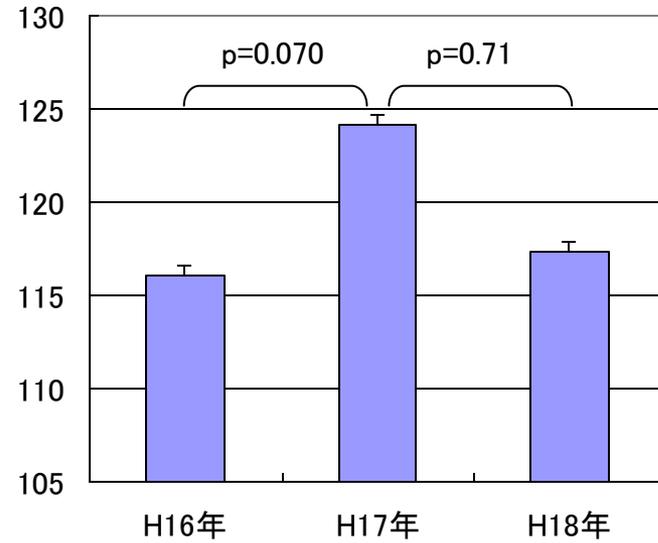
収縮期血圧

H17年に ≥ 130 mmHgの者



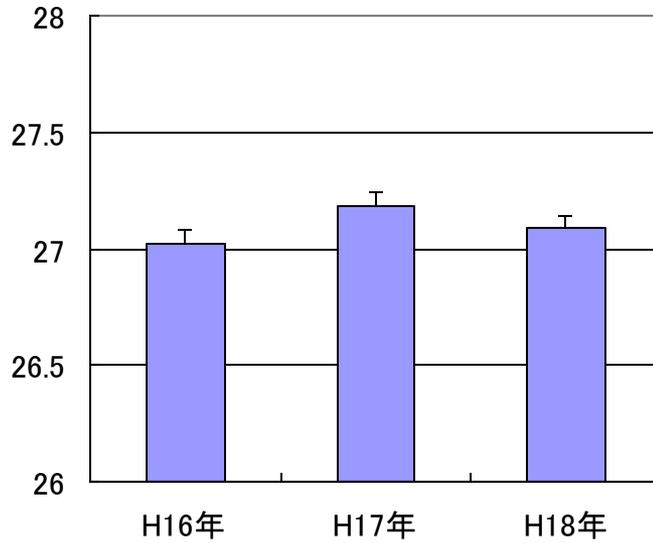
随時血糖

H17年に ≥ 100 mg/dlの者



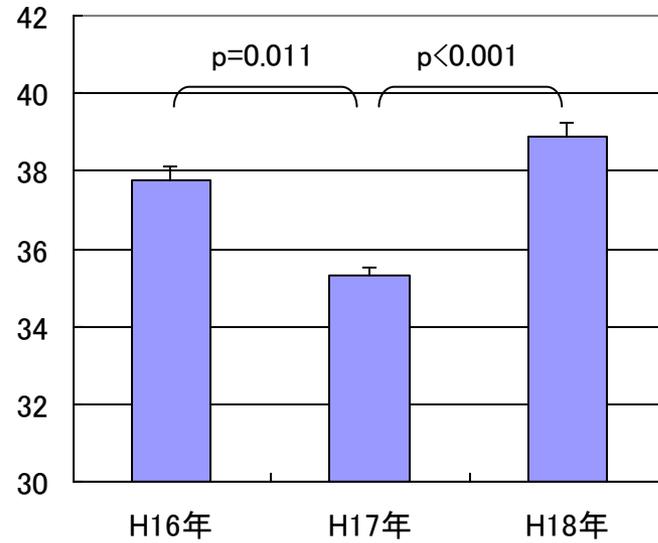
BMI

H17年に ≥ 25 kg/m²の者



HDL

H17年に < 40 mg/dlの者



短期的アウトカムの整理

分析の基本イメージ(値は仮想データ)

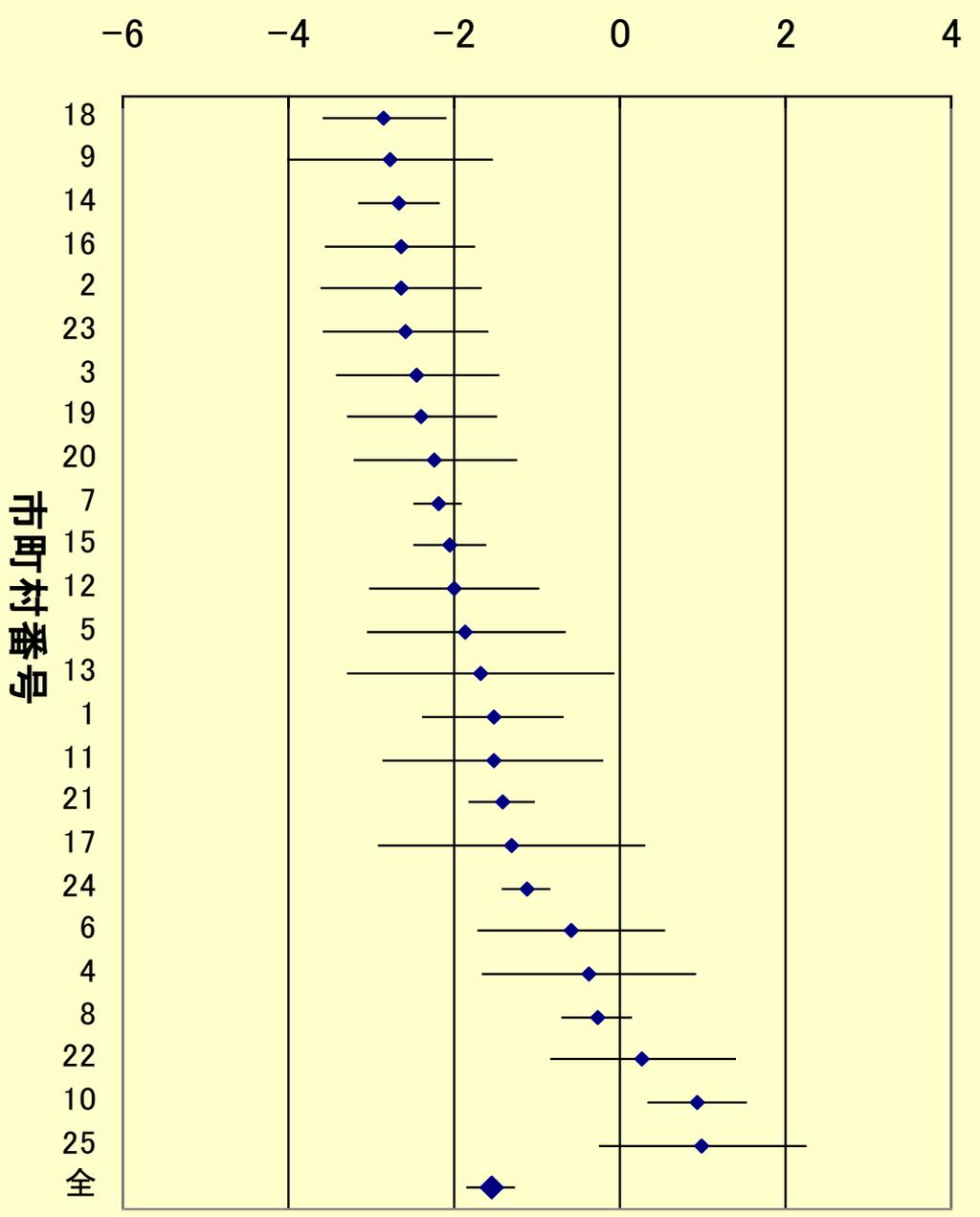
	保健指導前後の比較 (保健指導群)			健診時と翌年健診時の比較						正味の 変化 (B-A)
	初回 面接時	最終 評価時	変化	保健指導実施群			未実施群※			
				健診時	翌年 健診時	変化B	健診時	翌年 健診時	変化A	
体重 kg	75	70	-5	76	71	-5	75	74	-1	-4
収縮期血圧 mmHg	145	134	-11	148	135	-13	146	140	-6	-7
拡張期血圧 mmHg	92	83	-9	94	84	-10	96	92	-4	-6
HbA1c %	5.5%	5.1%	-0.4%	5.5%	5.2%	-0.3%	5.6%	5.5%	-0.1%	-0.2%
空腹時血糖 mg/dl	112	98	-14	112	99	-13	118	110	-8	-5
HDLコレステロール mg/c	38	50	12	38	48	10	36	40	4	6
中性脂肪 mg/dl	162	131	-31	162	146	-16	168	158	-10	-6
喫煙率 %	50%	46%	-4%	50%	48%	-2%	60%	60%	0%	-2%
積極的支援 %	90%	50%	-40%	100%	50%	-50%	100%	80%	-20%	-30%
動機付け支援 %	8%	30%	22%	0%	30%	30%	0%	15%	15%	15%
情報提供 %	2%	20%	18%	0%	20%	20%	0%	5%	5%	15%

※保健指導実施群とリスク要因に近い者をマッチング、
または統計モデルで調整。

科学的に効果を検証するための**研究**では「無作為割り付け」
を行うが、**事業**ではそれは不可能なので、参考までに「未実
施群」(該当したけれども受けなかった人)と比較する。

簡略化のため、標準誤差等は省略

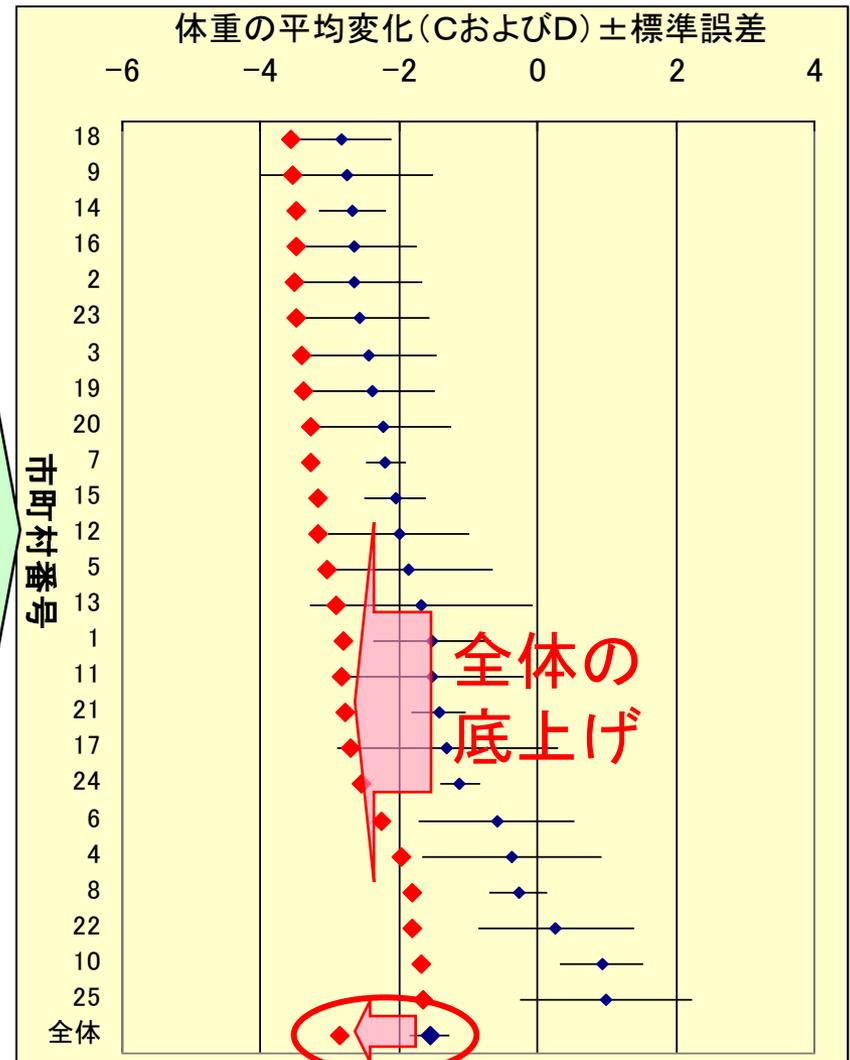
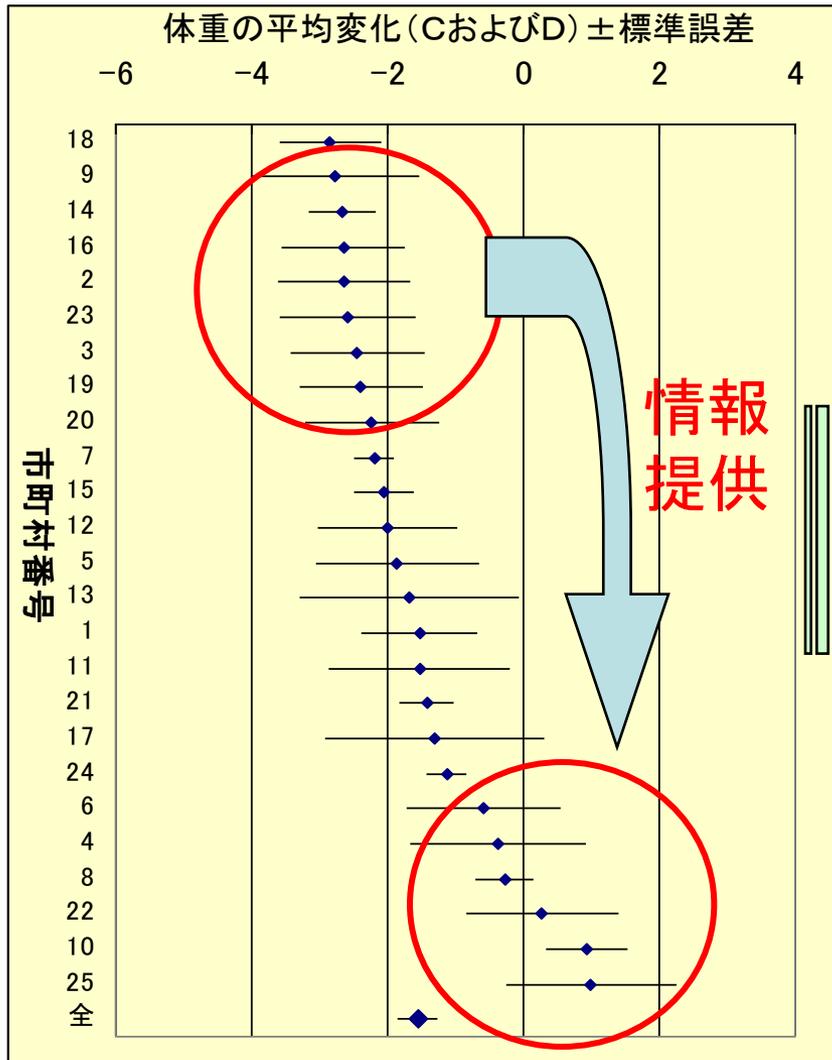
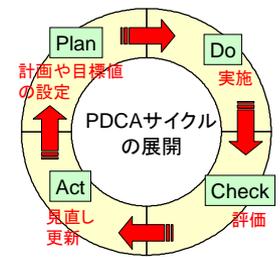
体重の平均変化(CおよびD) ± 標準誤差



短期的アウトカムの整理

- 市町村・事業所等ごとに統一フォーマットで集計。
- 成功している・いない市町村・事業所等を明らかにする。
 - 保健指導の効果の大きさ(C、D)
 - MS有病率
 - 体重
 - 個々の危険因子
 - 健診受診率
 - 保健指導実施率
 - 医療費
- なぜ成功している・いないのかを分析、情報提供。
 - ストラクチャー
 - プロセス

都道府県等、広域レベルにおける 全体のレベルアップのための分析・情報提供



生活習慣病対策の優先順位付けを考えるための作業シート

特定健診・特定保健指導による生活習慣病の減少予測(男性・冠動脈心疾患 40-64歳)

		(ア)			(イ)			(ウ)			(エ)				(オ)				(カ)			(キ)			
		1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4
健診対象者	100%	受診者	(35%)	治療中	(24%)	8%	医療連携	コントロール不良	(77%)	6%	(2.44)	0.156	8.3%	指導・受診状況		改善後RR	(1.72)	0.110	2.4%	6.3%					
								情報提供	コントロール良好	(23%)	2%	(1.49)	0.028	1.5%	2%	(1.49)	0.028	0.0%	1.6%						
健診対象者	100%	受診者	(35%)	治療なし	(76%)	27%	特定保健指導	積極的支援	(23%)	6%	(2.19)	0.136	7.2%	実施	(60%)	4%	(1.59)	0.059	1.2%	3.4%					
								非実施	(40%)	2%	(2.19)	0.054	0.0%	3.1%											
								動機付け支援	(2%)	1%	(1.92)	0.013	0.7%	実施	(60%)	0%	(1.46)	0.006	0.1%	0.3%					
								非実施	(60%)	0%	(1.92)	0.008	0.0%	0.4%											
							情報提供	受診必要	(33%)	9%	(2.18)	0.193	10.3%	受診	(60%)	5%	(1.59)	0.085	1.7%	4.8%					
								非受診	(40%)	4%	(2.18)	0.077	0.0%	4.4%											
								受診不必要(高リスク)	(36%)	10%	(1.43)	0.138	7.4%	保健指導実施	(60%)	6%	(1.22)	0.071	0.7%	4.0%					
								非実施	(40%)	4%	(0.95)	0.037	1.0%	2.1%											
								受診不必要(低リスク)	(5%)	1%	(1.00)	0.013	0.7%	1%	(1.00)	0.013	0.0%	0.7%							
健診対象者	100%	未受診者	(65%)	治療中	(50%)	33%			33%	(2.22)	0.722	38.4%			33%	(2.22)	0.722	0.0%	41.3%						
				治療なし	(50%)	33%	高リスク	(60%)	20%	(1.79)	0.349	18.6%			20%	(1.79)	0.349	0.0%	20.0%						
							低リスク	(40%)	13%	(1.00)	0.130	6.9%			13%	(1.00)	0.130	0.0%	7.4%						
計	100%	計		100%	計			100%		1.879	100%			100%		1.749	7.0%	100%							

(イ)2
×
(ウ)2

(ウ)3
×
(エ)3

(エ)4×
(オ)1

(オ)2の
内訳%

(エ)4
×
(カ)2

(オ)2×
(カ)2×
(キ)1

[(オ)2×
(カ)2-
(キ)2]÷
(オ)2計
(キ)2
の内
訳%

まとめ

- 生活習慣病対策としての特定健診・特定保健指導は、個々の保険者がばらばらに取り組んでいるだけでは非効率的。
- 個々の保険者は創意工夫を凝らして取り組んでいるので、成功した例を他の保険者が取り入れないのはもったいない。
- 都道府県・地域職域連携推進協議会では、多くの保険者における取り組み例の情報収集を行い、評価し、要因分析し、全体の底上げにつながるように指導的役割を果たすことが望まれる。