

第3章 保健指導対象者の選定と階層化

(1) 基本的考え方

- 内臓脂肪の蓄積により、血圧高値・脂質異常・血糖高値等の危険因子が増え、リスク要因が増加するほど虚血性心疾患や脳血管疾患等を発症しやすくなる。効果的・効率的に保健指導を実施していくためには、予防効果が大きく期待できる者を明確にする必要があることから、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、保健指導対象者の階層化を行う。

- 生活習慣病の予防を期待できるメタボリックシンドロームに着目した階層化や、生活習慣病の有病者・予備群を適切に減少させることができたかといった保健事業のアウトカムを評価するために、保健指導対象者の階層化に用いる標準的な数値基準が必要となる。

- 若い時期に生活習慣の改善を行った方が予防効果を期待できると考えられるため、年齢に応じた保健指導レベルの設定を行う。

- 特定健診に相当する健診結果を提出した者に対しても、特定健診を受診した者と同様に、階層化を行い、特定保健指導を実施する。

(2) 具体的な階層化の方法

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

^f 血糖検査については、HbA1c検査は、過去1～2か月の血糖値を反映した血糖値のコントロールの指標であるため、健診受診者の状態を評価するという点で、保健指導を行う上で有効である。ただし保健指導後の評価指標として用いる際には、当日の状態ではなく、1ヶ月以上前の状態を反映していることに留意すべきである。なお、絶食による健診受診を事前に通知していたとしても、対象者が食事を摂取した上で健診を受診する場合があります、必ずしも空腹時における採血が行えないことがあるため、空腹時血糖とHbA1c検査の両者を実施することが望ましい。特に、糖尿病が課題となっている保険者にとっては、HbA1c検査を必ず行うことが望ましい。なお、特定健診・特定保健指導の階層化において、空腹時血糖とHbA1cの両方を測定している場合は、空腹時血糖の結果を優先し判定に用いる。

やむを得ず空腹時以外において採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。なお、空腹時とは絶食10時間以上、食直後とは食事開始時から3.5時間未満とする。

HbA1c検査については、平成25年度からはNGSP値で表記している。それ以前の検査値はJDS値で記載されているため、比較する場合には注意が必要である。なお、JDS値とNGSP値は、以下の式で相互に正式な換算が可能である。

$$\begin{aligned} \text{JDS値 (\%)} &= 0.980 \times \text{NGSP値 (\%)} - 0.245\% \\ \text{NGSP値 (\%)} &= 1.02 \times \text{JDS値 (\%)} + 0.25\% \end{aligned}$$

- | | | |
|---|-------|-----------------------|
| 〔 | 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。

(3) 留意事項

- 保険者や市町村等の判断により、動機付け支援、積極的支援の対象者以外の者に対しても、必要に応じて保健指導実施の検討をすることが望ましい。特に、腹囲計測によって腹囲基準に満たさない場合にも、血圧高値・脂質異常・血糖高値・喫煙等のリスクが1つ以上存在している者では虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症リスクが上昇することが分かっており、個別の生活習慣病のリスクを判定することが望ましい。
- 65歳以上の者に保健指導を行う場合は、ロコモティブシンドローム^㉔、口腔機能低下及び低栄養や認知機能低下^㉕、フレイル^㉖等の予防に留意し、対象者の状況に応じた保健指導を行うことが望ましい。
- 特定保健指導の対象者のうち「積極的支援」が非常に多い場合は、健診結果や質問票等によって、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者を明確にし、優先順位をつけ保健指導を実施すべきである（第3編参照）。
- 今後は、特定健診・特定保健指導の実績や新たな科学的知見に基づき、必要に応じて保健指導対象者の階層化に関する基準についても見直す必要がある。

^㉔ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）は運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態。（「健康日本21（第二次）の推進に関する参考資料」より引用）

^㉕ 栄養改善（血清アルブミン値の維持等）、口腔機能の維持向上、認知機能低下予防（特に軽度認知障害の高齢者に対する脳の活性化を含む身体活動の積極的取り入れ）等は、いずれも有効性が確認されている。

【参考】介護予防マニュアル(改訂版:平成24年3月 厚生労働省老健局)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>

^㉖ 「フレイル」については、学術的な定義がまだ確定していない。「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」報告書では、「加齢と共に、心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存等の影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義している。（平成27年度厚生労働科学特別研究事業「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」（班長：鈴木隆雄）報告書より引用）