

平成23年7月4日	資料1
第3回保険者による 健診・保健指導等に関する検討会	

特定健診・保健指導における 腹囲の基準について

平成23年7月4日

厚生労働省保険局総務課

特定健診・保健指導における腹囲の基準について

<内臓脂肪症候群(メタボリックシンドロームに着目する意義)>

○平成17年4月に、日本内科学会等内科系8学会が合同でメタボリックシンドロームの疾患概念と診断基準を示した。

○これは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としている。

○すなわち、内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、高脂血症、高血圧は予防可能であり、また、発症してしまった後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の心血管疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能であるという考え方である。

○内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)の概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積、体重増加が血糖や中性脂肪、血圧などの上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷し、動脈硬化を引き起こし、心血管疾患、脳血管疾患、人工透析の必要な腎不全などに至る原因となることを詳細にデータで示すことができるため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになる考える。

(「標準的な健診・保健指導プログラム(平成19年4月)」)

<腹囲基準について>

○上記のような考え方から、現行の特定健診においては、内臓脂肪の蓄積と心疾患等のリスク要因(高血圧、高血糖、脂質異常等)の数によって特定保健指導対象者を抽出することとなっており、その際、内臓脂肪の蓄積の判定について、腹囲計測を用いることとなっている。

○男性が85cm、女性が90cm以上の基準は、腹腔内脂肪面積100cm²以上のカットオフ値として、日本肥満学会が設定した内臓脂肪型肥満の一次スクリーニングのウェスト周囲径と一致。

○腹囲の基準を満たさないこと等により、特定保健指導対象とならなかった者についても、医療保険者の判断により保健指導等を実施することができることはされている。

<考えられる論点>

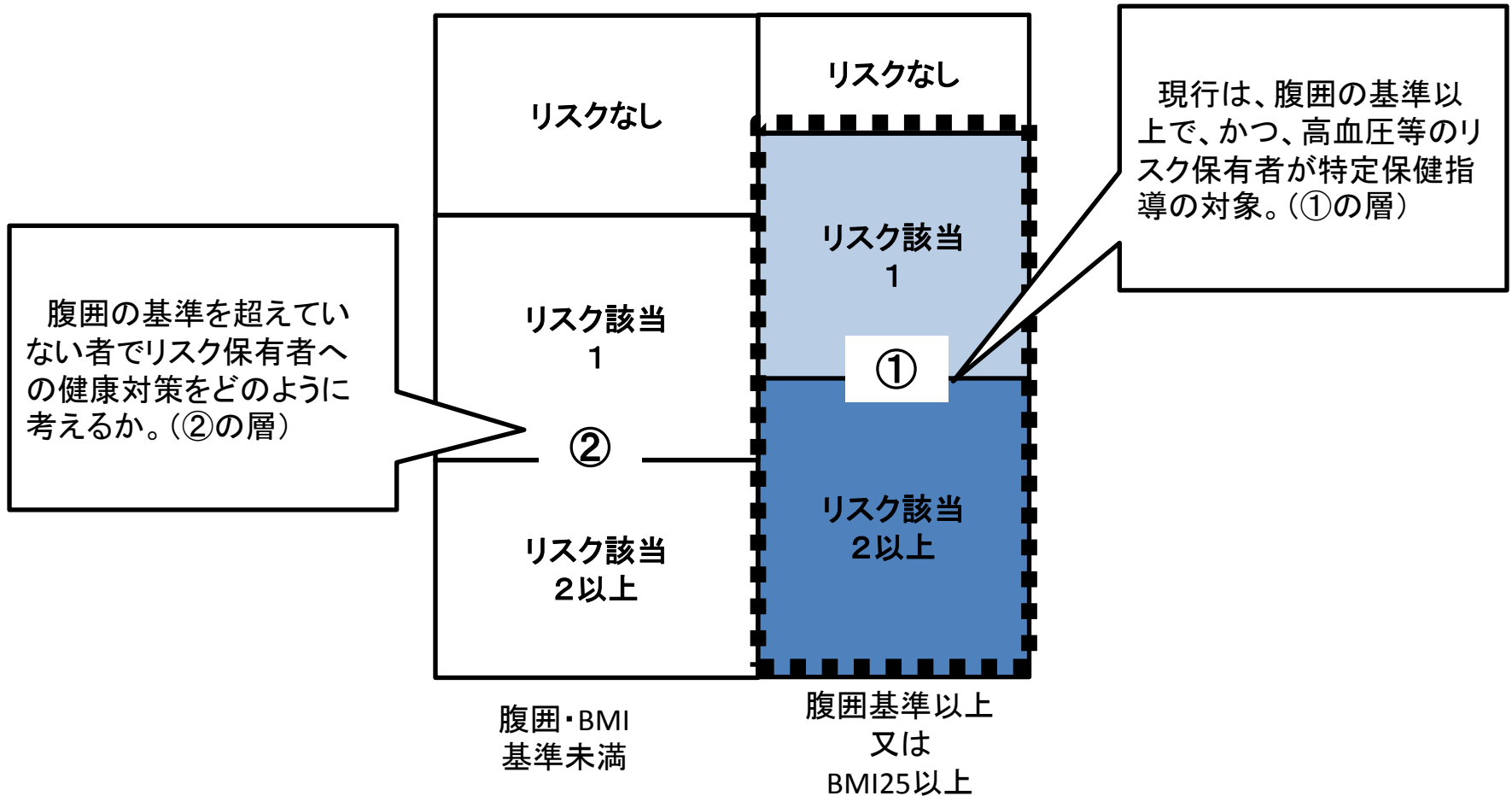
- 腹囲計測による内臓脂肪の蓄積を、保健指導の対象者の階層化基準としているため、腹囲が基準以下の者で高血圧、高血糖などのリスクを保有している者に対しての保健指導が不十分となっているのではないか、といった意見がある。
- 一方で、内臓脂肪を減少させることにより、心疾患等の発症リスクの低減を図るとの考え方から、特定保健指導は、腹囲の減少等を主たる目的として行われるものであり、仮に腹囲の基準以下の者に対しても保健指導を行うとした場合、そのあり方については、エビデンスに基づいて改めて検討する必要があると考えられる。
- また、仮に腹囲の基準以下の者に対する保健指導を保険者が行った場合の実績を、特定保健指導として考えるか否かについては、上記の生活習慣病の予防に対する効果についてのエビデンスや保健指導のあり方の標準化等を行うことが可能か否かを含めて検討する必要があると考えられる。

<方向性>

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」等においては、保険者が生活習慣の改善により、予防効果が期待できる者について優先順位を付けて保健指導を行うとの考え方を示している。
- 保健指導の対象者の選定について、保険者の自主性をより発揮できるあり方を検討することも必要ではないか。

(参考)階層化基準のイメージ

【現行】



※服薬中の者や受診勧奨値の者を除いたイメージ

(参考) 保険者による優先順位付け

2-3-2 医療保険者による優先順位付け

① 考え方

階層化は前述の通り、基準に従って自動的に決定されるものであるが、必ずしも階層化の結果として特定保健指導の対象者となった者全員に動機付け支援あるいは積極的支援を実施する必要はない。

「標準的な健診・保健指導プログラム」にも記載があるように、生活習慣の改善により予防効果が大きく期待できる者(比較的若い時期(65歳未満)に生活習慣の改善を行った方が効果が高い等)を明確にし、優先順位をつけて保健指導を実施する必要がある。

また、医療保険者は、貴重な保険財源を保健指導に投資することから、限られた資金を効果ある対象者に限定し集中的に投入するという戦略的な判断も重要である。

もちろん、十分な予算を持つ医療保険者や、保健事業を重視し注力している医療保険者等が、階層化の結果対象者全員に保健指導を実施することは望ましいことである。

なお、優先順位付けの結果、対象者全員に実施しない場合でも、後期高齢者支援金の加算・減算の評価時における特定保健指導の実施率の算定においては、分母(対象者)は対象者全員となる(優先順位付けを行い実施対象者から外しても評価上は外されない)。よって、予算制約等により優先度の高い者のみ実施するだけではメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率という目標は達成できるものの、特定保健指導の実施率という目標の達成が厳しいという見通しになる場合は、多少優先度の低い者に対しても実施していくことが必要となるが、このバランスや戦略については各医療保険者の判断となる。

② 順位付けの観点

優先順位の考え方の例として「標準的な健診・保健指導プログラム」第3編第2章に次のような記載があるので、参考にされたい(基本的な考え方であるので、これを参考にしつつも、必ずしもこの観点で順位付けしなければならない訳ではない)。

また、このような観点例の他にも、医療保険者の立場から考えた場合、毎年保健指導を受けるものの改善が見られない者(投下費用に対する効果が極めて低い)や、保健指導を受けたがらない者等は優先度を低くするようなことも考えられる。

〈標準的な健診・保健指導プログラム 第3編第2章〉

3) 保健指導の対象者の優先順位の付け方の基本的な考え方

今後は、保健指導対象者の増加が予測されること、さらに糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%を減少させるためには、効果的・効率的な保健指導の実施が必要である。そのため、保健指導対象者に優先順位をつけて、最も必要な、そして効果のあがる対象を選定して保健指導を行う必要がある。例えば、保健指導の対象者の優先順位のつけ方としては、下記の方法が考えられる。

○年齢が比較的若い対象者

○健診結果の保健指導レベルが情報提供レベルから動機づけ支援レベル、動機づけ支援レベルから積極的支援レベルに移行するなど、健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者

○第2編第2章3)質問項目(標準的な質問票8~20番)の回答により、生活習慣改善の必要性が高い対象者

○前年度、積極的支援及び動機づけ支援の対象者であったにもかかわらず保健指導を受けなかった対象者

(参考)保健指導対象者の選定と階層化

1. 検査値により、保健指導判定値を超えている場合、以下の分類により、必要となる保健指導の種類が自動的に判定される。
2. 但し、必ずしも、自動判定の通りとなるのではなく、医師が全ての検査項目の結果から総合的に判断し、保健指導とすべきか、医療機関への受療とすべきかを判定する。
3. その上で、保健指導対象者となった者のリストから、医療保険者にて、リスト全員に実施するのか、優先順位をつけ(重点化)絞り込むかを判断し、最終決定した対象者に保健指導の案内(利用券の送付等)を行う。

<保健指導判定値>

- ①**血糖** a 空腹時血糖100mg/dl以上 又は b HbA1cの場合 5.2% 以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ②**脂質** a 中性脂肪150mg/dl以上 又は b HDLコレステロール40mg/dl未満 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ③**血圧** a 収縮期血圧130mmHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ④**質問票** 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74歳
$\geq 85\text{cm}$ (男性) $\geq 90\text{cm}$ (女性)	2つ以上該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で $\text{BMI} \geq 25$	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

※1 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

※2 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

(注) 斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

(参考) 特定健診・保健指導導入以前の保健事業について

<国保における取組>

○特定健診・保健指導の制度が導入される以前においては、例えば、国保ヘルスアップ事業の一環として、市町村国保の担当者が、その考え方にに基づき、地域の特性や実情に応じた生活習慣病の予防に向けた取組みを行うものとして、「個別健康支援プログラム実施マニュアル」が作成されている。

○このマニュアルの中では、腹囲基準を用いない、老人保健事業における基本健康診査の要指導域とほぼ等しい個別健康支援プログラムの対象者の選定基準が示されている。

このマニュアルでは、この要指導域の基準を基に、各市町村国保において独自の選定基準を設定し、保健指導を行うことが前提とされている。

○保健指導についても、マニュアルでは、基本的な構成要素と支援の手段が示されており、これを用いて各保険者が独自の保健指導メニューを決定し、実施することが想定されている。

(参考) 基本健康診査の正常域、要指導域、要医療域

項目		正常域		要指導域		要医療域
血压	収縮期血压	120mmHg \leq 、 <130mmHg	130~139mmHg	140~159mmHg		160mmHg \sim
	拡張期血压	80mmHg \leq 、 <85mmHg	80~89mmHg	90~99mmHg		100mmHg \sim
血液生化学検査	脂質代謝	総コレステロール (50歳以上の女性)		200~219mg/dl (220~239mg/dl)	220~239mg/dl (240~259mg/dl)	240mg/dl \sim (260mg/dl \sim)
		HDLコレステロール		~149mg/dl		
		40mg/dl \sim		35~39mg/dl	~34mg/dl	~34mg/dl
	中性脂肪		~149mg/dl		150~299mg/dl	300mg/dl \sim
	糖代謝	空腹時血糖	<110mg/dl		110mg/dl \leq 、 <126mg/dl	\geq 126mg/dl
		随時血糖	<140mg/dl		<140mg/dl \leq 、 <200mg/dl	\geq 200mg/dl
HbA1c		<5.5%		5.5% \leq 、<6.1%	\geq 6.1%	
形態測定	肥満度 ※厚生労働省「肥満とやせの判定表・図」による	普通		やせぎみ、やせすぎ、ふとりぎみ、ふとりすぎ		・脳卒中によると考えられる運動障害など ・心筋梗塞、狭心症、心不全によると考えられる胸部症状 ・器質的な異常に基づくと考えられる心雑音、浮腫
	(参考)BMI	>18.5kg/m ² 、25.0kg/m ² <		18.5kg/m ² \geq 、25.0kg/m ² \leq		

各保険者において独自の選定基準を設定

A町の選定基準

項目		値
血糖値	空腹時血糖	100mg/dl以上
	HbA1c	5.5%以上
血压	収縮期血压	130mmHg以上
	拡張期血压	85mmHg以上
脂質	総コレステロール	220mg/dl以上 <small>ただし50歳以上女性は240mg/dl以上</small>
	HDLコレステロール	34mg/dl以下
	中性脂肪	150mg/dl以上
肥満	BMI	25kg/m ² 以上

○「個別健康支援プログラム実施マニュアル」においては、保健指導の具体的なプログラムとして、課題を明確にする「アセスメント」と何をどのように改善するかについての「個人目標の設定」を基本要素とし、それを基に具体的な支援手段、支援形態、期間・回数の設定、1回当たりの支援時間、複数コース、複数プログラムの設定等の個々の参加者の状態に沿った柔軟な支援の仕組みの工夫の必要が求められていた。

プログラムの構成要素

要素	内容
アセスメント	参加者の状況を把握、評価し、課題を明確にする
個人目標の設定	参加者が自らの意思で改善する生活習慣を設定する
知識・技術の提供	生活習慣の改善に必要な知識・技術
実践活動継続の支援	設定した目標の実践活動を継続するための支援



上記の要素を前提に各保険者において具体的なプログラムを以下の形態に応じて設定

支援の手段	講義、冊子等による情報提供、個別面接、通信、実技、グループワーク
支援形態	個別面談(集団教室※)、集団教室(+個別相談※)、小集団(6~8人) ※集団による講義と個別面談によるメニューの設定
プログラムに要する期間・回数 の設定	モデル事業において効果があるとされたプログラムとしては3~6ヶ月が基本的な期間とされていることが多い。
1回あたり支援時間	講義(1回あたり):40分程度、個別相談のみ行う場合の個別相談:40分程度、 集団教室中の個別相談:5~10分程度、実技(運動):1~2時間、実技(食生活):1~2時間、 グループワーク:1時間程度
個々の参加者の状態に沿った柔軟な支援の仕組み	参加者の就業形態等を勘案した、複数時間帯の設定など。 ある程度運動習慣のある人となない人とで異なる内容のプログラムを設定するなど 選択可能なプログラムを複数設定。