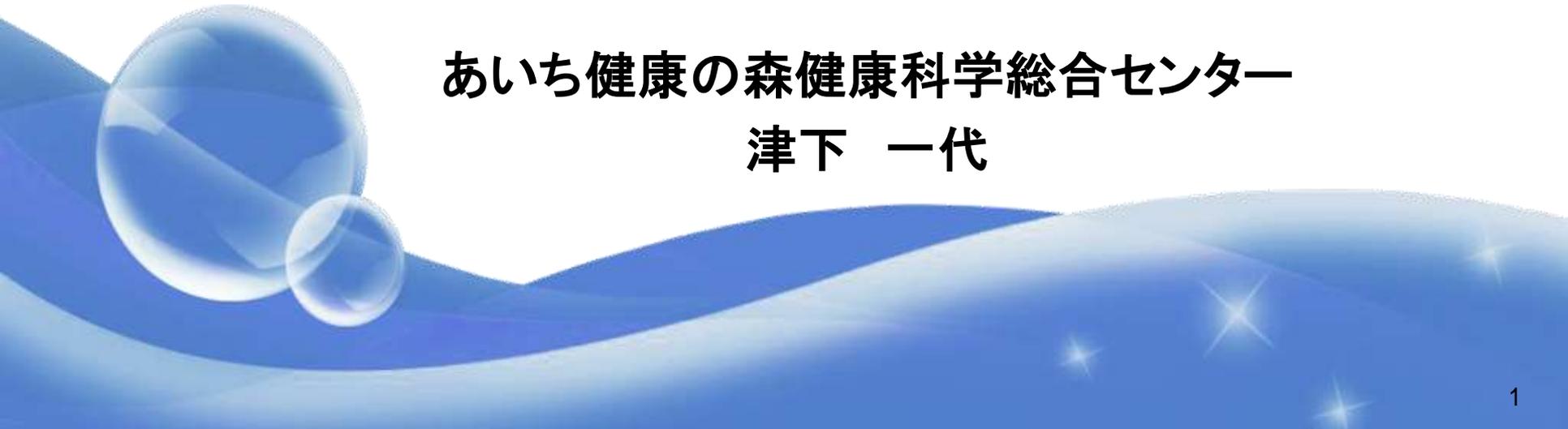


平成25年度保健師中央会議 2013.07.08

第二期の特定健診・特定保健指導 ～健康日本21(第二次)と連動した展開に向けて～



あいち健康の森健康科学総合センター
津下 一代

【ねらい】

- ❖ 特定健診・保健指導(第二期)及び、第2次健康日本21についての見識を深め、
- ❖ 関係団体や企業等との連携やソーシャルキャピタルの活用等により
- ❖ 10年先を見据えた健康な地域づくりに向けての方策を考
えること



「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」
「健康日本21(第2次)地方計画推進のために 地方自治体
による効果的な健康施策展開のための既存データ(特定健
診データ等)活用の手引き」のポイント

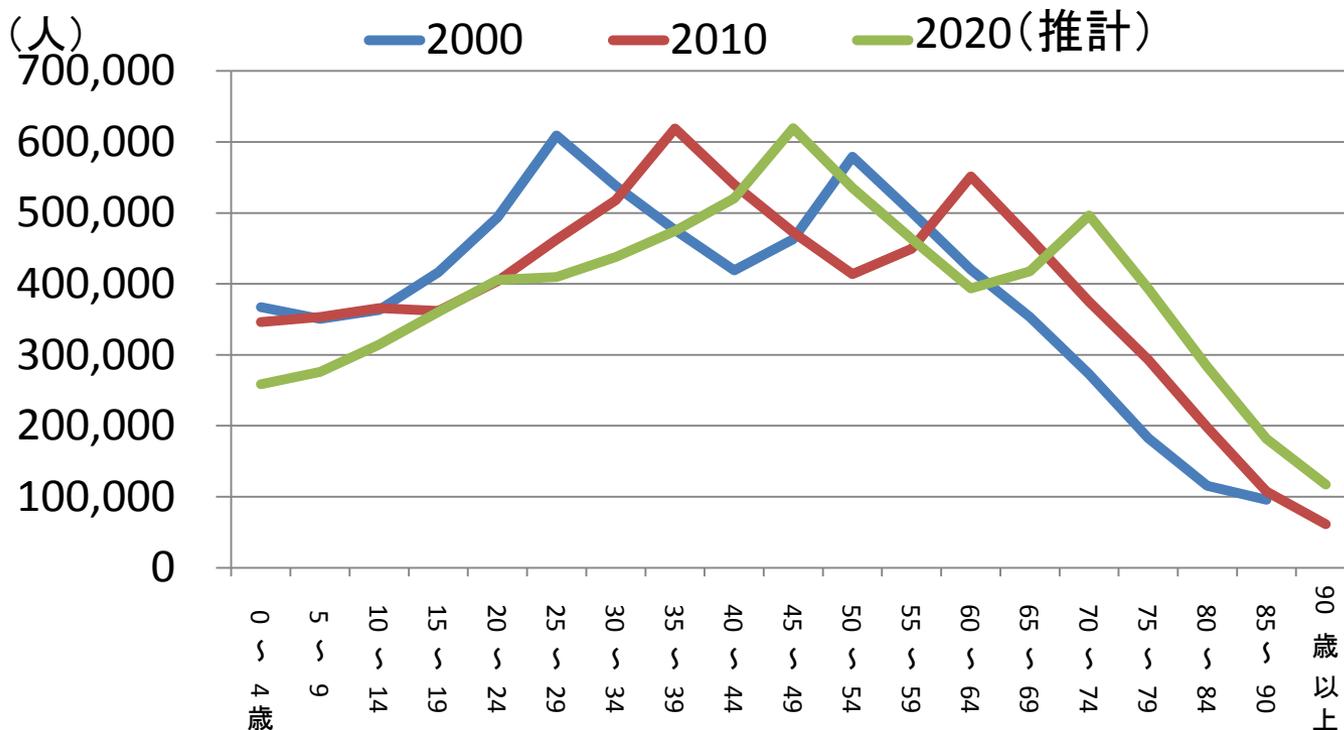
健康日本21(第二次)に求められる視点

- ① **日本の特徴を踏まえ10年後を見据えた計画の策定**
10年後の人口動態を見据えた計画の策定
長期的計画のもとに、短期的な課題解決が可能な枠組とする。
- ② **目指す姿の明確化と目標達成へのインセンティブを与える仕組みづくり**
最終的に目指す姿から具体的な内容を位置づけていく構造に。
自治体や企業、関係機関の長が積極的に進めようとする目的意識や
目標達成へのインセンティブとなる仕掛けを組み込む。
- ③ **自治体等関係機関が自ら進行管理できる目標の設定**
既存データの活用により、自治体等が自ら進行管理できる目標の設定
- ④ **国民運動に値する広報戦略の強化**
民間企業等を巻き込んだ強力な広報戦略が必要
健康に関する誤解を減らし、より理解しやすいメッセージとする
- ⑤ **新たな理念と発想の転換**
これまでの9分野の分類設定や理念にとどまらない発想の転換。
「一病息災アプローチ」や、「個人の健康設計への転換」等

愛知県

年齢別人口の推移

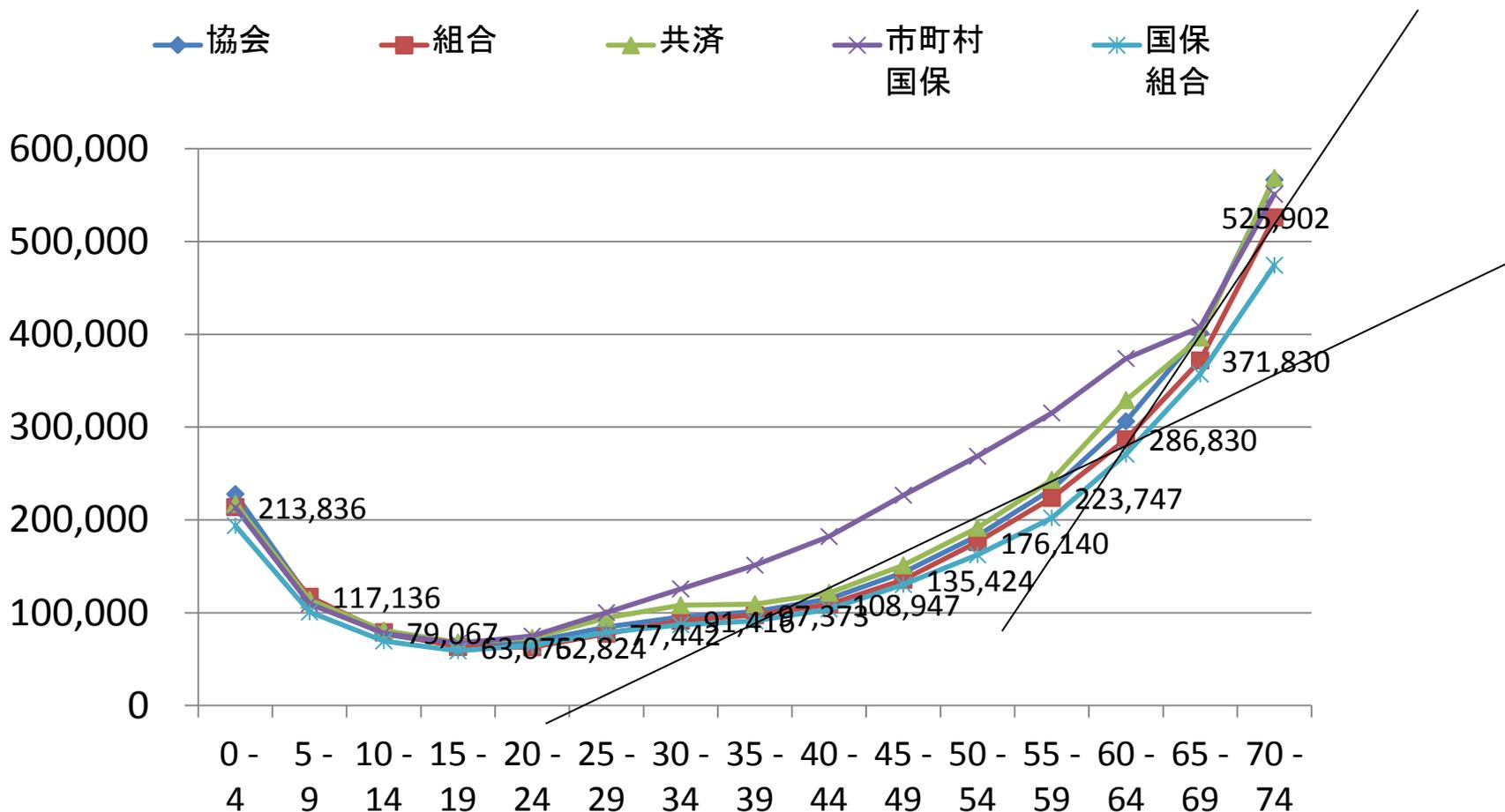
(2000年→2010年→2020年推計)



	65歳以上	75歳以上	85歳以上
2000	102万 (14.5%)	39万 (5.6%)	9.5万 (1.4%)
2010	149万 (20.3%)	65万 (8.8%)	16万 (2.1%)
2020	189万 (25.7%)	98万 (13.2%)	30万 (4.1%)

国保と健保では異なる対象、疾病構造、医療提供体制

年齢階級別、制度別、1人当たり医療費(平成22年度)

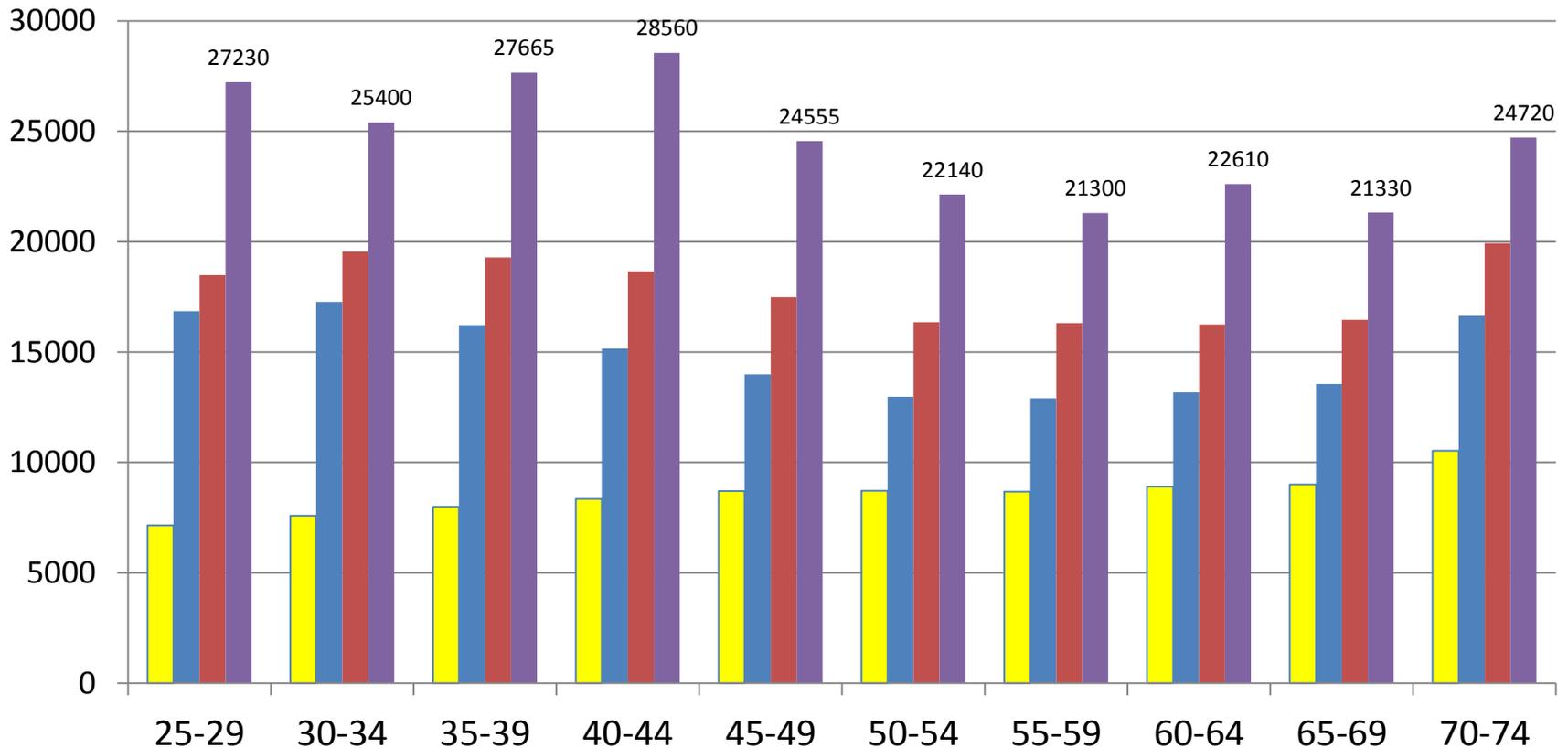


一人当たり医療費中央値

2008年5月 愛知県国民健康保険医療費データより

(円)

生活習慣病なし 生活習慣病あり 糖尿病 糖尿病性腎症



健康寿命を延ばす戦略

- 健康で長生き、活躍する市民を増やしたい、という決意
- 敵を知る：健康寿命を縮める原因を知る。
効果の出る対策法を確認する。
- 己を知り、戦略を練る（戦力）
どんな社会資源、マンパワーが活用できるか？
市、保健・医療サービス提供者、住民組織
どこまで巻き込めるか？（都市計画まで??）
予算はどのくらいかけられるのか？
- 実戦する
いつ、だれが、どこからはじめるか、
全体像と個々のプロジェクトの進捗管理
- 効果検証⇒外部に発信する

アプローチ法

- ミクロ的手法：個人への働きかけから。
医療、健診・保健指導、健康教育
 - マクロ的手法：
高齢化の進展を予測、都市設計につなげる
(高齢になっても自立・自律できるまち、健康的な環境)
-
- 短期的視点：ハイリスクアプローチ
現在問題のある人、困っている人から始める
 - 長期的視点
子供からの健康教育、
健康な人が健康であり続ける対策

健康日本21(第二次)の概念図

全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現

① 健康寿命の延伸・健康格差の縮小

生活の質の向上

社会環境の質の向上

②

生活習慣病の
発症予防・重症
化予防

③

社会生活
機能の
維持・向上

社会参加
の機会
の増加

④

健康のための資源
(保健・医療・福祉
等サービス)への
アクセスの改善と
公平性の確保

生活習慣病の改善
(リスクファクターの低減)

⑤

社会環境の改善

健康日本21(第二次)に関する具体的な取組

理想

- 問題があることを認識する
- どの世代、どの地域など、対象者の属性別に問題点を整理する

落差

問題

介入

解決

認知

提起

因果

構造

現状・
将来
予測

ここに
既存データを
活用

- どうすれば問題を解決できるかを考え、必要な保健事業をおこなう

特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)

—特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第二次)を着実に推進—

特定健診・特定保健指導の実施率の向上

データの分析

地域・職場のメリット

- 各地域、各職場特有の健康課題がわかる。
- 予防する対象者や疾患を特定できる。
- 〈レセプトを分析すると〉
- 何の病気で入院しているか、治療を受けているか、なぜ医療費が高くなっているか知ることができる。

個々人のメリット

- 自らの生活習慣病のリスク保有状況がわかる。
- 放置するとどうなるか、どの生活習慣を改善すると、リスクが減らせるかがわかる。
- 生活習慣の改善の方法がわかり、自分で選択できる。

未受診者への受診勧奨

健康のための資源
(受診の機会、治療の機会)
の公平性の確保

- 重症化が予防できる
- 医療費の伸びを抑制できる

- 重症化が予防できる
- 死亡が回避できる

健康格差の縮小

高血圧の改善

脂質異常症の減少

糖尿病有病者の増加の抑制

脳血管疾患死亡率の減少

虚血性心疾患死亡率の減少

糖尿病腎症による新規透析導入患者数の減少

地域で活用できる指標の例

生・死

- 人口動態（高齢化率、地域差、将来予測）
- 死亡の状況（年齢、原因とその推移、標準化死亡比）

疾病・障害

- 介護情報を活用する（認定率、理由、給付費）
- 医療データを活用する（医療費、それに及ぼす要因）

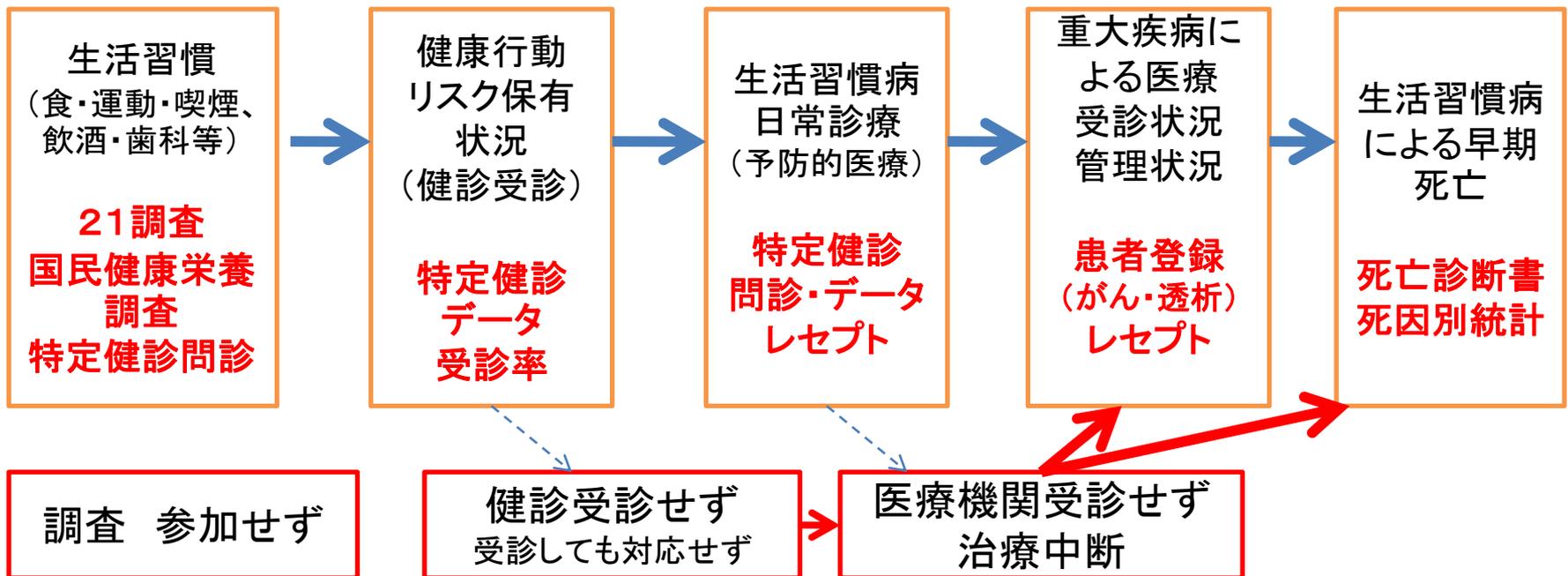
予防対策

- 特定健診・特定保健指導問診・データの活用
- （国民健康・栄養調査 都道府県分）

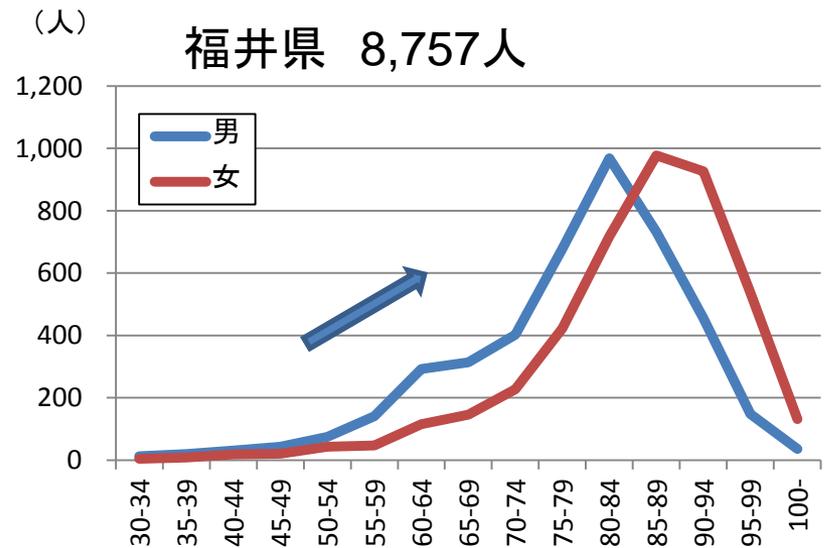
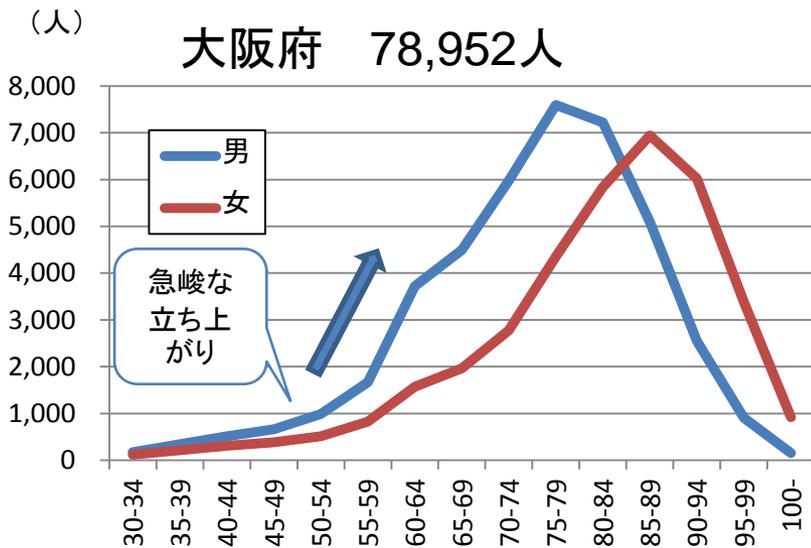
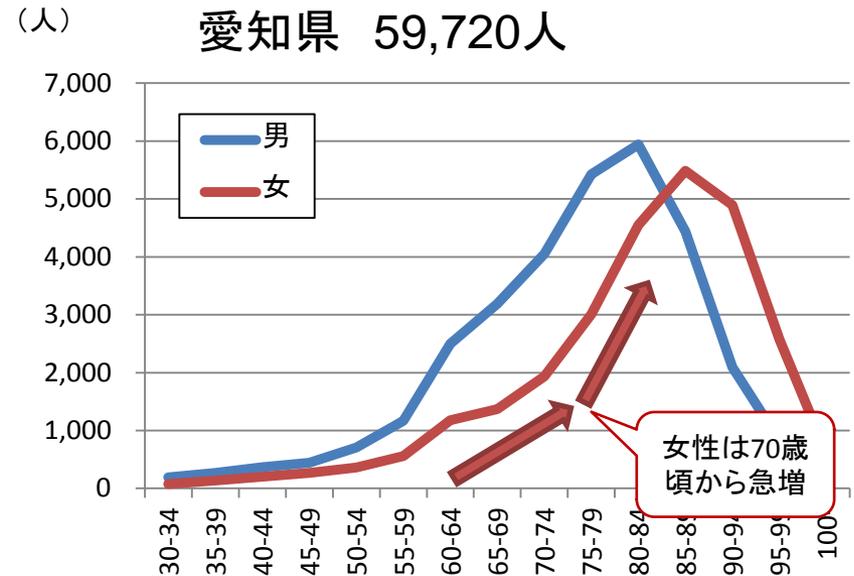
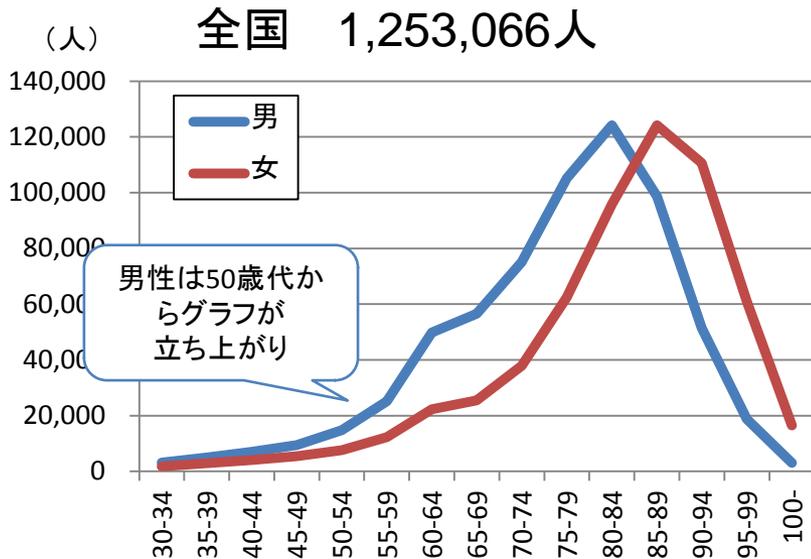
保健事業

- 保健事業評価（プロセス・アウトプット・アウトカム）

- 評価の目的は、資料作成ではなく**対策を考えること**
- データ間の関連を考える：前後の指標をみる
補完的な資料を援用する
- データに表現されていない対象者のことを考える
- 生活実感、保健活動の**実感**を大切にする。



年齢階級別死亡数(平成23年)

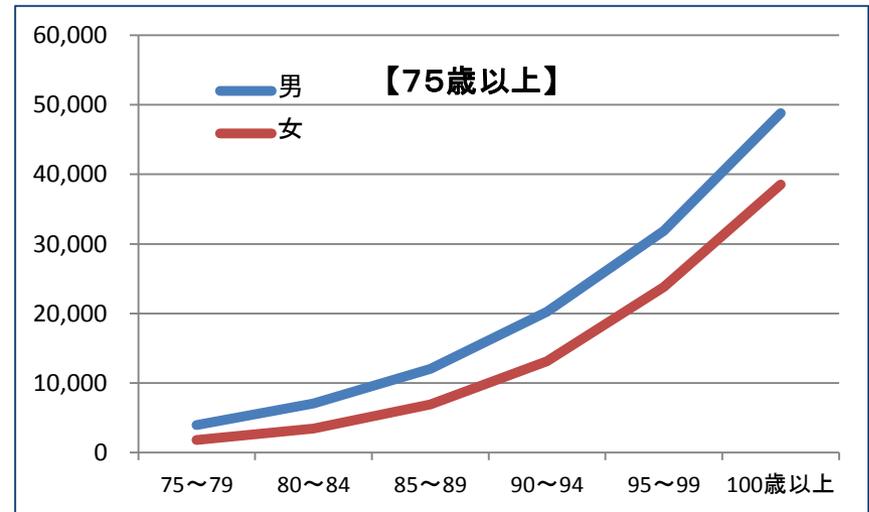
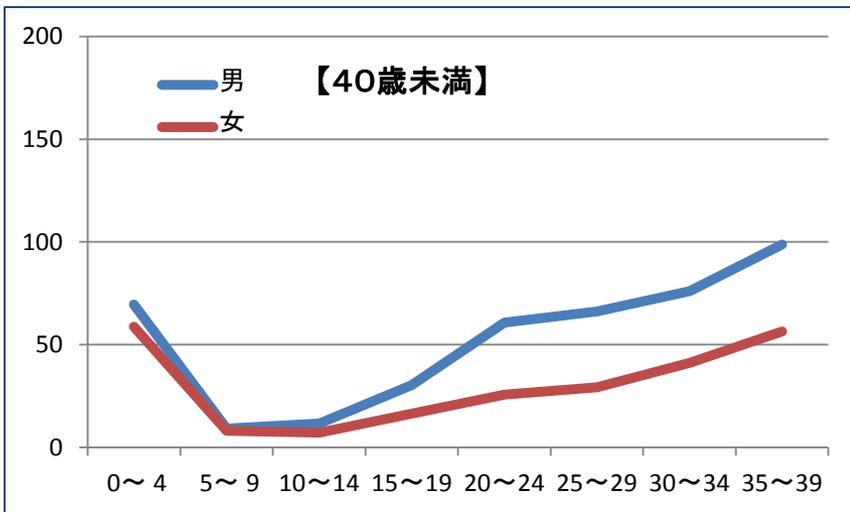
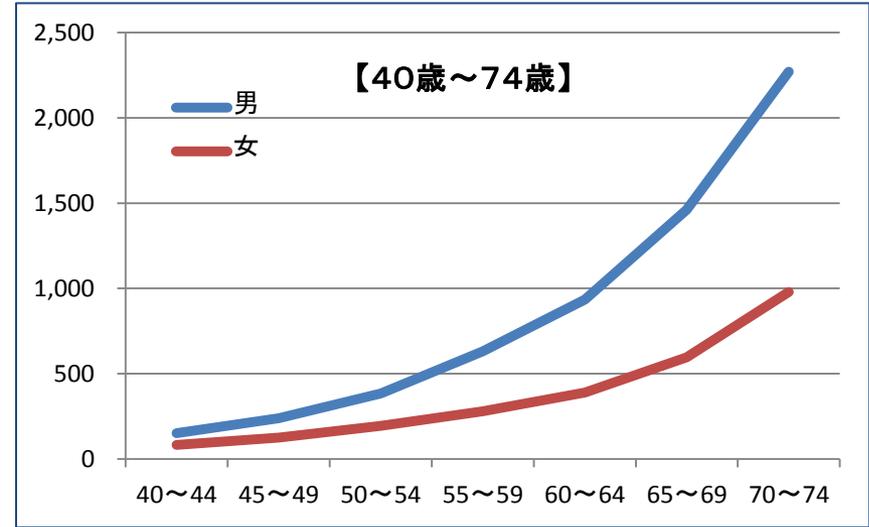
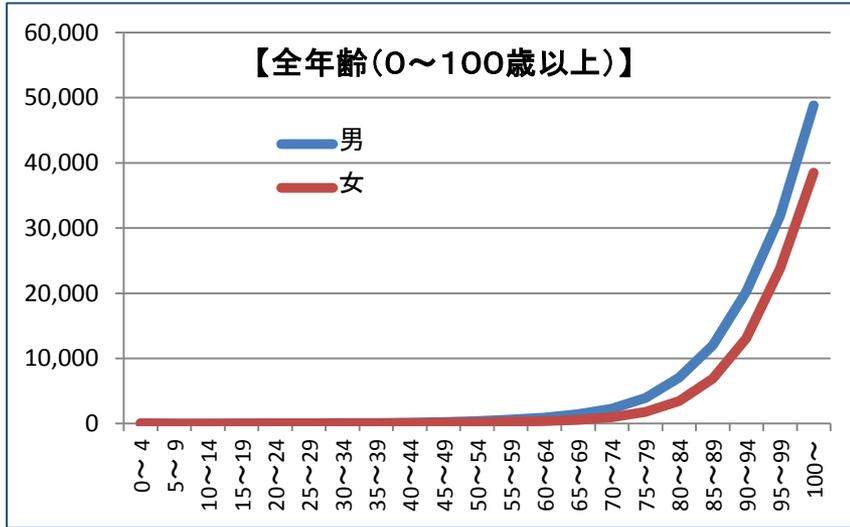


(平成23年 人口動態統計)

年齢階級別死亡率

(人口10万人対)

(人)

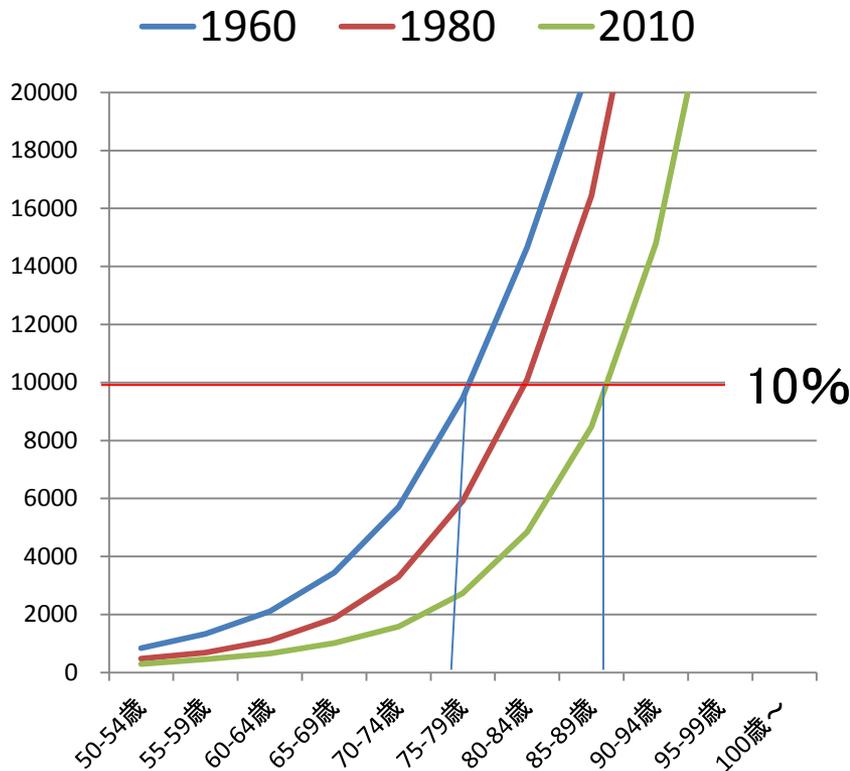


(平成22年 人口動態統計より)

年齢別死亡率の比較

現在の90歳は1960年の70代後半と同じくらい

年齢別死亡率(人口10万人対)



死亡率1%、10%のライン

	1960	1980	2010
50-54歳	837	477	289
55-59歳	1335	681	454
60-64歳	2111	1100	657
65-69歳	3439	1866	1010
70-74歳	5711	3298	1578
75-79歳	9461	5911	2731
80-84歳	14656	10107	4842
85-89歳	21106	16441	8474
90-94歳	32824	27253	14806

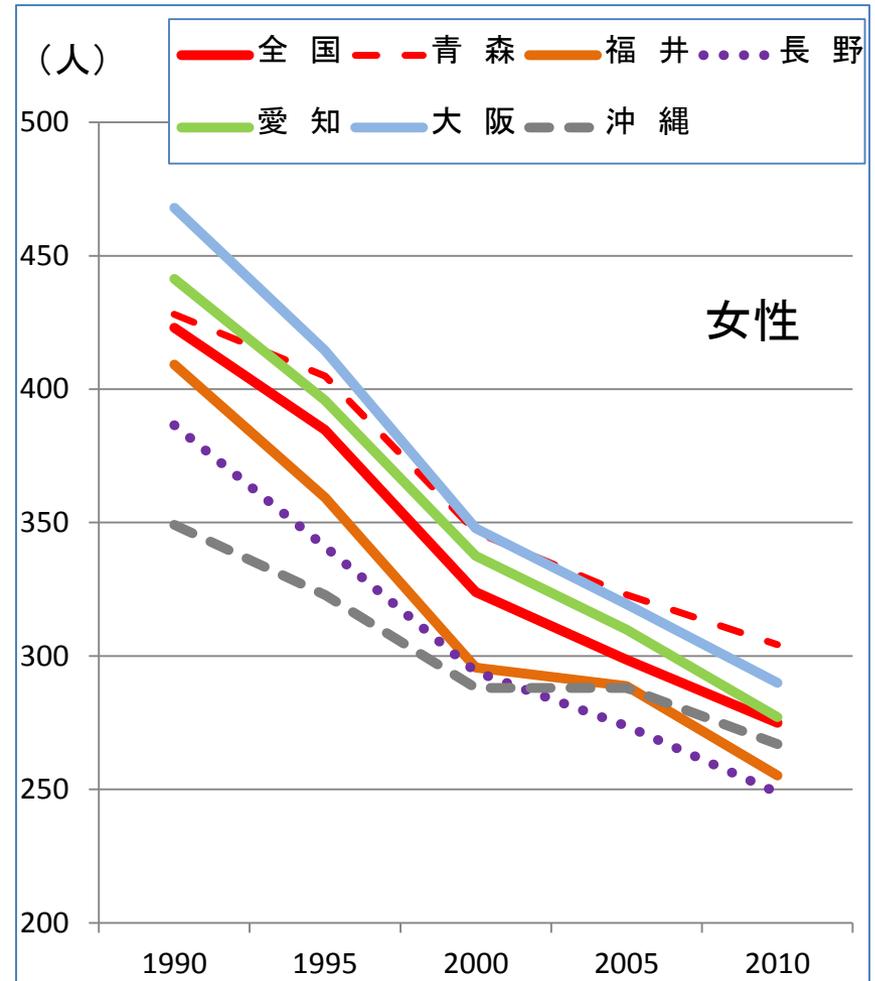
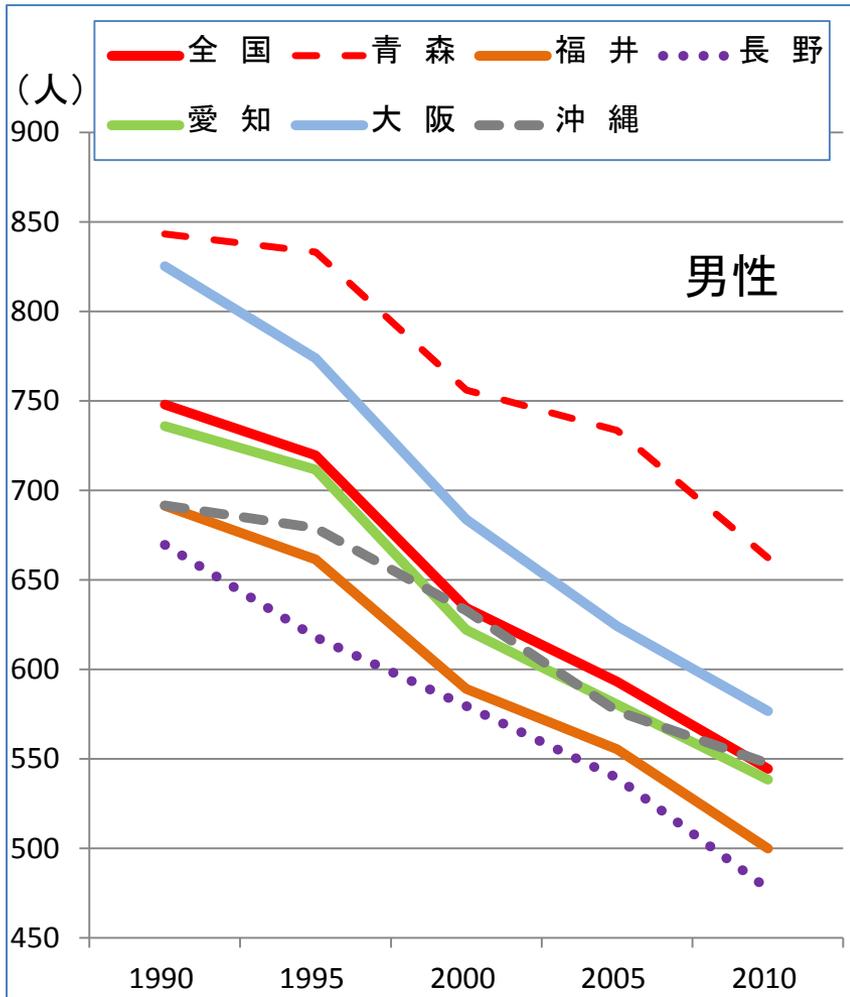
(人口10万人対死亡率)

(人口動態調査より)

年齢調整死亡率の年次推移

愛知、福井、大阪と 全国・青森・長野・沖縄の比較
 (男女でのスケールの違いに注意)

(人口10万対)

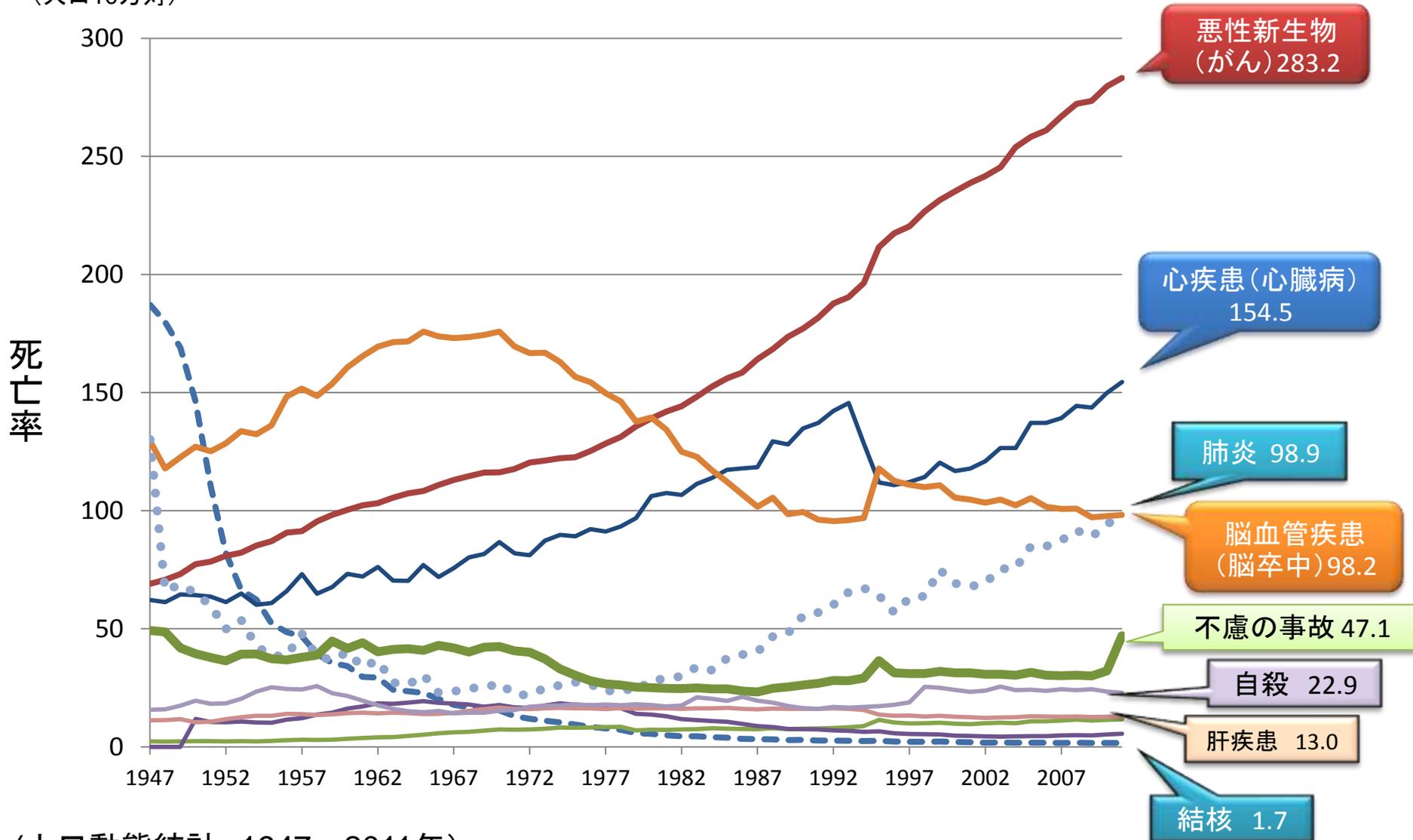


(平成22年 人口動態統計)

我が国における死亡率の推移(主な死因別)

(人口10万対)

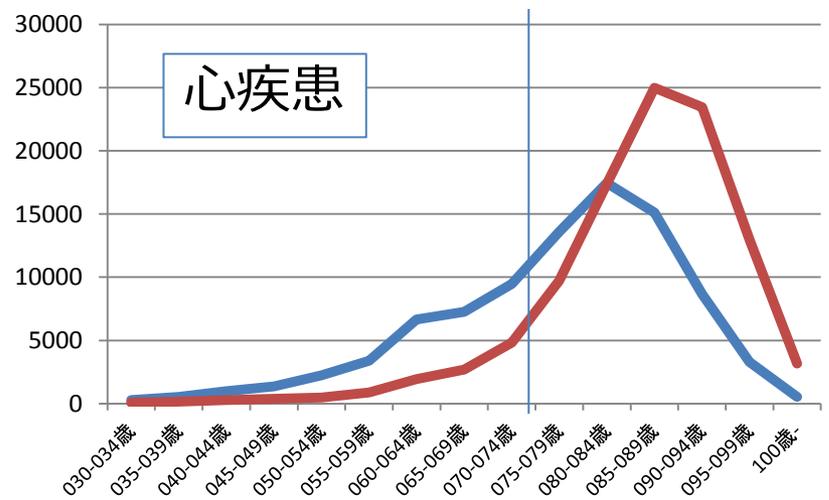
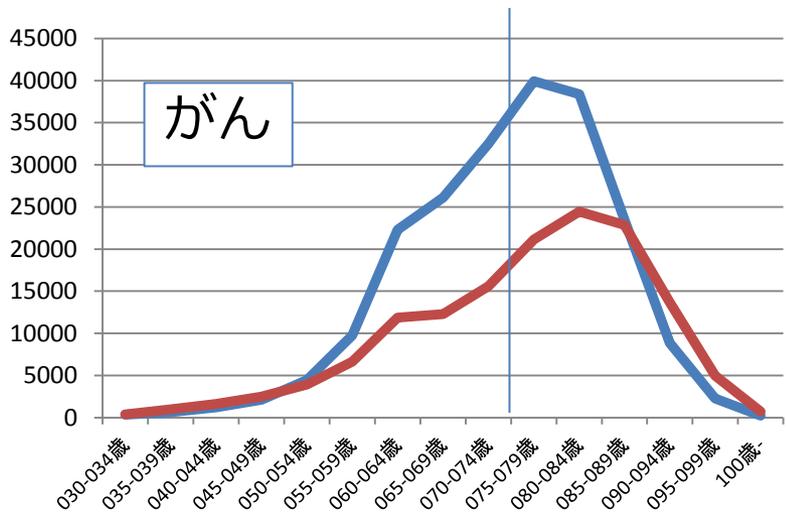
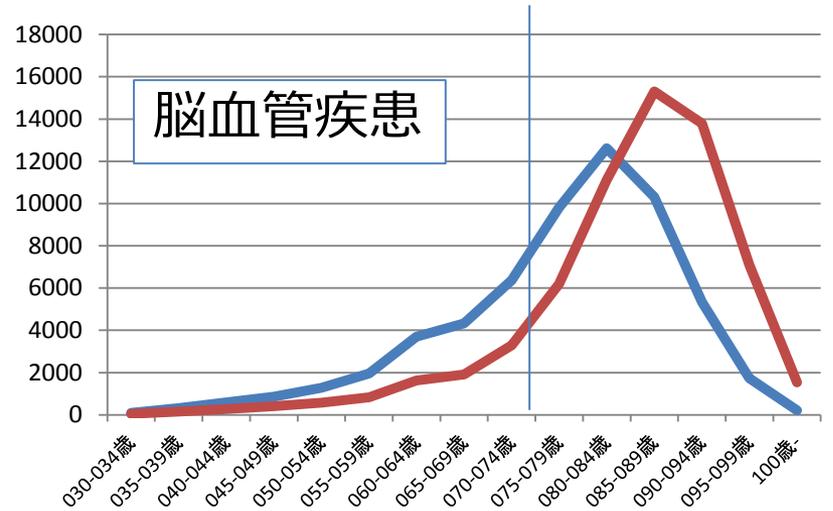
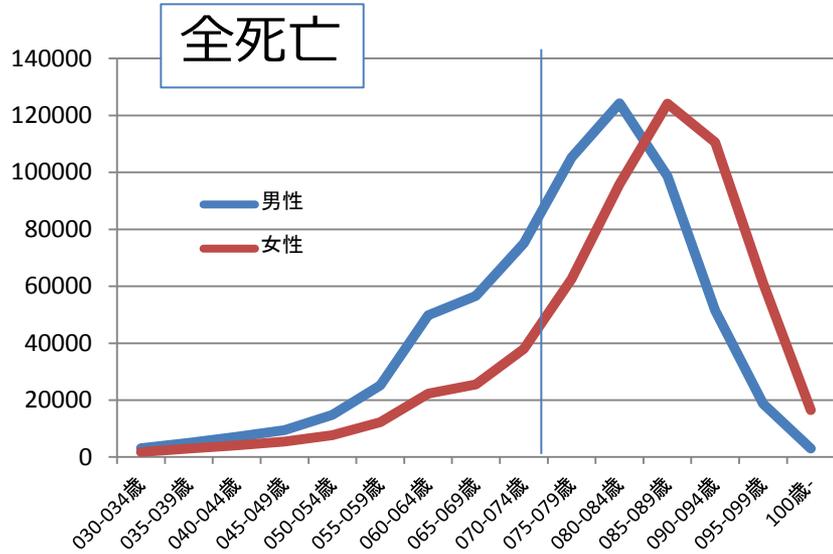
(主な死因と2011年の死亡率)



(人口動態統計 1947~2011年)

年齢別・原因別死亡者数

(2011年人口動態統計)



NCDと生活習慣との関連

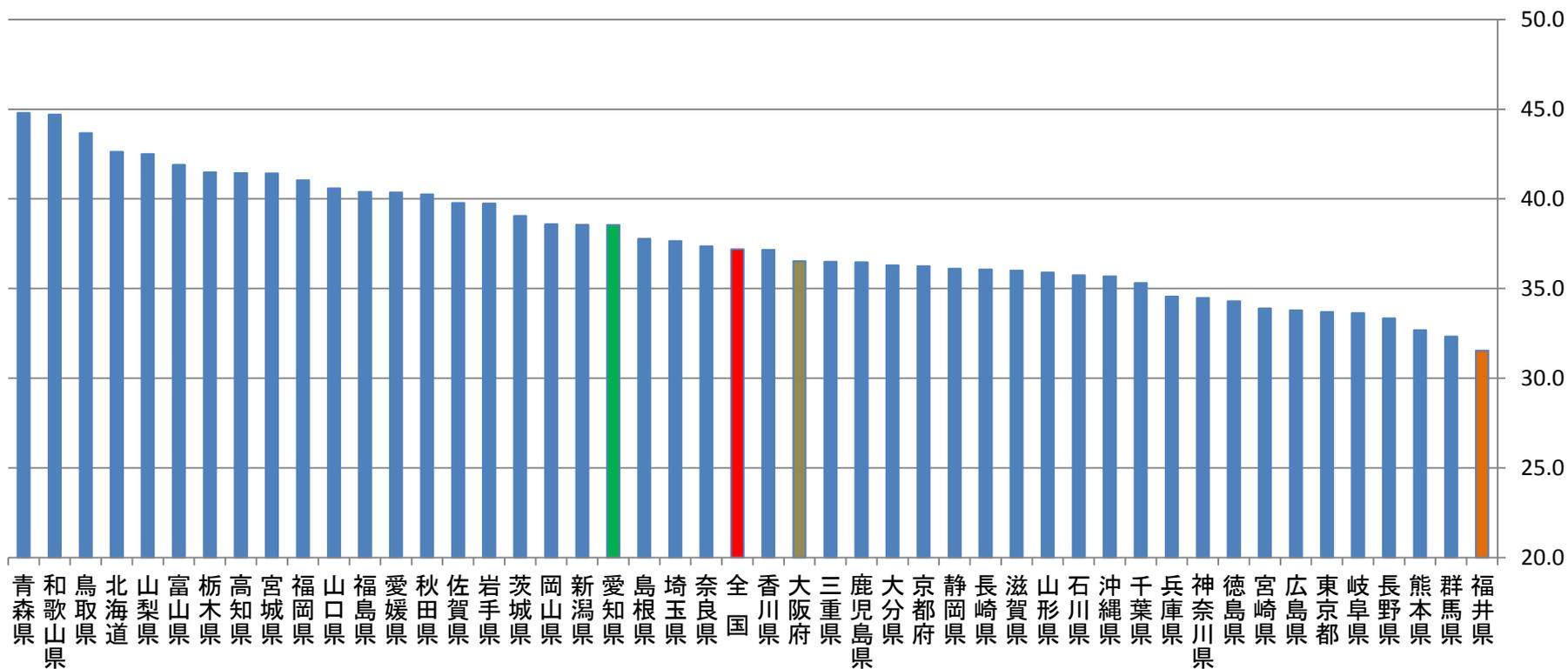
—これらの疾患の多くは予防可能—

	禁煙	健康な食事	身体活動の増加	リスクを高める飲酒の減少
がん	○	○	○	○
循環器疾患	○	○	○	○
糖尿病	○	○	○	○
COPD	○			

喫煙

国民健康栄養調査：平成18～22年、年齢調整

男性



喫煙者と非喫煙者の余命(25歳以降)

21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. Prabhat Jha, M.D et.al
 N Engl J Med 2013;368:341-50. DOI: 10.1056/NEJMSa1211128

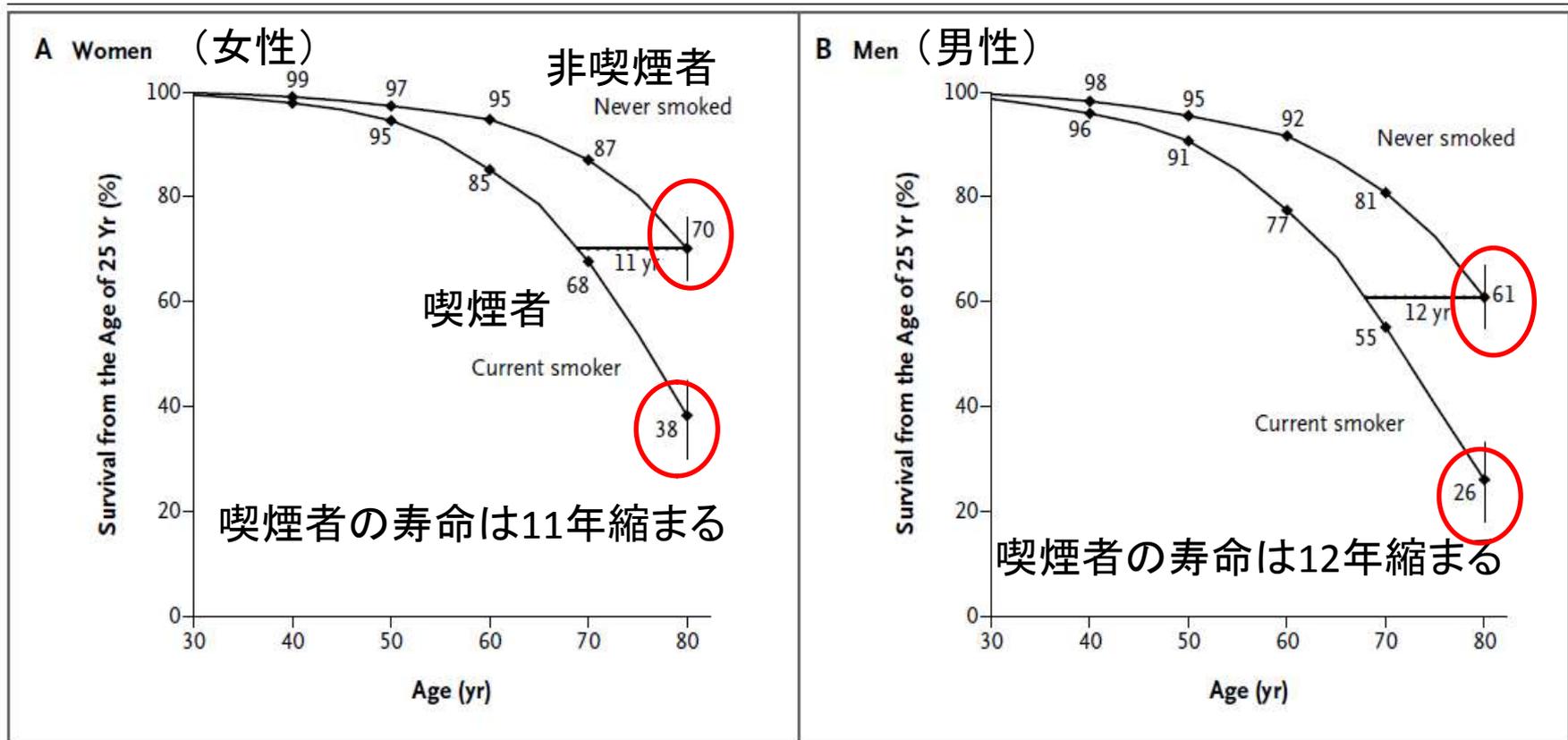
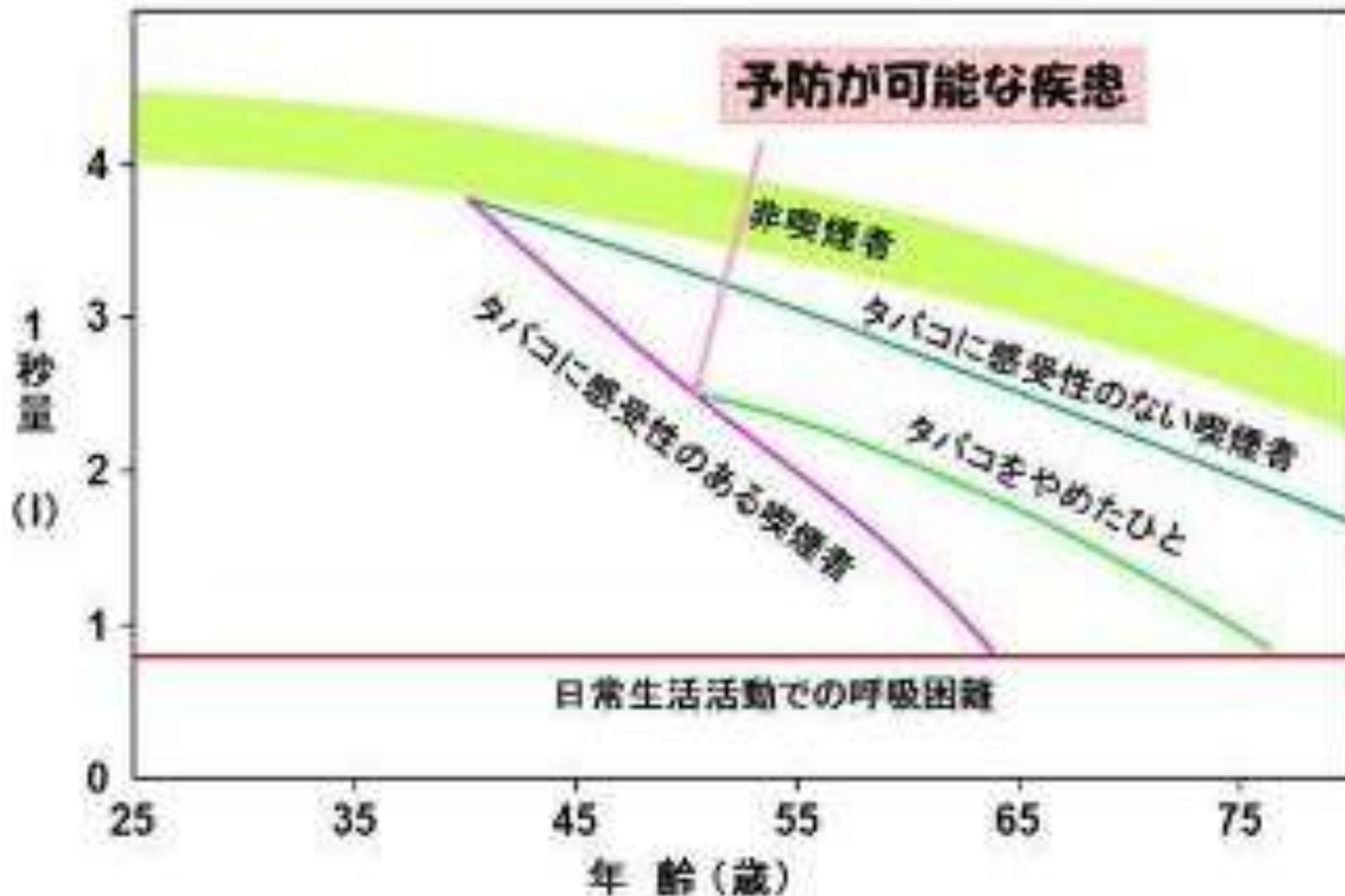


Figure 2. Survival Probabilities for Current Smokers and for Those Who Never Smoked among Men and Women 25 to 80 Years of Age.

The vertical lines at 80 years of age represent the 99% confidence intervals for cumulative survival probabilities, as derived from the standard errors estimated with the use of the jackknife procedure. Survival probabilities have been scaled from the National Health Interview Survey to the U.S. rates of death from all causes at these ages for 2004,^{13,16} with adjustment for differences in age, educational level, alcohol consumption, and adiposity (body-mass index).

COPDの自然経過



(Fletcher et.al. The natural history of chronic airflow 1997より改変)

日本におけるCOPDの動向

○着実に死亡者数が増加

○潜在患者の存在： 推計患者数 **500万人**以上 (NICEスタディ2001)

⇔ 治療を受けている患者数は**17万3千人** (2008年患者調査)

日本における死因順位 (平成23年人口動態統計)

1. 悪性新生物

2. 心疾患

3. 肺炎

4. 脳血管疾患

5. 不慮の事故

6. 老衰

7. 自殺

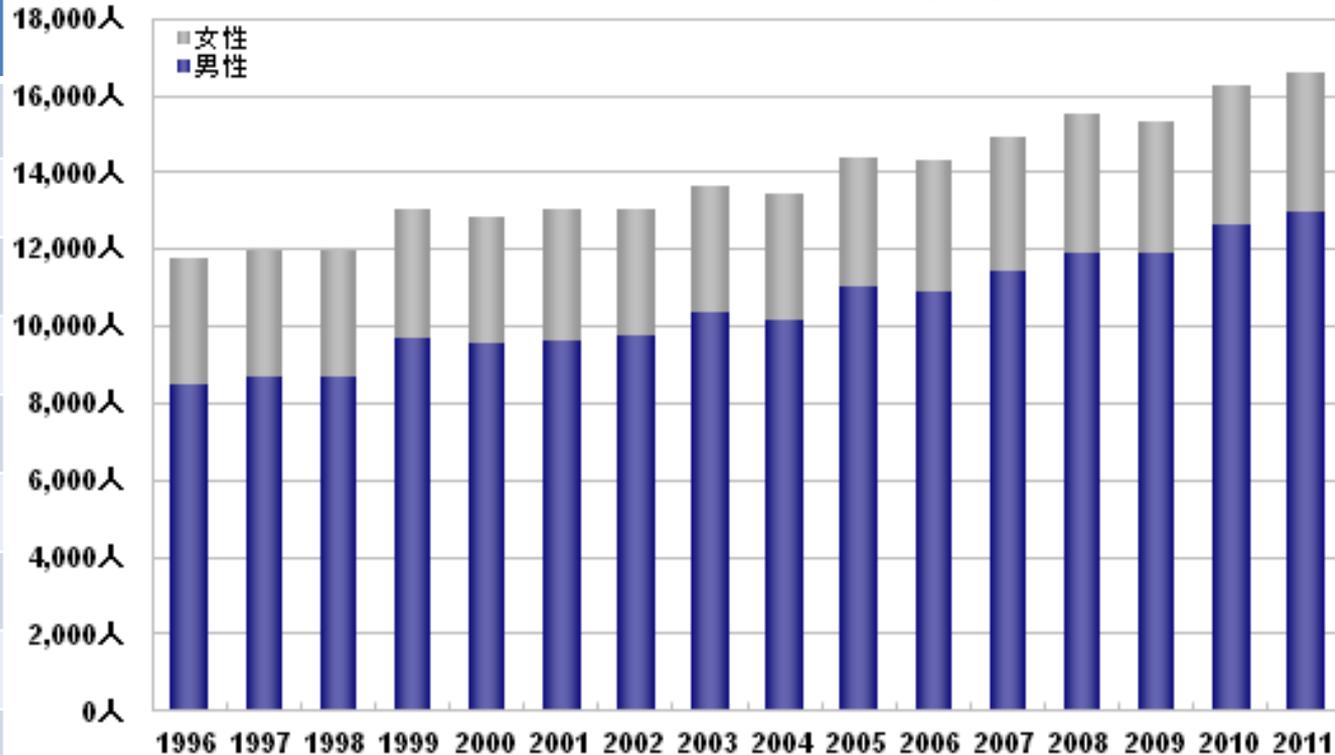
8. 腎不全

9. 慢性閉塞性肺疾患

(男性では7位)

10. 肝疾患

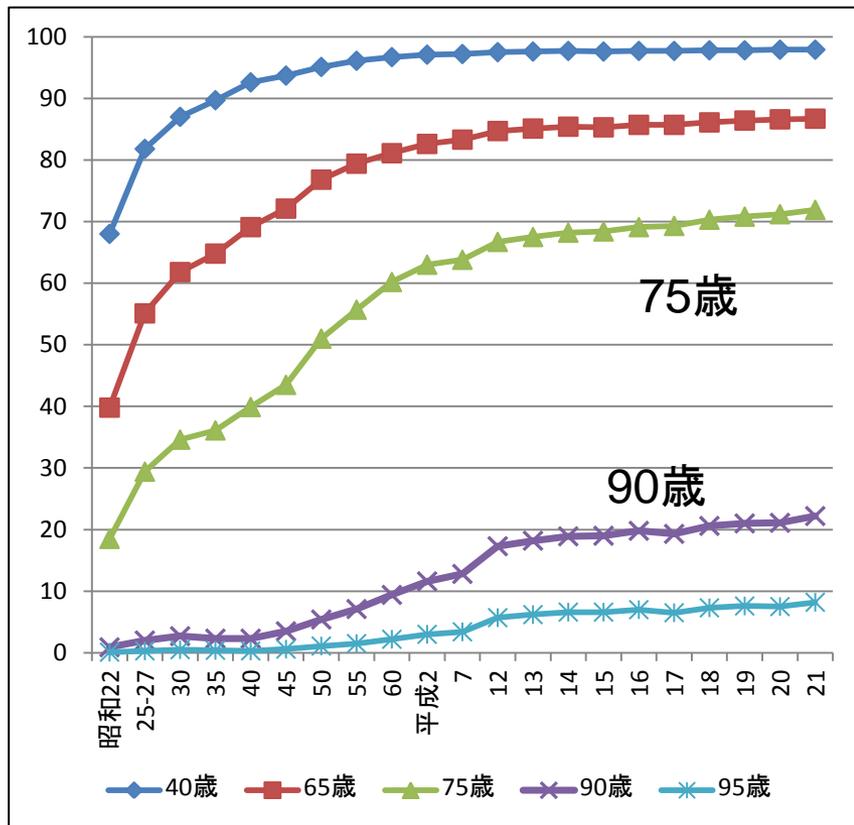
日本におけるCOPD死亡者数の推移(人口動態統計)



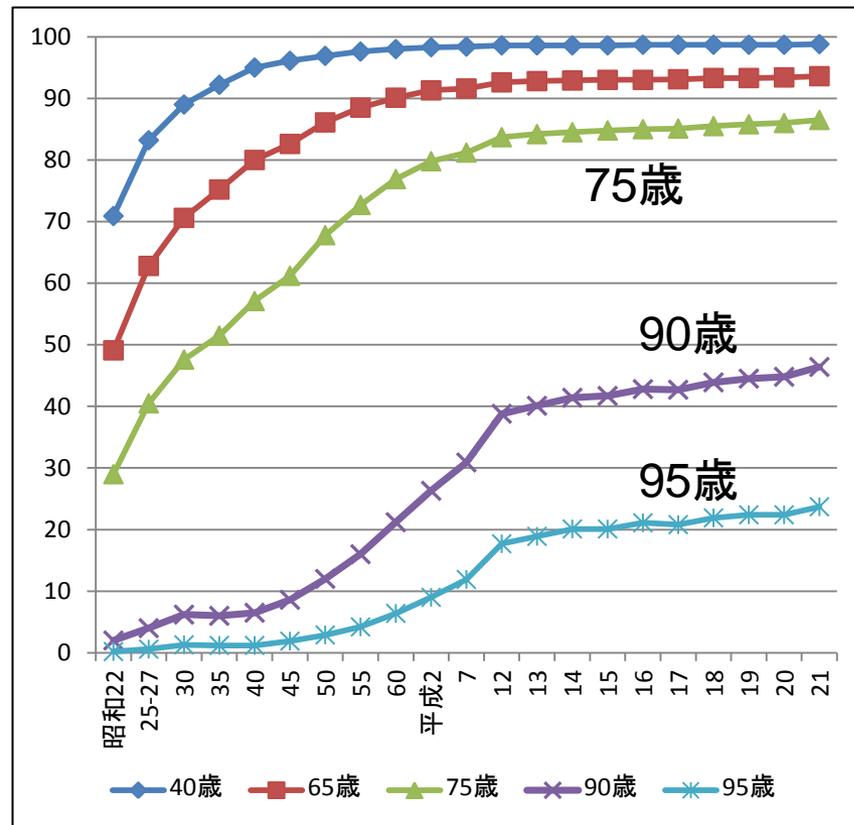
WHOは2030年にCOPDが世界の死亡原因の**第3位**になると予測

生命表上の特定年齢まで生存する者の割合

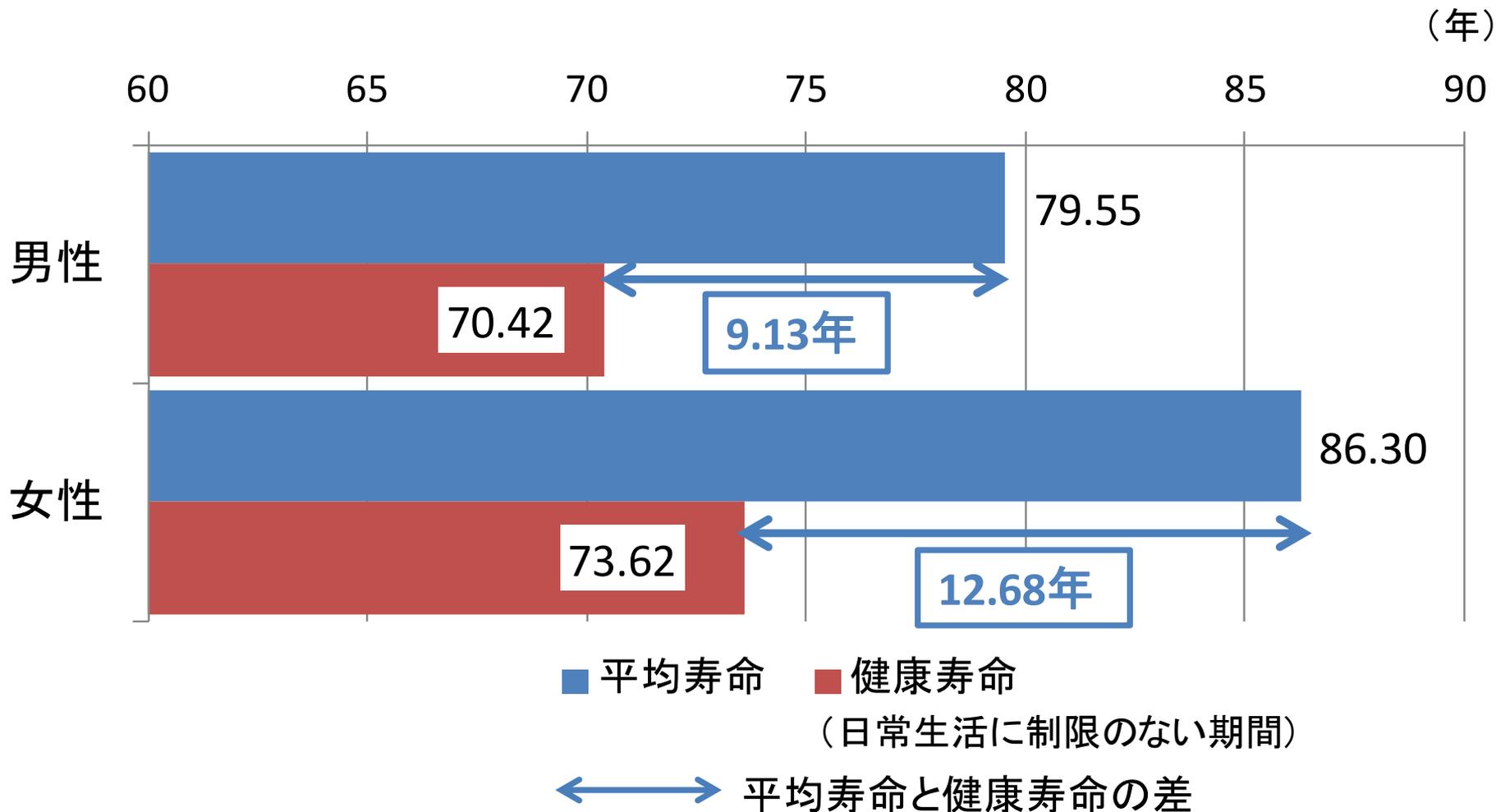
男性 (90歳 22.2%、95歳8.2%)



女性 (90歳 46.4%、95歳23.7%)



平均寿命と健康寿命の差



【資料】

○平均寿命 (平成22年) 厚生労働省「平成22年完全生命表」より

○健康寿命 (平成22年) 厚生労働科学研究費補助金

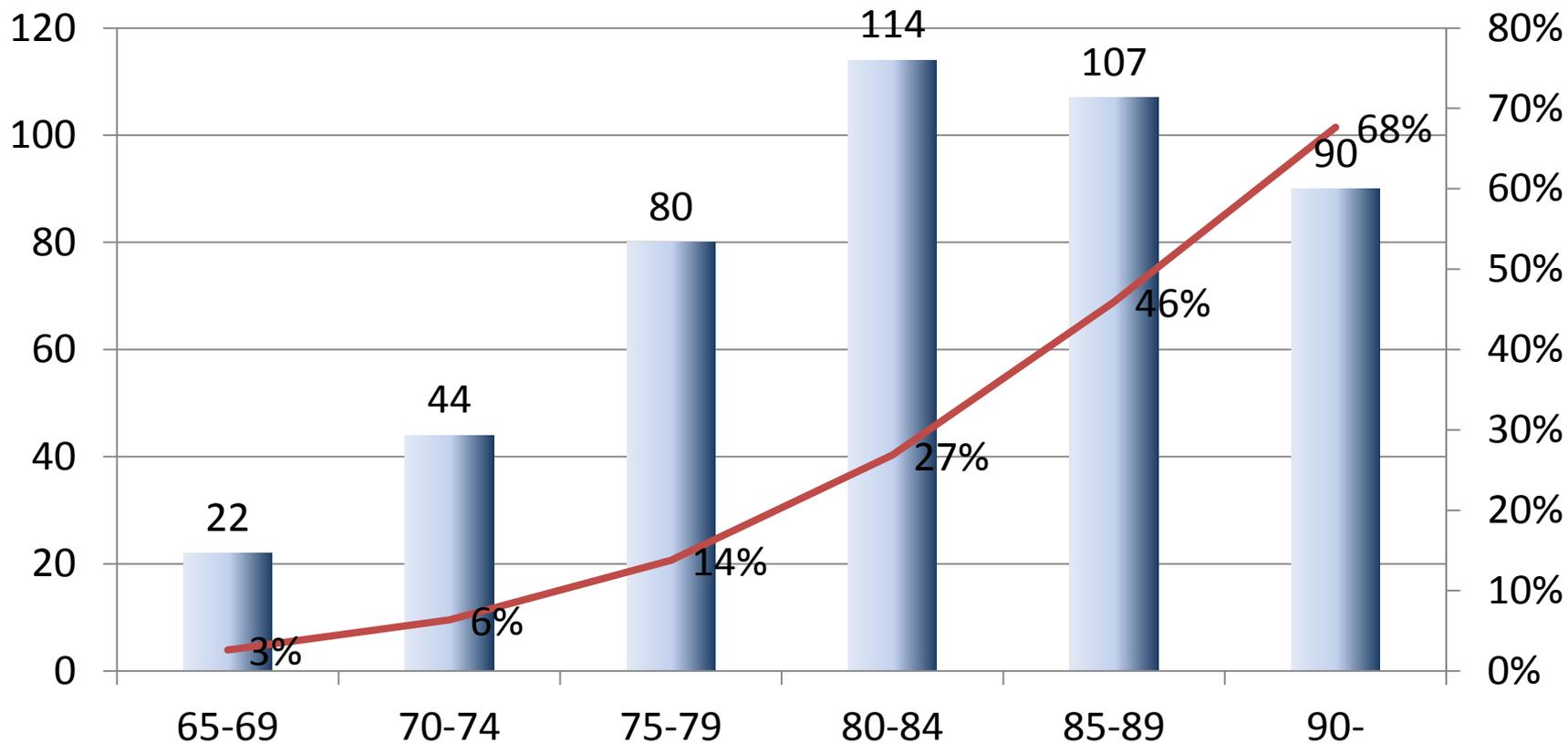
「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」より

介護保険認定者数と認定率

全国で 506万人
愛知県で 22.4万人

(万人)

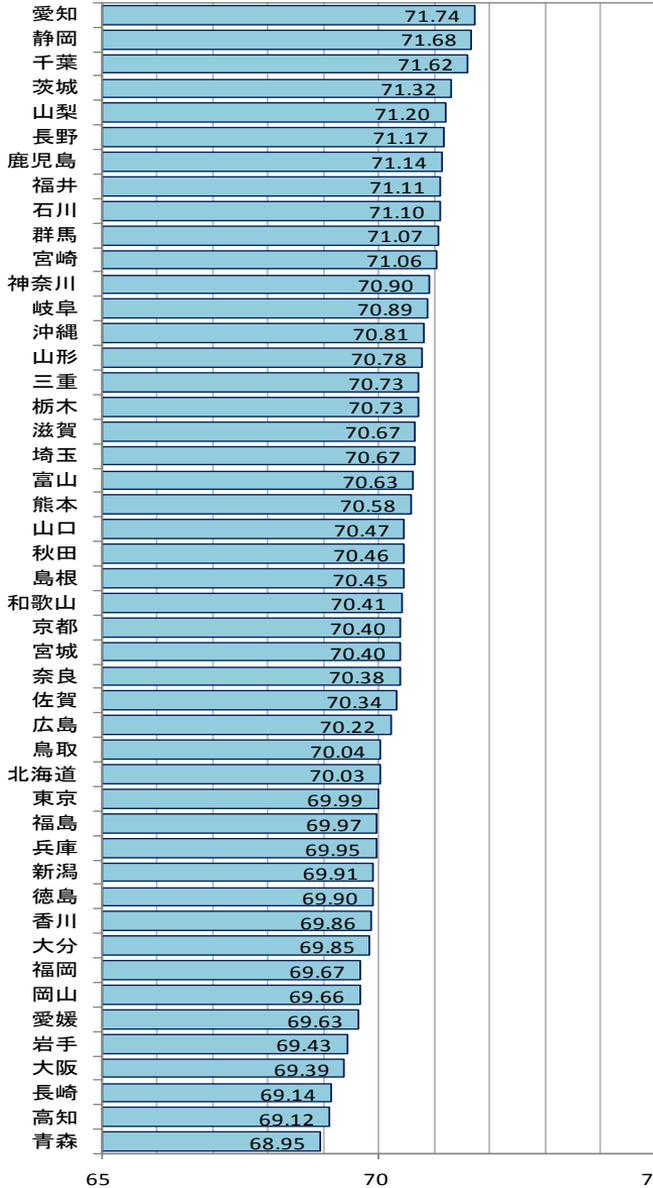
■ 認定者数 — 認定率



介護保険事業報告より

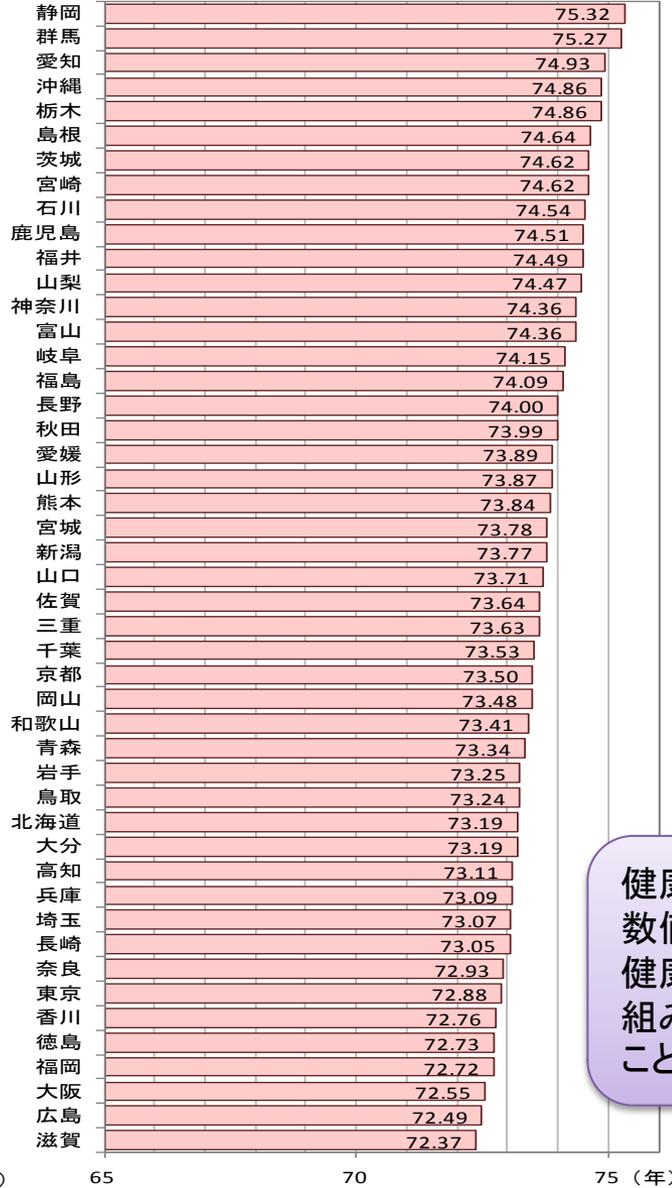
都道府県別 日常生活に制限のない期間の平均（平成22年）

男性



最長と最短の差 2.79年

女性



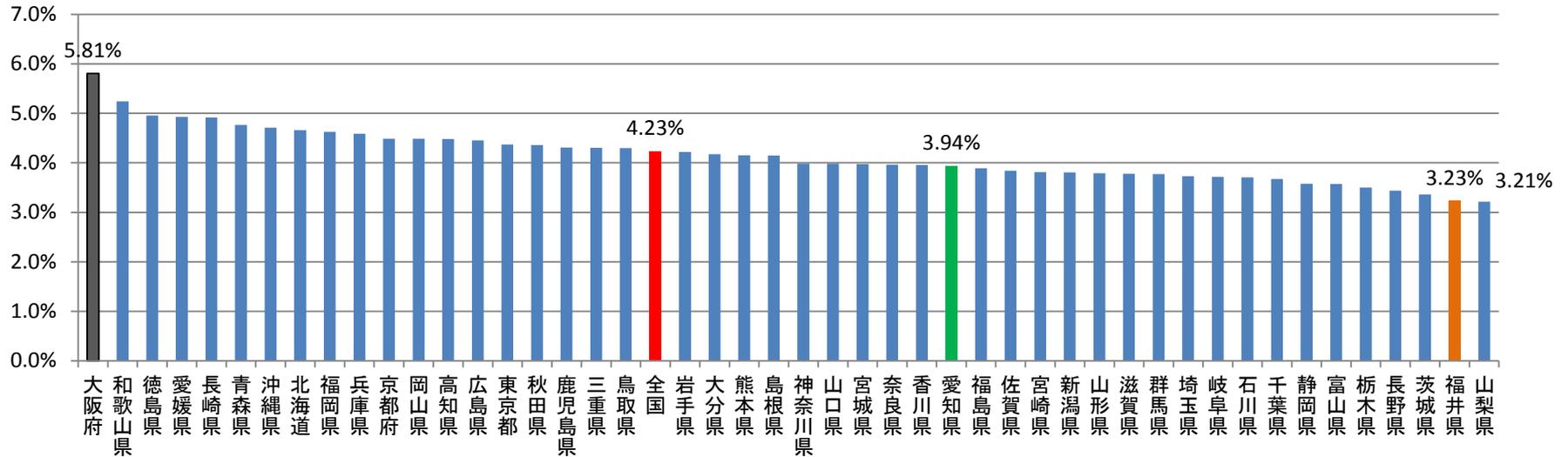
最長と最短の差 2.95年

健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として、各県において健康寿命の延伸を図るよう取り組み、都道府県格差を縮小することを目指す

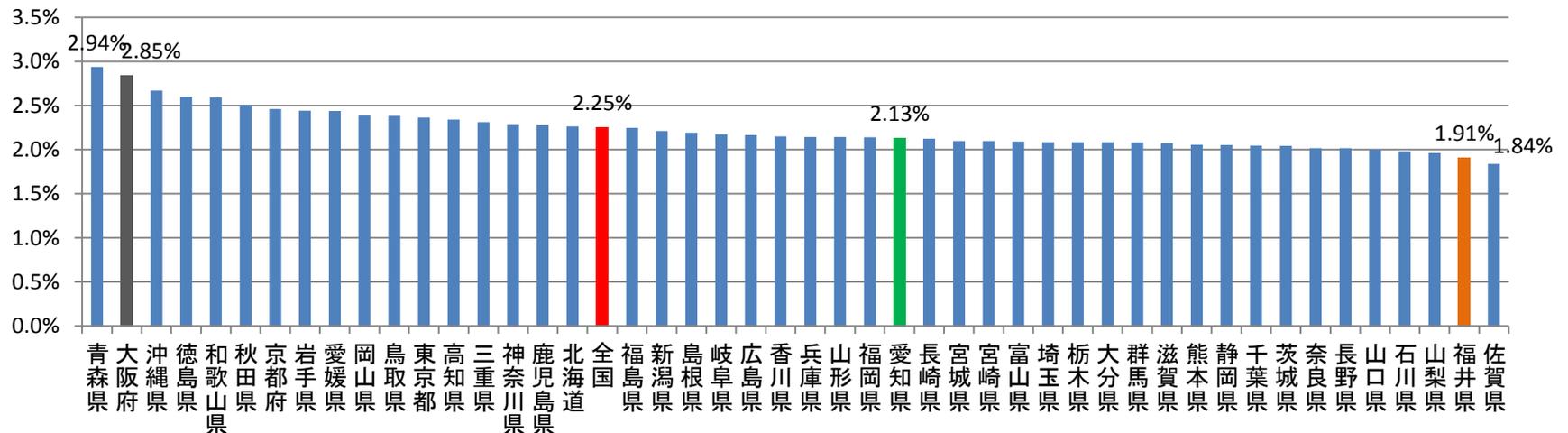
（資料：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」）

都道府県別 要介護認定率 (65歳～74歳) (平成22年度)

65～74歳の要介護認定率(要支援1～要介護5)

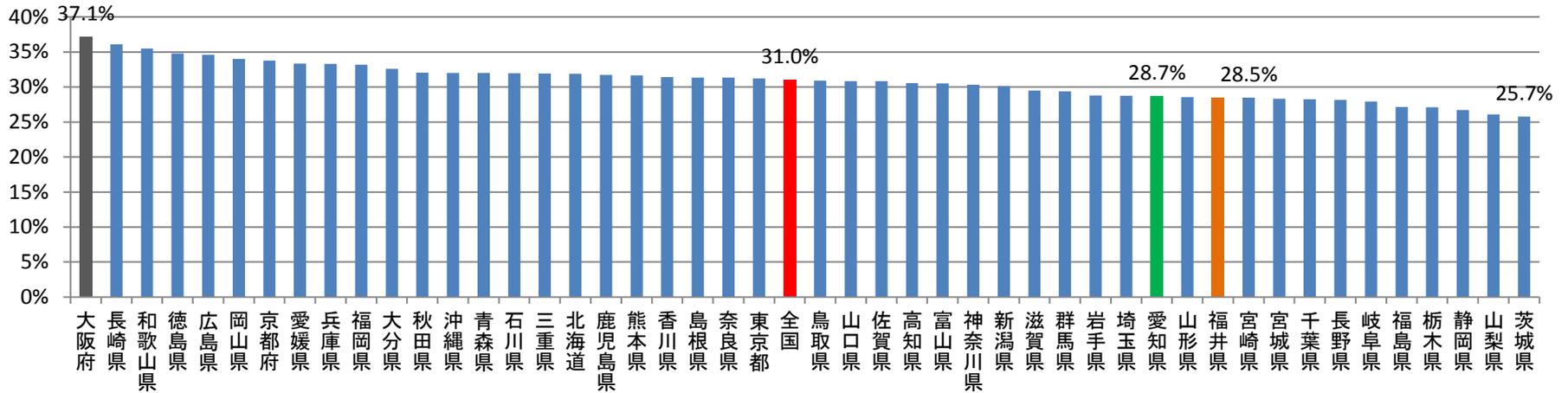


65～74歳の要介護2以上の認定率

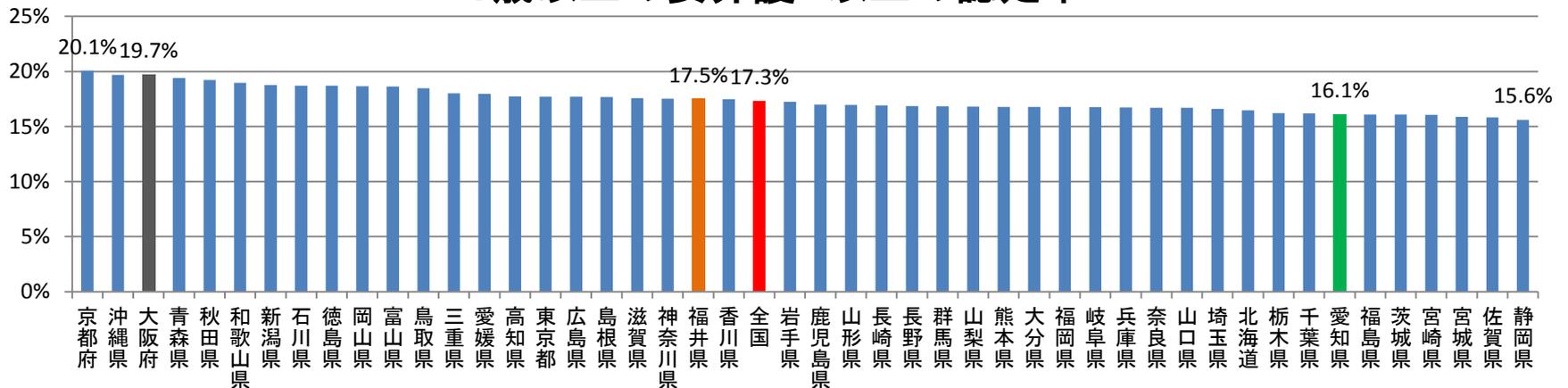


都道府県別 要介護認定率 (75歳以上) (平成22年度)

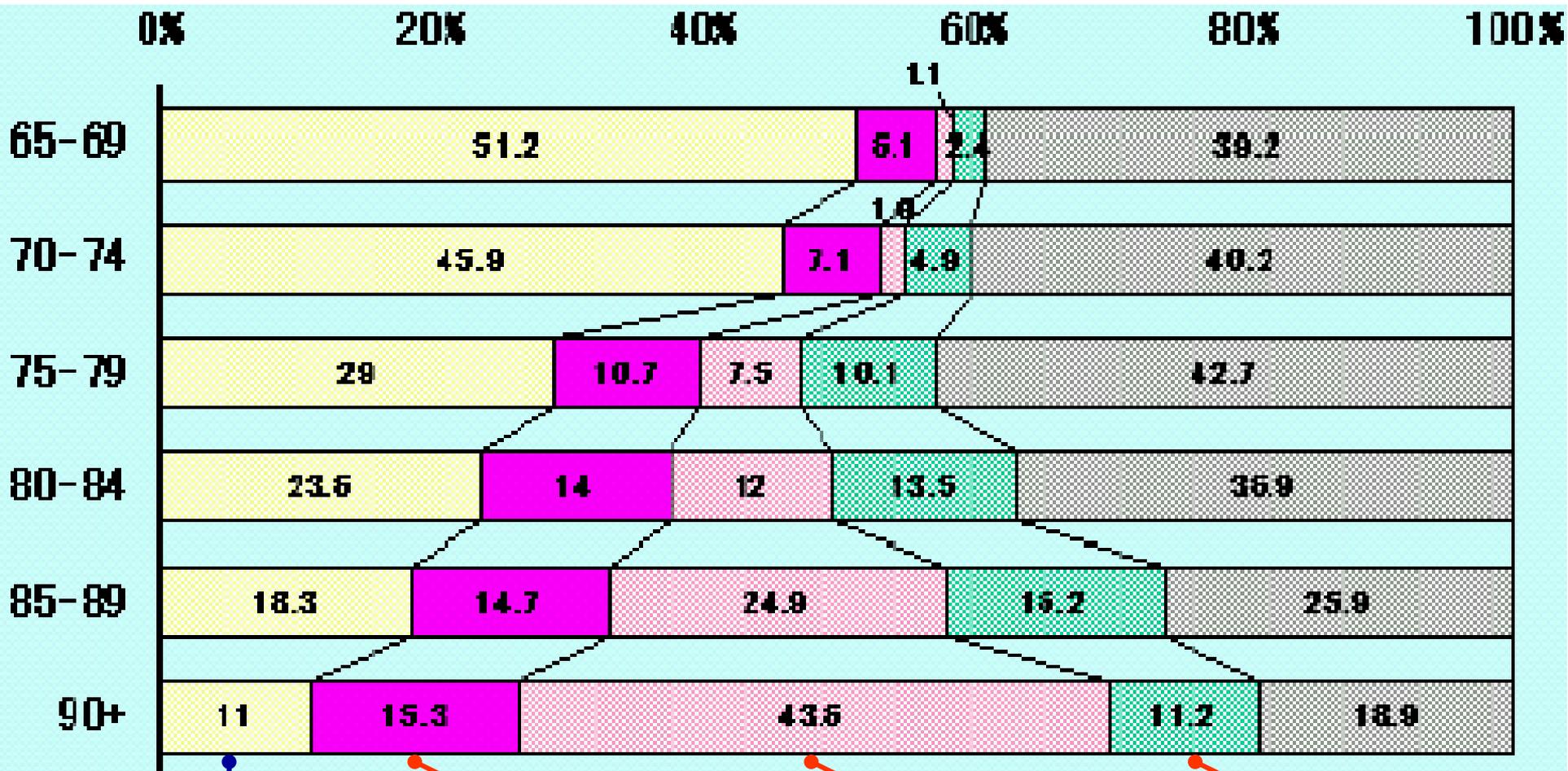
75歳以上の要介護認定率(要支援1～要介護5)



75歳以上の要介護2以上の認定率



介護が必要となった主な原因(年齢別)



脳卒中

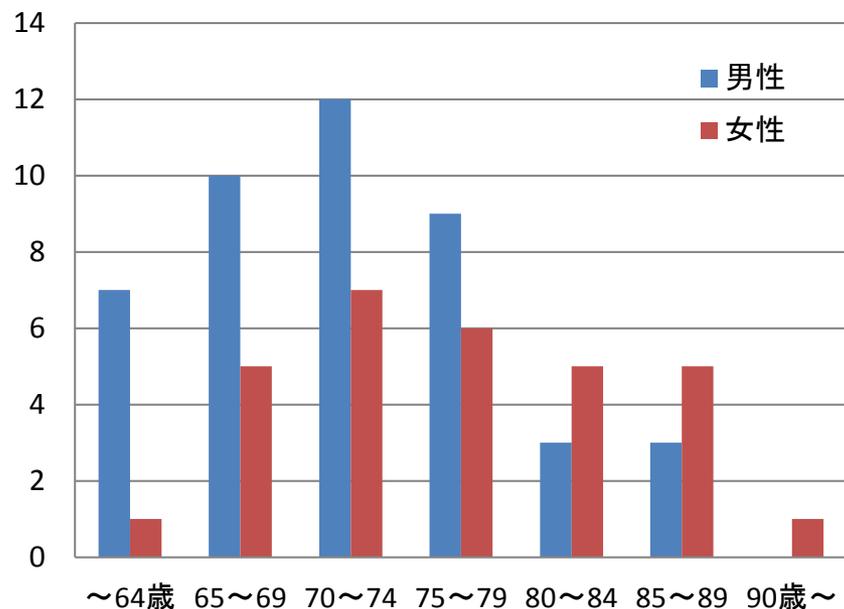
転倒・骨折

高齢による衰弱

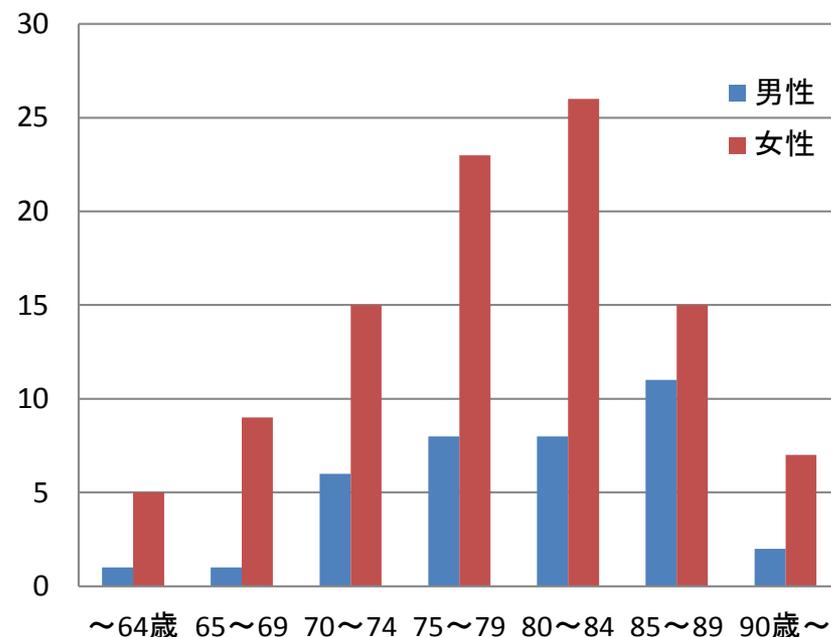
認知症

初回要介護認定 主治医意見書 「脳血管疾患」と「骨・関節系」の性別・発症年齢(人)

脳血管疾患



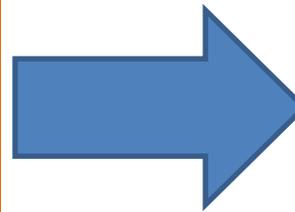
骨・関節系



脳卒中の危険因子

Lancet2010:376:112-123

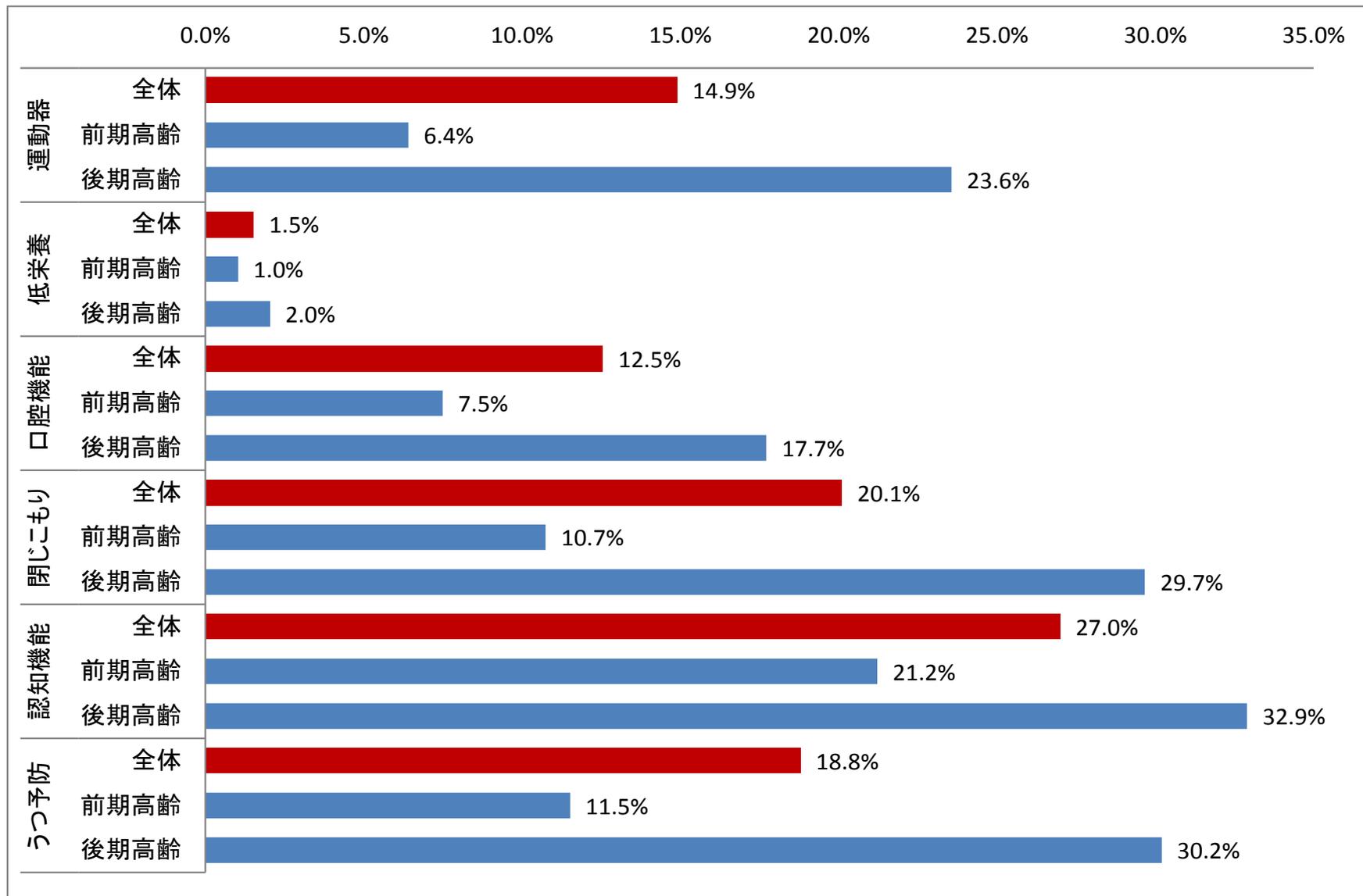
- ① 高血圧
- ② 喫煙
- ③ 内臓脂肪型肥満
- ④ 食事
- ⑤ 身体活動度
- ⑥ 脂質
- ⑦ 糖尿病
- ⑧ 飲酒
- ⑨ ストレス・うつ
- ⑩ 心疾患



人口寄与リスク
90%

生活習慣そのもの
生活習慣に起因する疾病

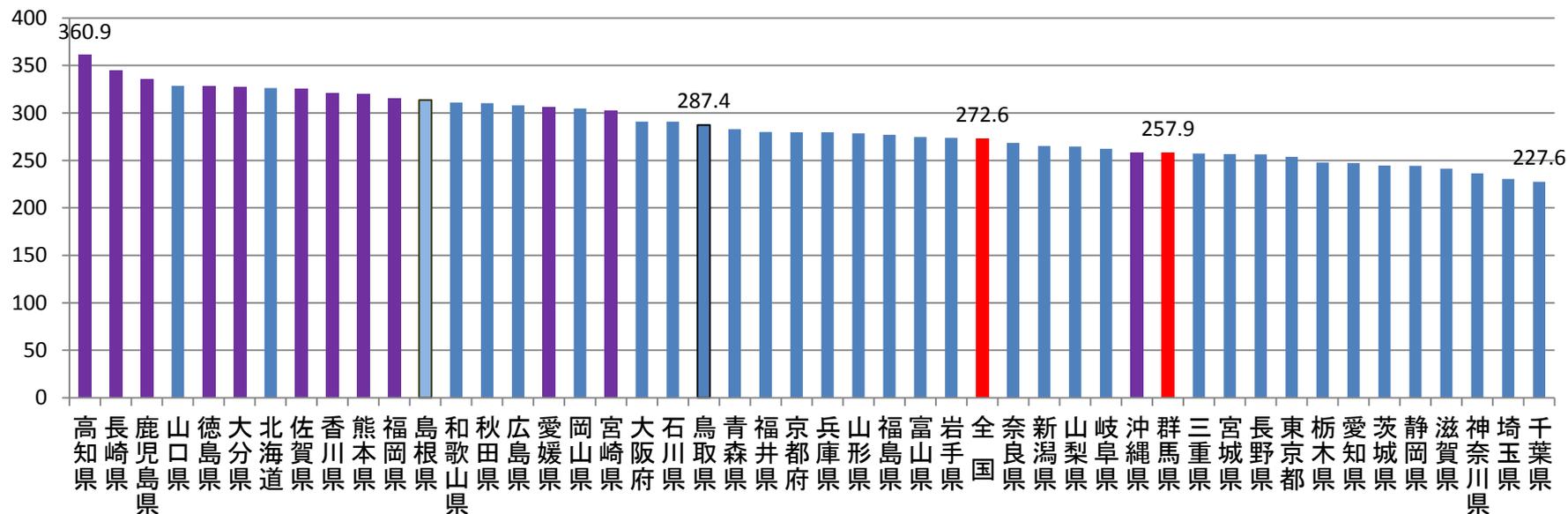
◇二次予防事業の該当率（該当者数／受診者数）



都道府県別一人当たり国民医療費

平成20年度国民医療費

(千円)

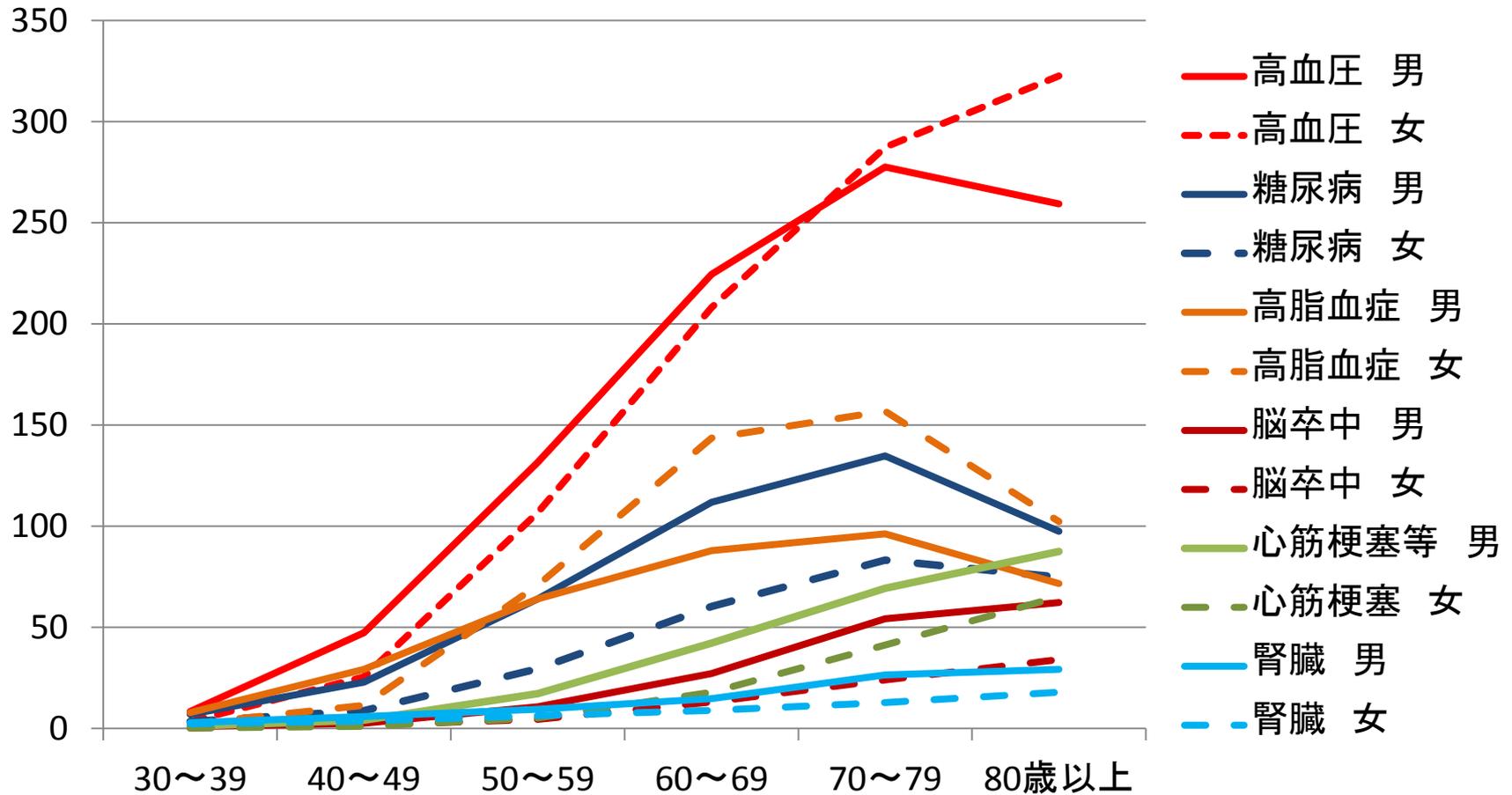


一人当たり医療費 平均 27.3万円

最大(高知)36.1万円、最小 千葉22.8万円(差13.3万)

通院中の病気(人口千人対)

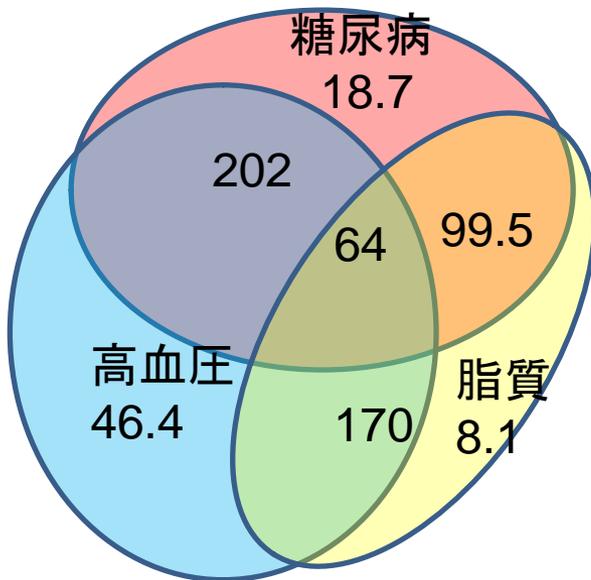
(人)



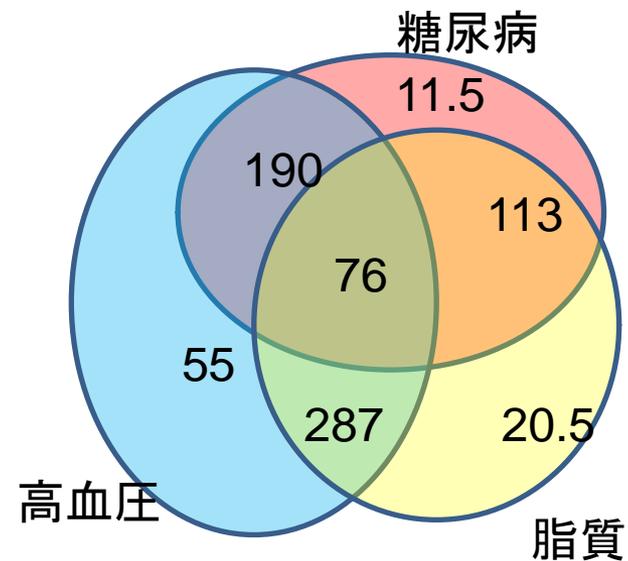
(平成22年 国民生活基礎調査)

主傷病及び副傷病でみた推計患者数（単位 千人）
 性・年齢階級×糖尿病・高血圧(症)・高脂血症との組み合わせ別
 （平成20年 患者調査より作図）

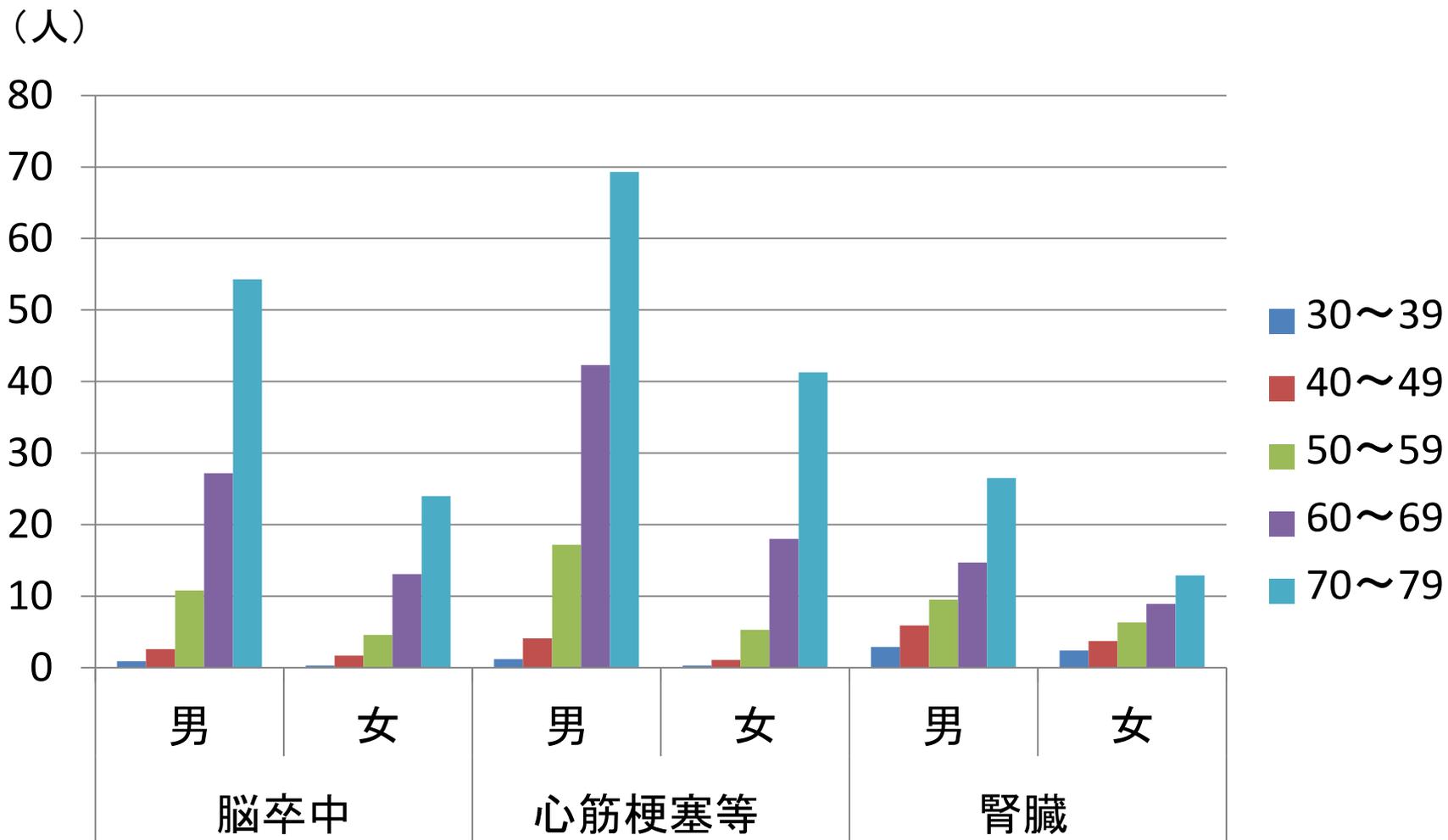
男性



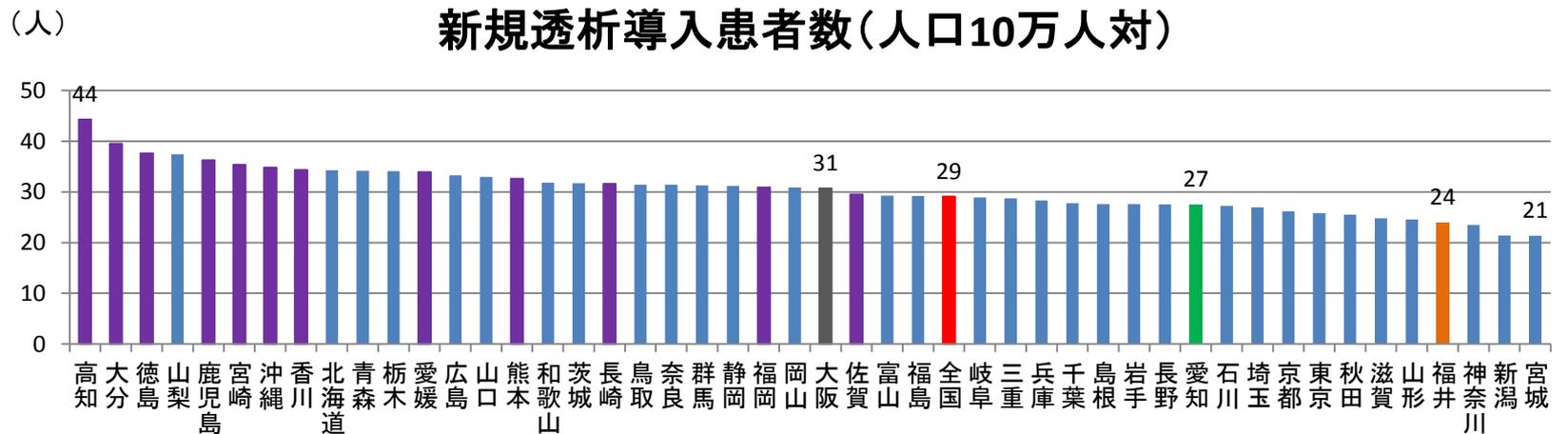
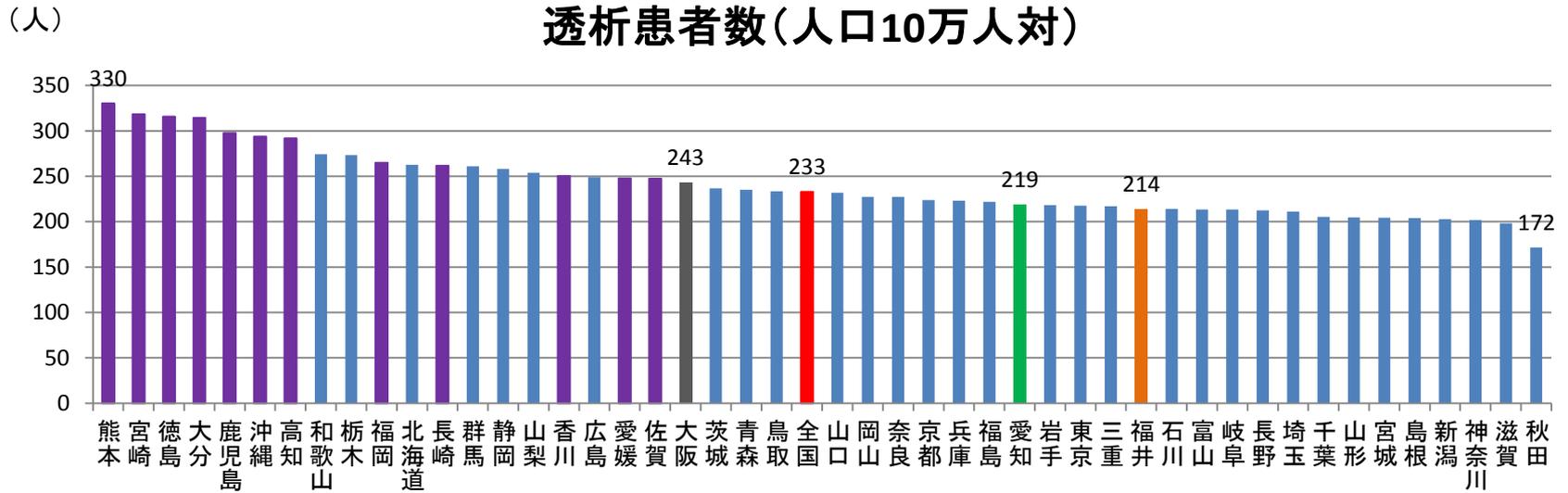
女性



通院中の病気(人口千人対)

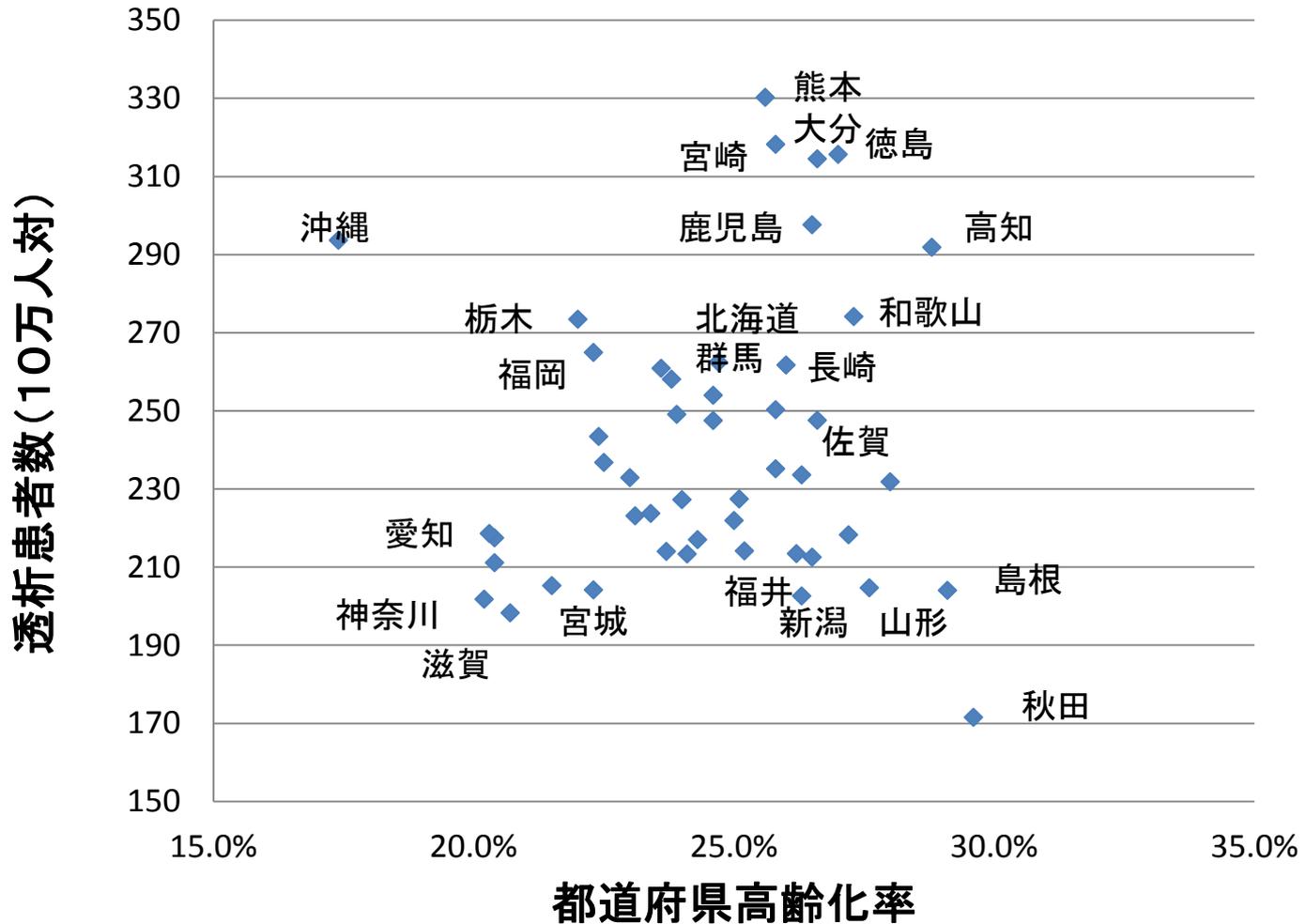


透析の状況(2010年)



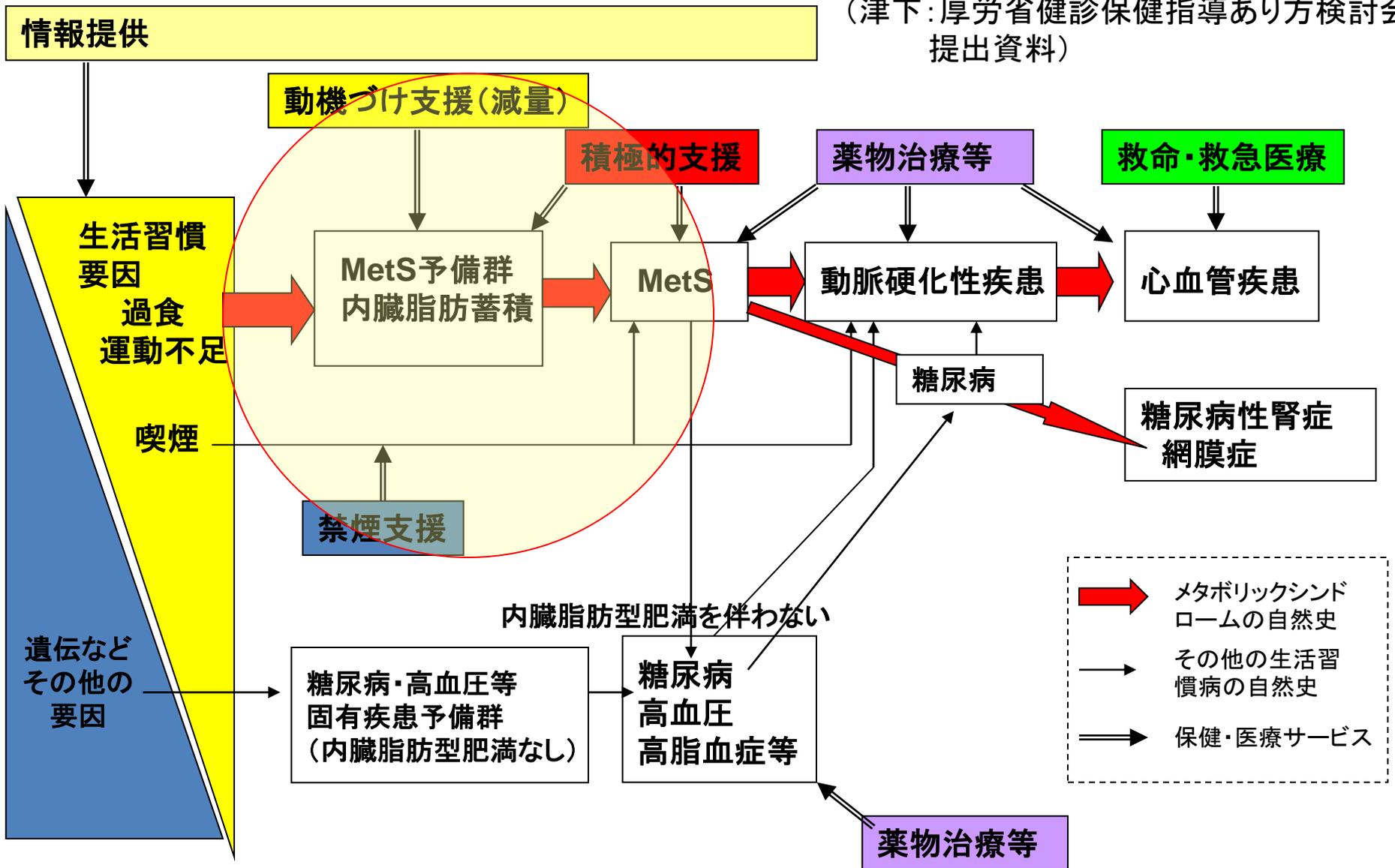
日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の実況(2010年12月)、健康日本21(第二次)、人口動態統計より

高齢化率と透析患者数の関連



生活習慣病の自然史と保健・医療サービス

(津下:厚労省健診保健指導あり方検討会
提出資料)



	これまでの 健診・保健指導		これからの健診保健指導
健診と 保健指導	健診に付加した保健指導	⇒	(MetS予防のための) 保健指導対象者を抽出するための健診
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		MetSに着目した早期介入・行動変容
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣の情報提供		自己選択と行動変容
保健指導の対象者	「要指導」のうち、保健事業に参加したもの		必要度に応じ階層化された保健指導
方法	一時点の健診結果に基づく、画一的な指導		健診結果の経年変化や将来予測も踏まえた保健指導 集団の健康課題の分析 ライフスタイルを考慮
評価	実施回数・参加人数		介入の効果、糖尿病患者・予備群の減少

- **特定健診、特定保健指導の戦略**

実施主体の明確化、法制度化

既存のインフラ（健診、マンパワー）活用

健診項目の標準化、集約可能なデータ構造

保健指導内容の標準化（標準的なプログラム）

対象者志向のプログラム

研修プログラムの標準化

評価システムの構築

特定健康診査・特定保健指導の概要

基本的な考え方

- メタボリックシンドロームに着目した健診及び保健指導を医療保険者の義務とすることにより、生活習慣病の予防及び医療費の適正化を目指す。

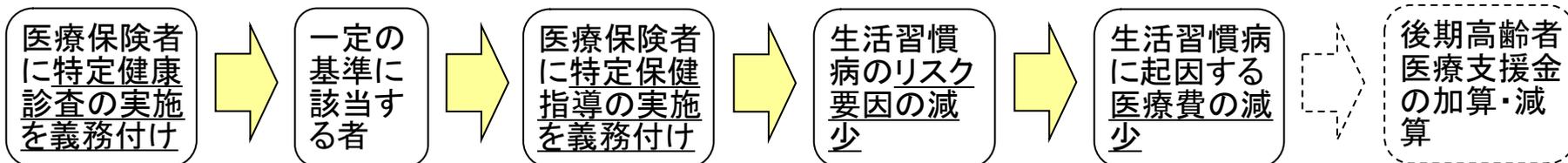
主な内容

- 医療保険者は、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対して特定健診を実施。
- 健診の結果、一定の基準に当てはまる者に対して特定保健指導を実施。

【一定の基準】

腹囲が基準以上(男性85cm、女性90cm)でかつ、血糖・血圧・脂質の検査値が基準に当てはまる者

注)リスクの程度によって指導内容が変化(喫煙者は一部の指導レベルが上昇する)



特定健康診査

対象者	<p>実施年度中に40-75歳に達する加入者(被保険者・被扶養者) 実施年度を通じて加入している(年度途中に加入・脱退がない)者 除外規定(妊産婦・刑務所服役中・長期入院・海外在住等)に該当しない者</p> <p>※年度途中に75歳に達する加入者は、75歳に到達するまでの間が対象</p>
基本的な 健診の 項目	<ul style="list-style-type: none">○ 質問票(服薬歴、喫煙歴 等)○ 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)○ 理学的検査(身体診察)○ 血圧測定○ 血液検査<ul style="list-style-type: none">・ 脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)・ 血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c) 注)摂食時はHbA1c・ 肝機能検査(AST、ALT、γ-GT)○ 検尿(尿糖、尿蛋白)
詳細な 健診の 項目	<ul style="list-style-type: none">○ 心電図検査○ 眼底検査○ 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値) <p>注)一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施</p>



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 (NGSP)の場合5.6% 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
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当			あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当					
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当			あり なし	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当					
	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。

特定健診・特定保健指導の実施状況

特定健診・特定保健指導の実施状況について、保険者から社会保険 診療報酬支払基金への申告値をとりまとめたもの。

●特定健康診査の実施率

	対象者数	受診者数	特定健康診査実施率
22年度確報値	52,192,070	22,546,778	43.2%
21年度確報値	52,211,735	21,588,883	41.3%
20年度確報値	51,919,920	20,192,502	38.9%

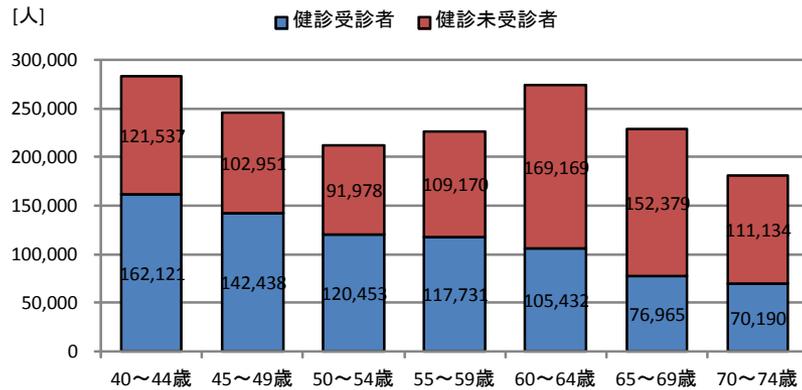
●特定保健指導の対象者の割合及び特定保健指導実施率

	特定保健指導	人数	対象者割合・実施率
22年度確報値	対象者	4,125,690	18.3%
	終了者	540,942	13.1%
21年度確報値	対象者	4,086,952	18.9%
	終了者	503,712	12.3%
20年度確報値	対象者	4,010,717	19.9%
	終了者	308,222	7.7%

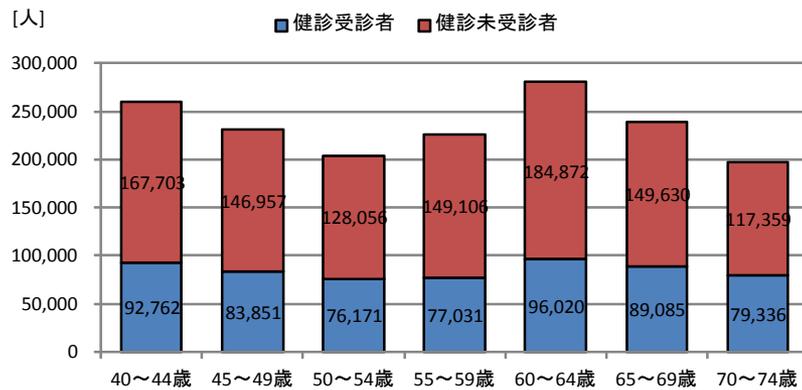
特定健診データを活用した地域の見える化

2010年度			
愛知県	40～74歳	329万人中	139万人のデータ (捕捉率42.2%)
全国	40～74歳	5,873万人中	2,245万人のデータ (捕捉率38.2%)

男性の健診受診者数(愛知県) 795,577人

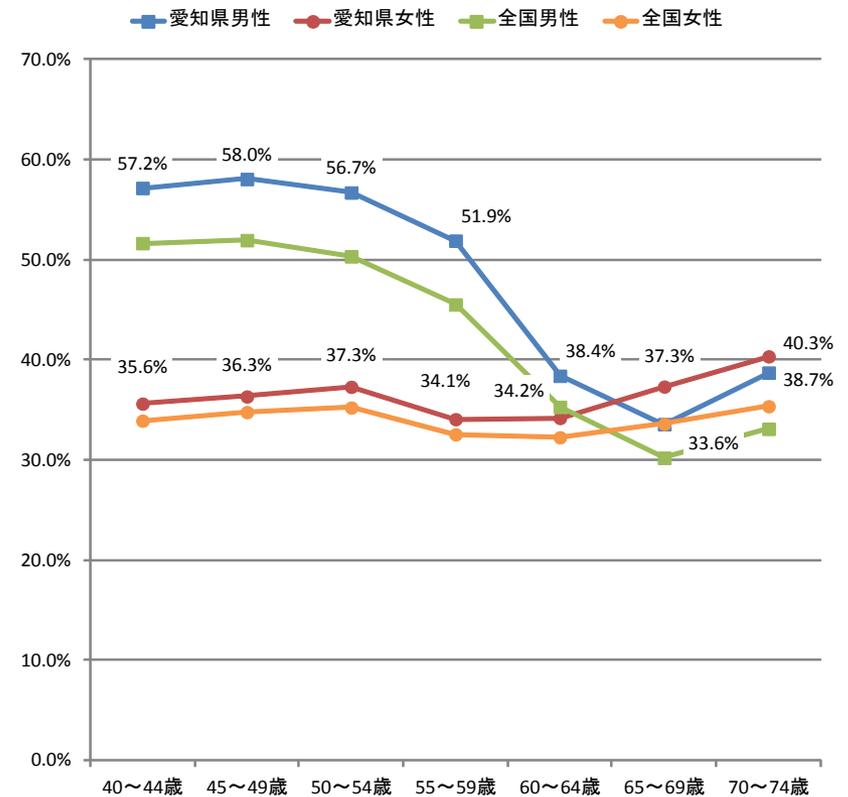


女性の健診受診者数(愛知県) 594,451人



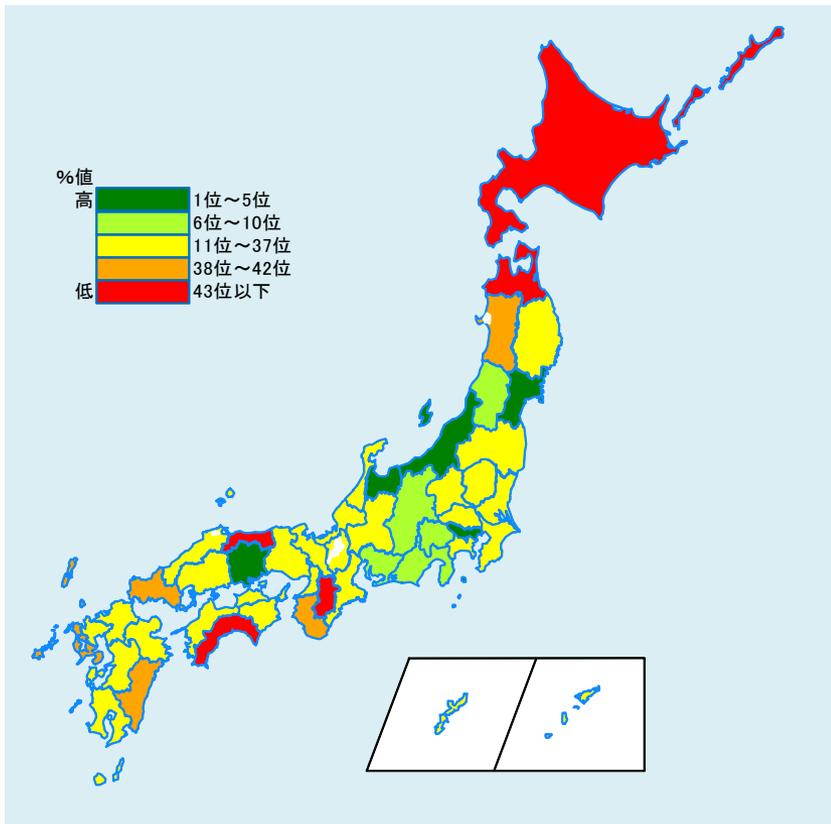
愛知県、全国の捕捉率(健診受診率)

愛知県男性 48.1% 愛知県女性 36.3% 全国男性 42.8% 全国女性 33.8%

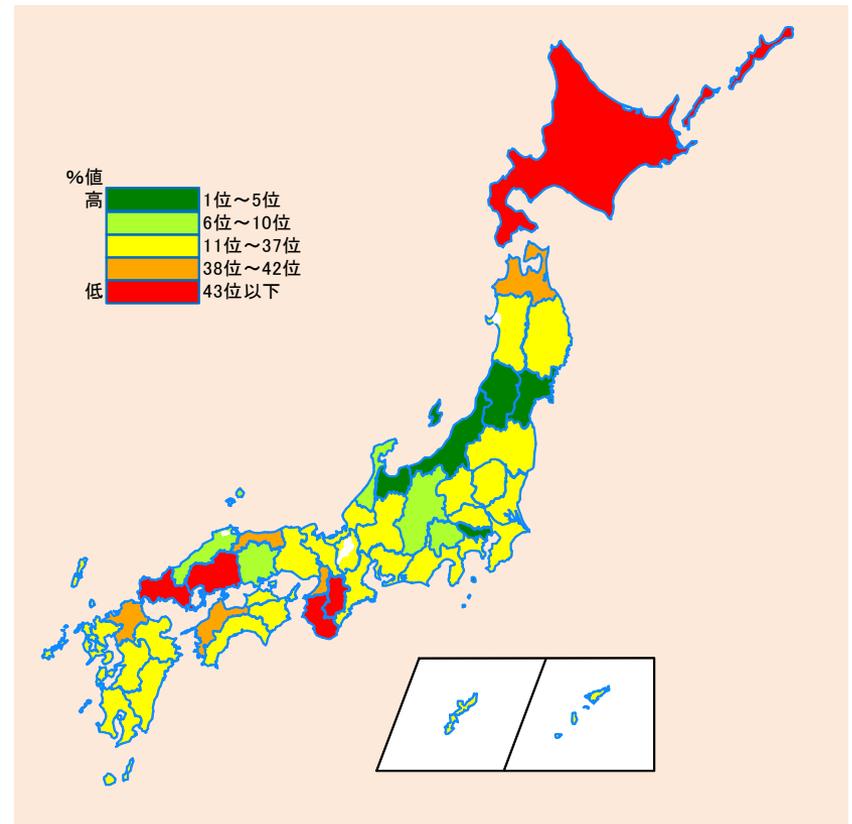


特定健診受診率 (男女別年齢調整済み) 2010年

男性



女性

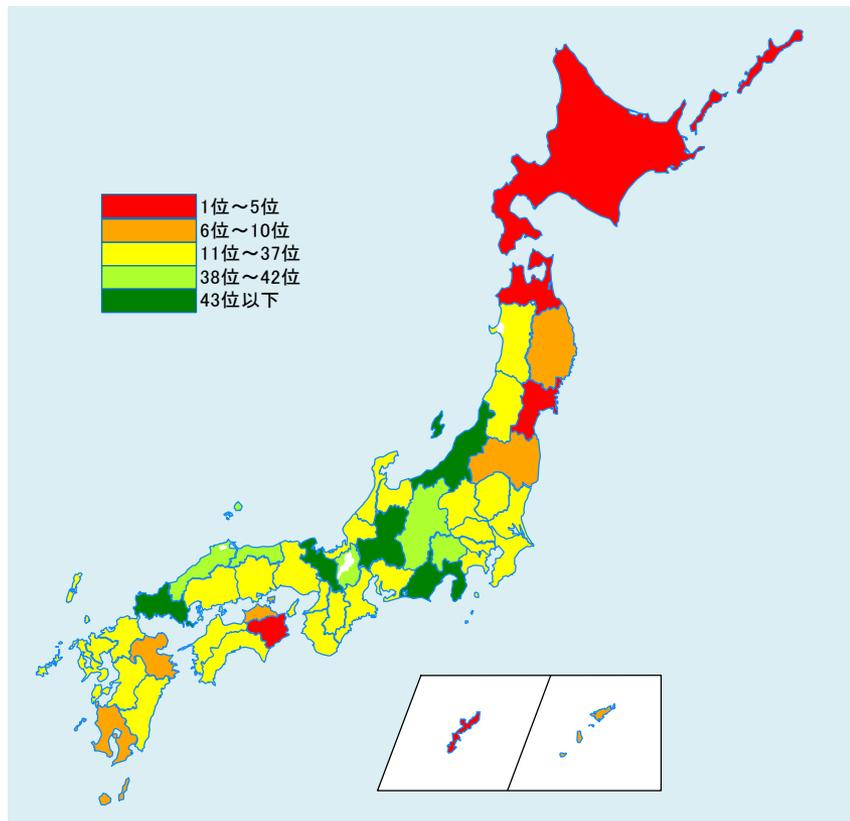


厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施結果に関するデータ」の各階級受診者数と平成22年国勢調査 都道府県別 性・年齢階級別人口を用いて、年齢調整受診率を算出。

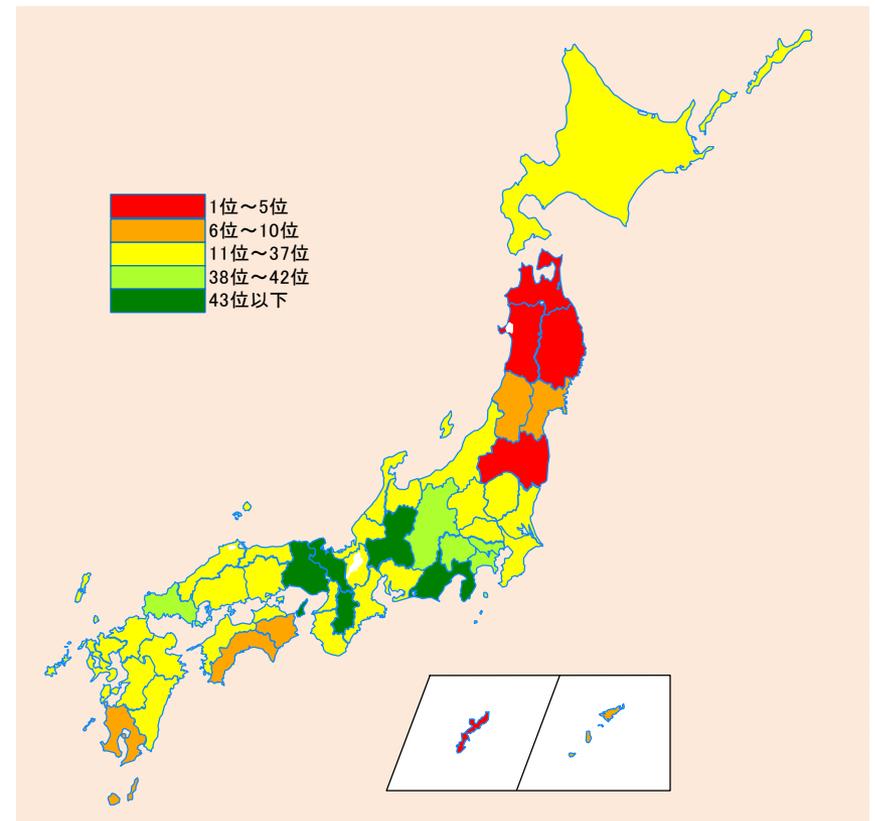
肥満者（BMI25以上）の割合

（男女別年齢階級調整済み） 2010年

男性



女性

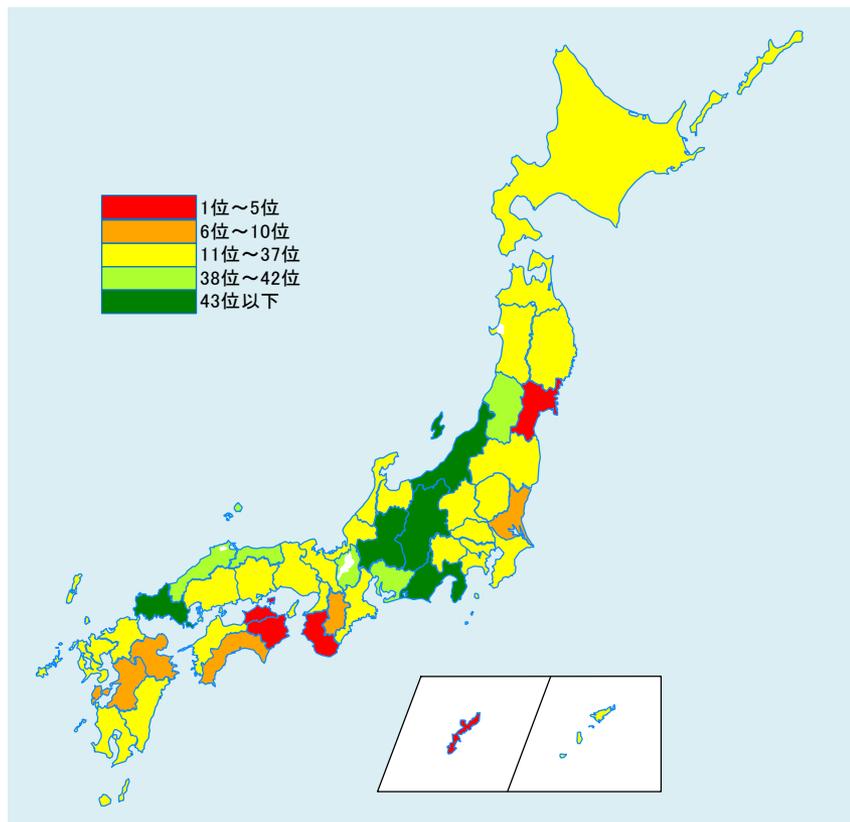


（特定健診2010年暫定データによる）

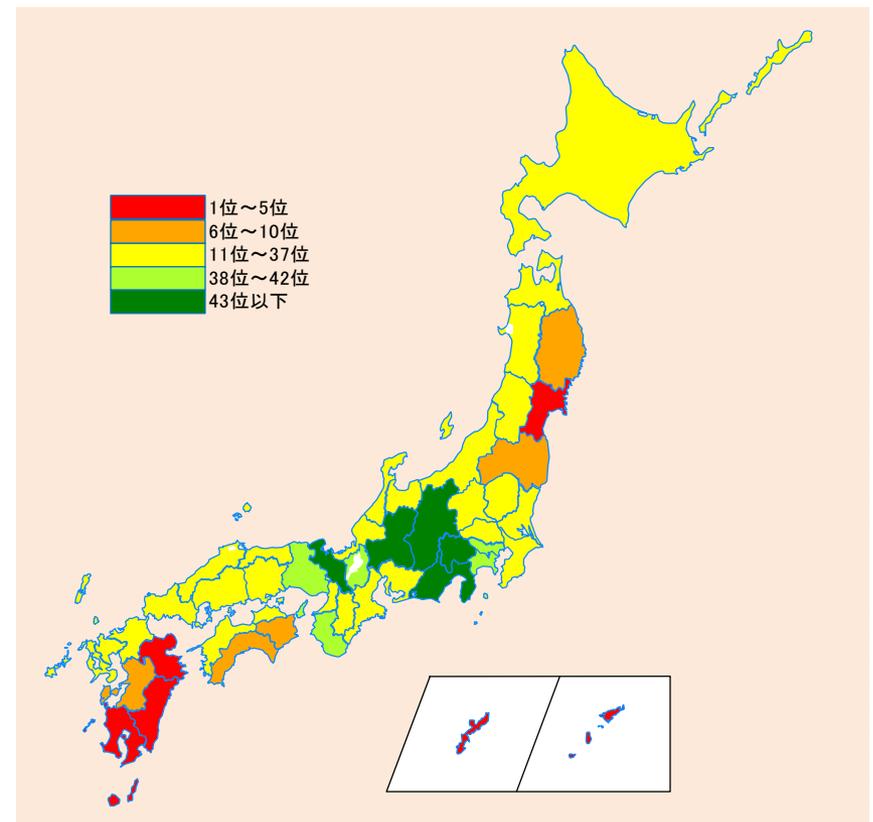
腹囲が基準値以上の割合

(男女別年齢調整済み) 2010年

男性



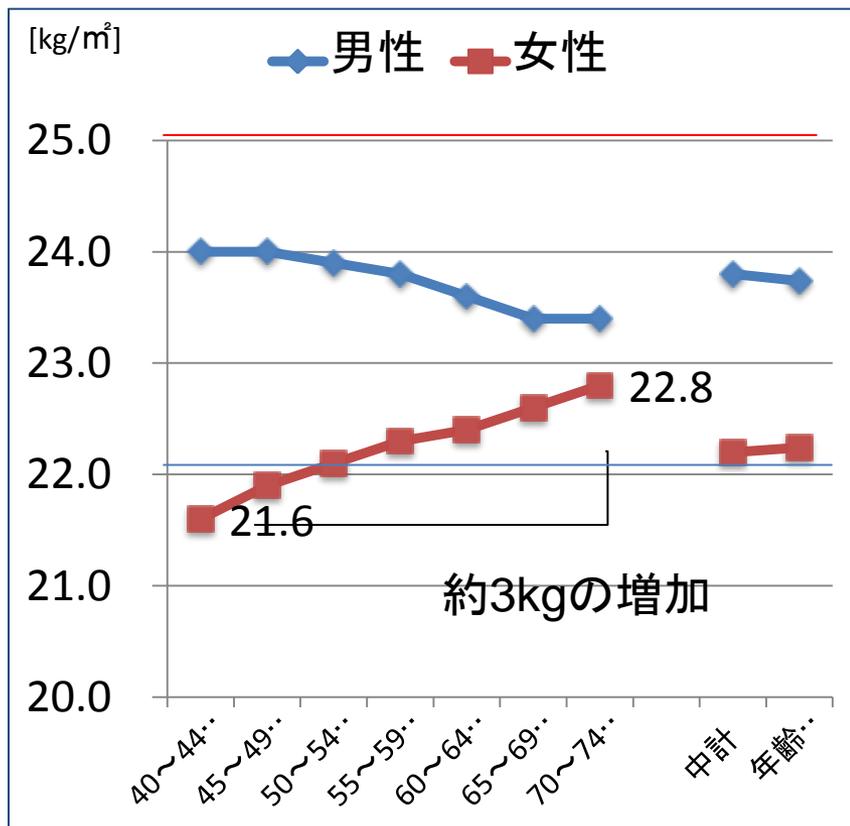
女性



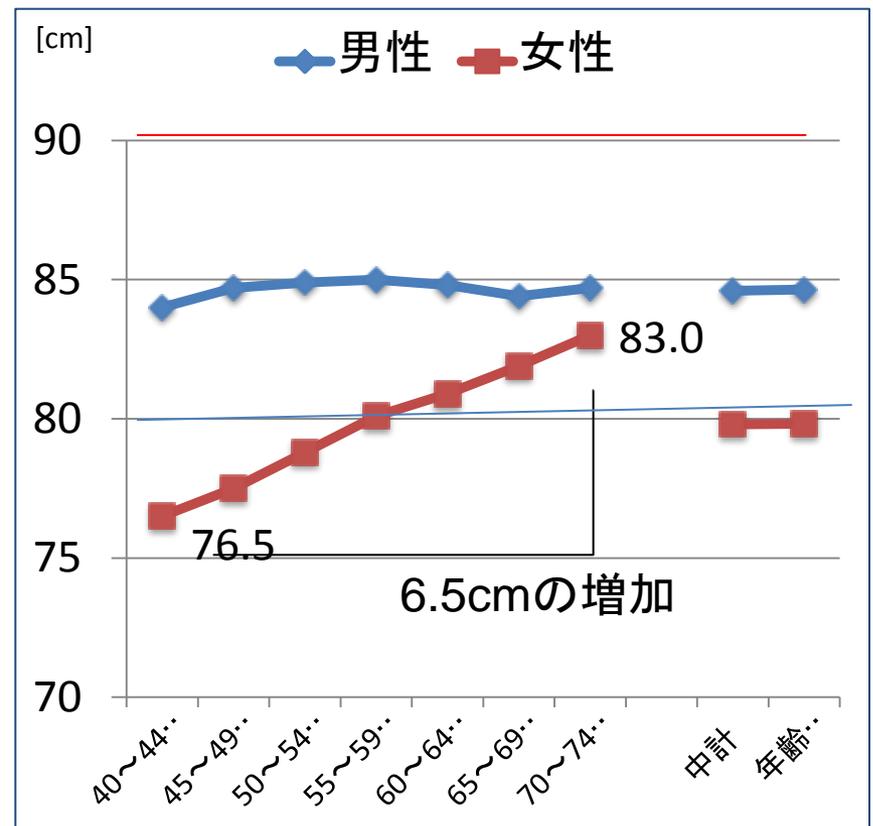
女性は40歳代から徐々に体重が増える傾向

BMI 21.6 (身長160cmの場合 55.3kg) → BMI 22.8 (58.4kg): 約3kgの増加

BMI



腹囲



【特定健診受診者(女性)】

基礎代謝量の計算

国立健康・栄養研究所の式 (Ganpule et al., 2007)

$$((0.1238 + (0.0481 \times \text{体重kg}) + (0.0234 \times \text{身長cm}) - (0.0138 \times \text{年齢}) - \text{性別} * 1)) \times 1000 / 4.186$$

注) *1; 男性=0.5473 × 1、女性=0.5473 × 2

国民健康栄養調査による女性の体格: 40-49歳 女性 身長 157.8cm 体重 54.7kg

身長 158cm 体重55kgの女性の基礎代謝量の変化

	基礎代謝量	
20歳	1,217 kcal	} 33kcal
30歳	1,184 kcal	
40歳	1,151 kcal	} 33kcal
50歳	1,118 kcal	
60歳	1,085 kcal	} 33kcal

基礎代謝は 10歳若い時より
1日当たり 33kcal 少ない
年間では 12,045kcal 少ない
=年間 1.7 kg分に相当



15分ぐらい歩行時間を増やす
食事で 33kcal 分 調整する

収縮期血圧の状況(2010年度)

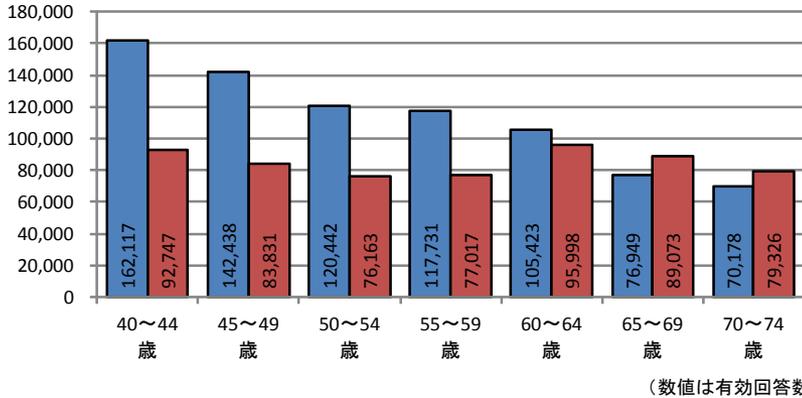
愛知県の有効回答数

男性計: 795,577人

女性計: 594,350人

総計: 1,389,927人

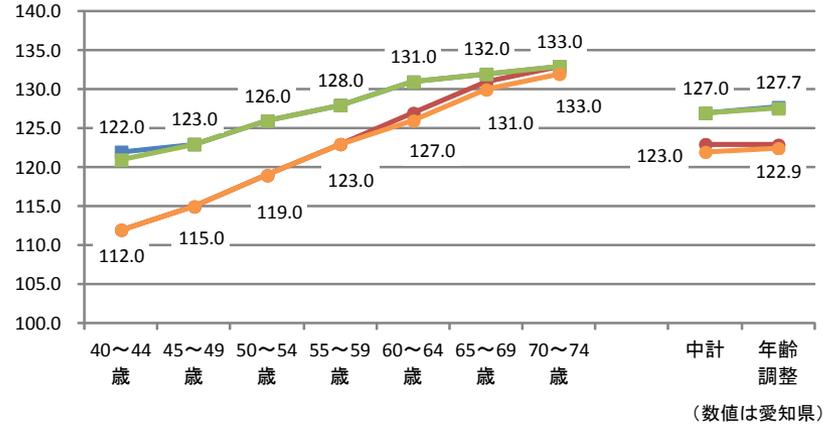
■ 男性 ■ 女性



年齢階級別 平均値

[mmHg]

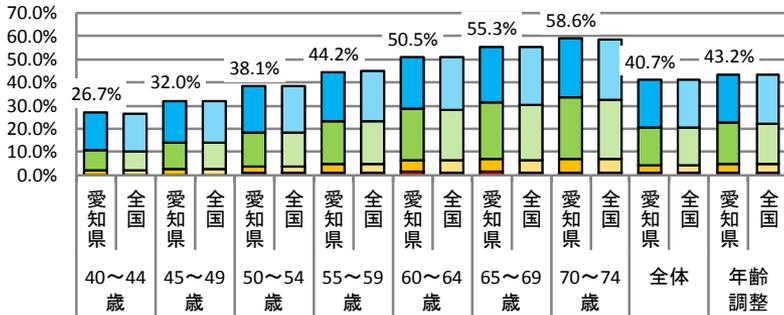
■ 愛知県男性 ■ 愛知県女性 ■ 全国男性 ■ 全国女性



収縮期血圧の区分別割合

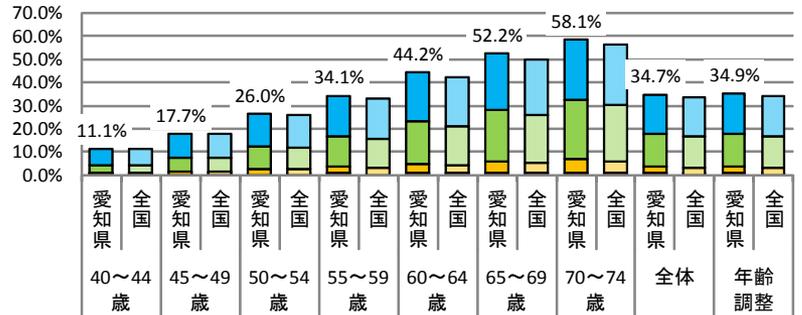
<男性>

■ 愛知県180以上 ■ 愛知県160以上180未満 ■ 愛知県140以上160未満
 ■ 愛知県130以上140未満 ■ 全国180以上 ■ 全国160以上180未満
 ■ 全国140以上160未満 ■ 全国130以上140未満



<女性>

■ 愛知県180以上 ■ 愛知県160以上180未満 ■ 愛知県140以上160未満
 ■ 愛知県130以上140未満 ■ 全国180以上 ■ 全国160以上180未満
 ■ 全国140以上160未満 ■ 全国130以上140未満



空腹時血糖の状況(2010年度)

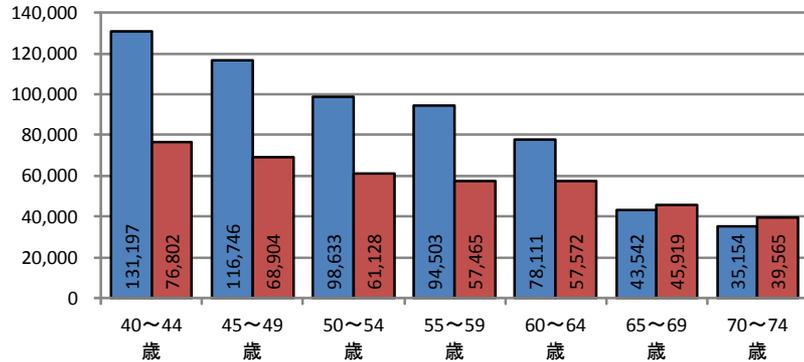
愛知県の有効回答数

男性計: 598,053人

女性計: 407,480人

総計: 1,005,534人

■ 男性 ■ 女性

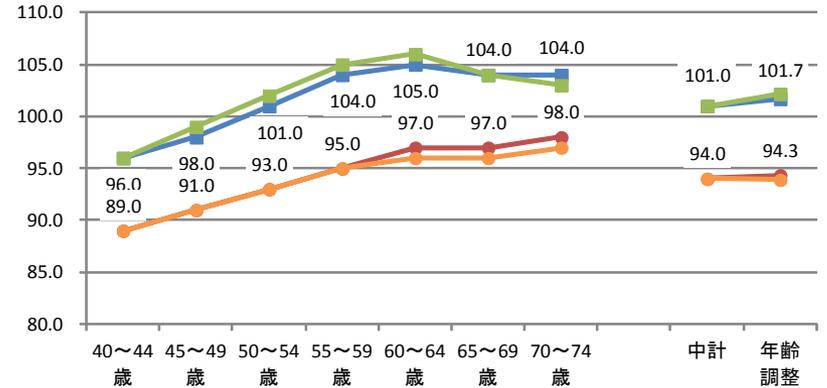


(数値は有効回答数)

年齢階級別 平均値

[mg/dl]

■ 愛知県男性 ■ 愛知県女性 ■ 全国男性 ■ 全国女性

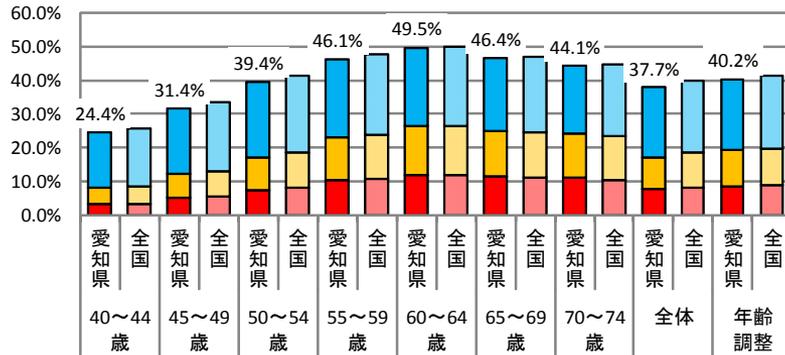


(数値は愛知県)

空腹時血糖の区別割合

<男性>

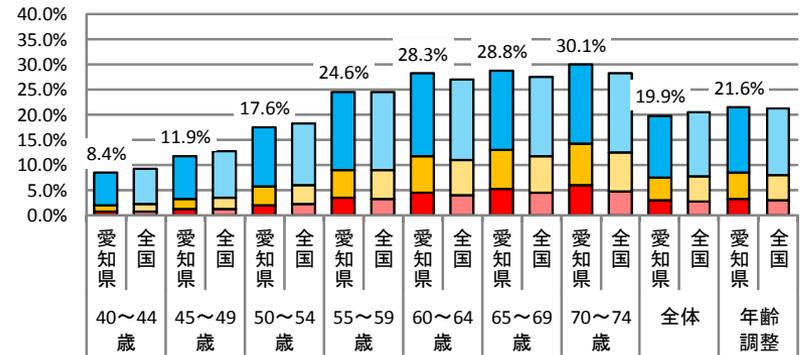
■ 愛知県126以上 ■ 愛知県110以上126未満 ■ 愛知県100以上110未満
 ■ 全国126以上 ■ 全国110以上126未満 ■ 全国100以上110未満



(数値は愛知県)

<女性>

■ 愛知県126以上 ■ 愛知県110以上126未満 ■ 愛知県100以上110未満
 ■ 全国126以上 ■ 全国110以上126未満 ■ 全国100以上110未満

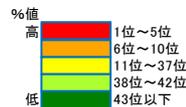
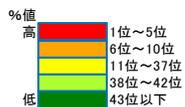


(数値は愛知県)

男性 高血糖(126mg/dl以上)

空腹時血糖[126以上],2010,男性,40~44歳

空腹時血糖[126以上],2010,男性,50~54歳

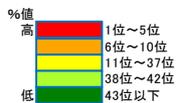


40-44歳

50-54歳

空腹時血糖[126以上],2010,男性,60~64歳

空腹時血糖[126以上],2010,男性,70~74歳

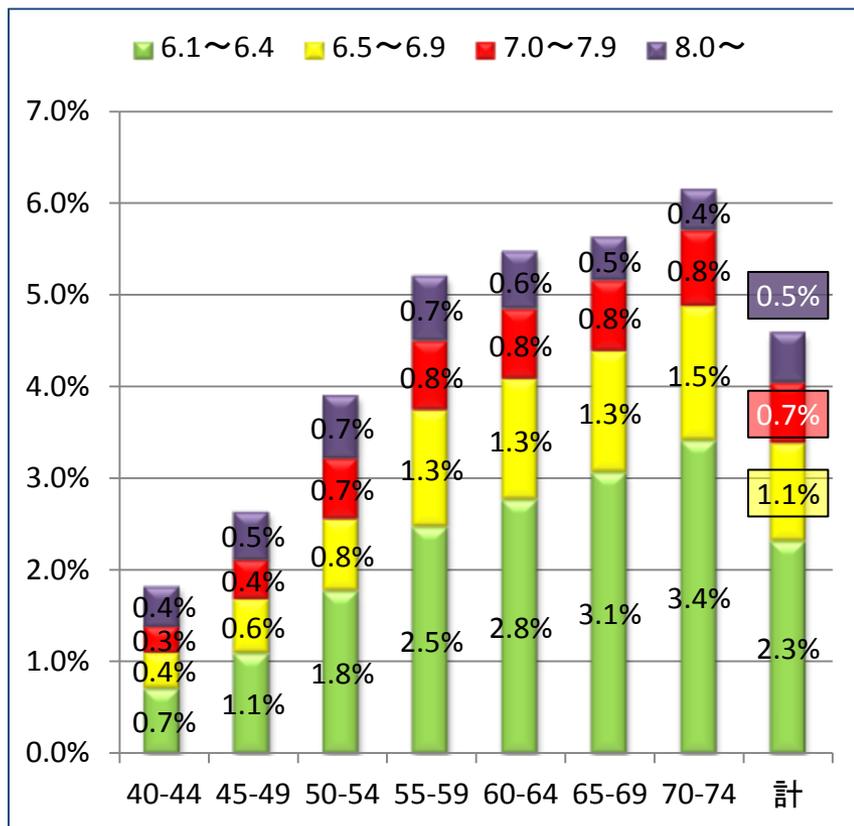


60-64歳

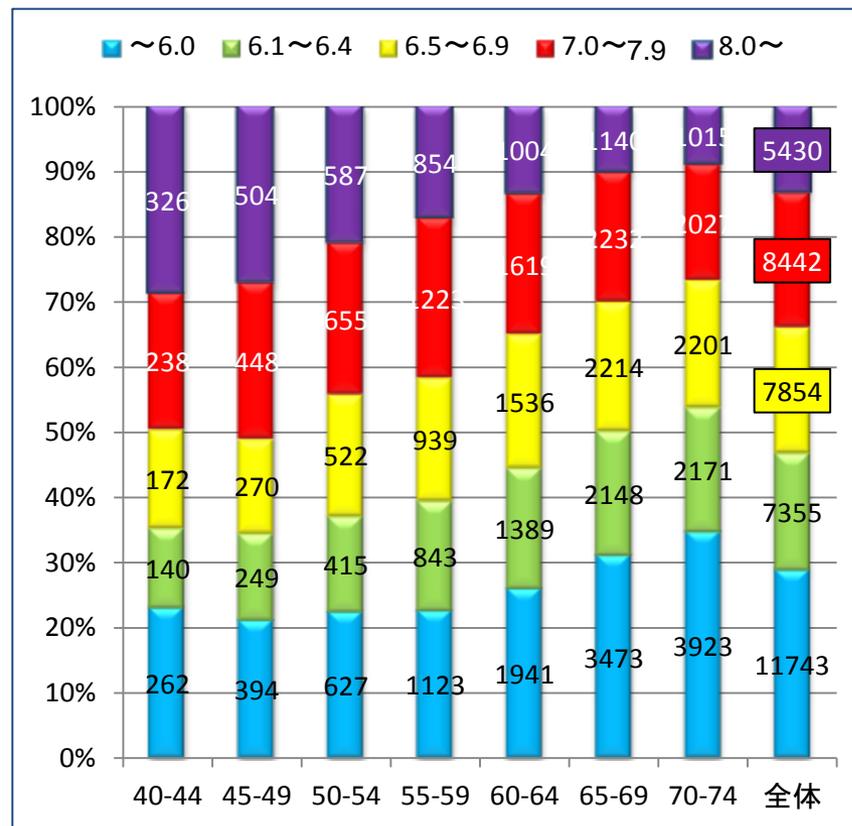
70-74歳

糖尿病治療の有無別HbA1c(JDS)の状況

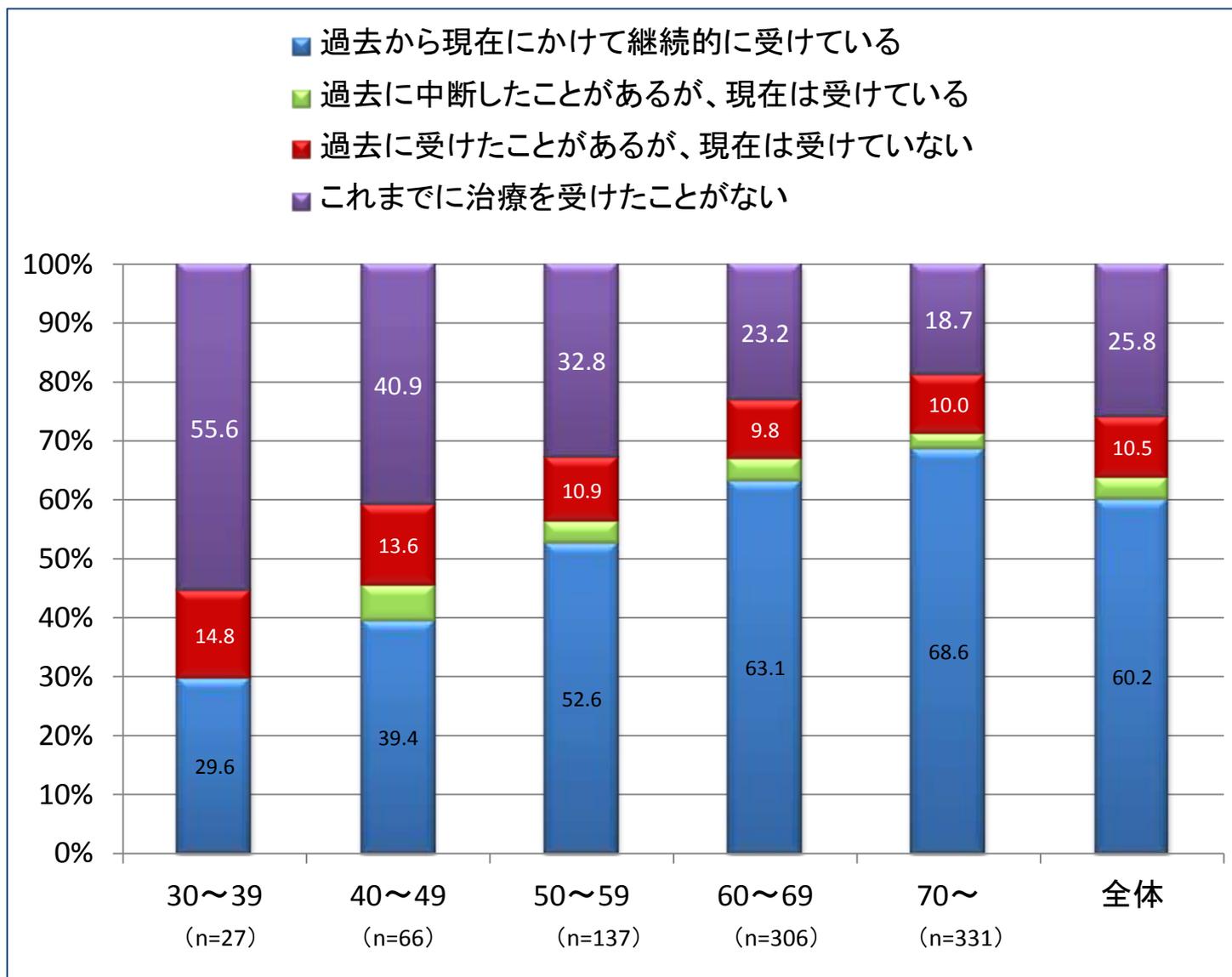
糖尿病の薬物治療を行っていない人のHbA1c



糖尿病の薬物治療を行っている人のHbA1c



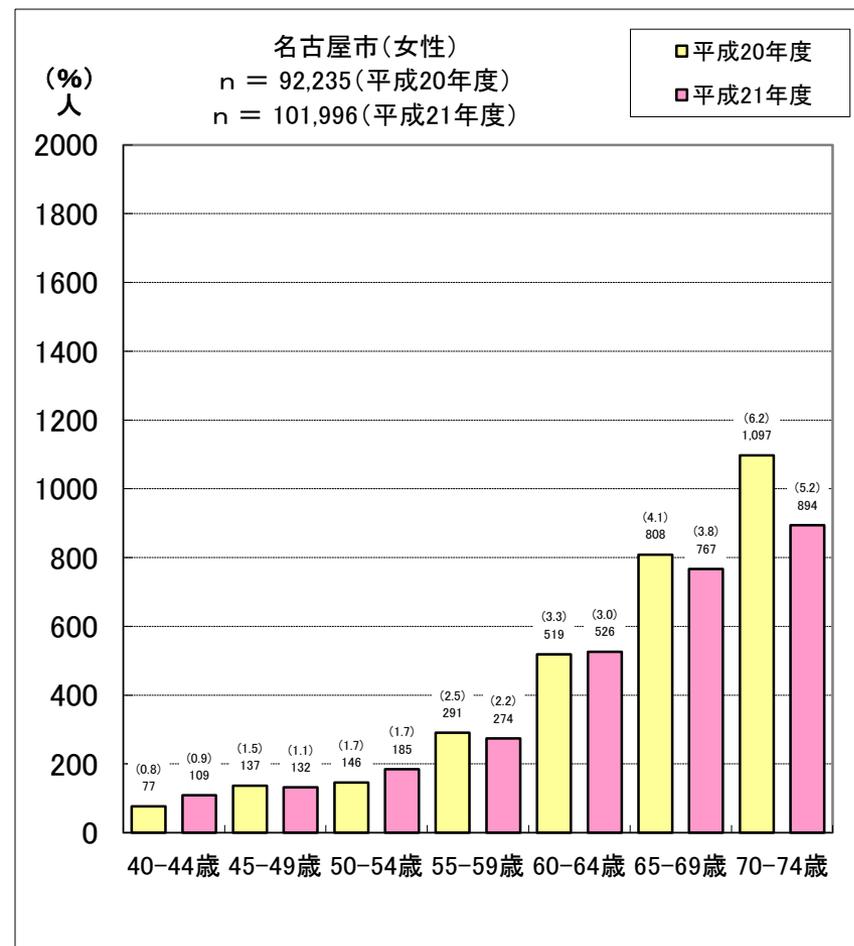
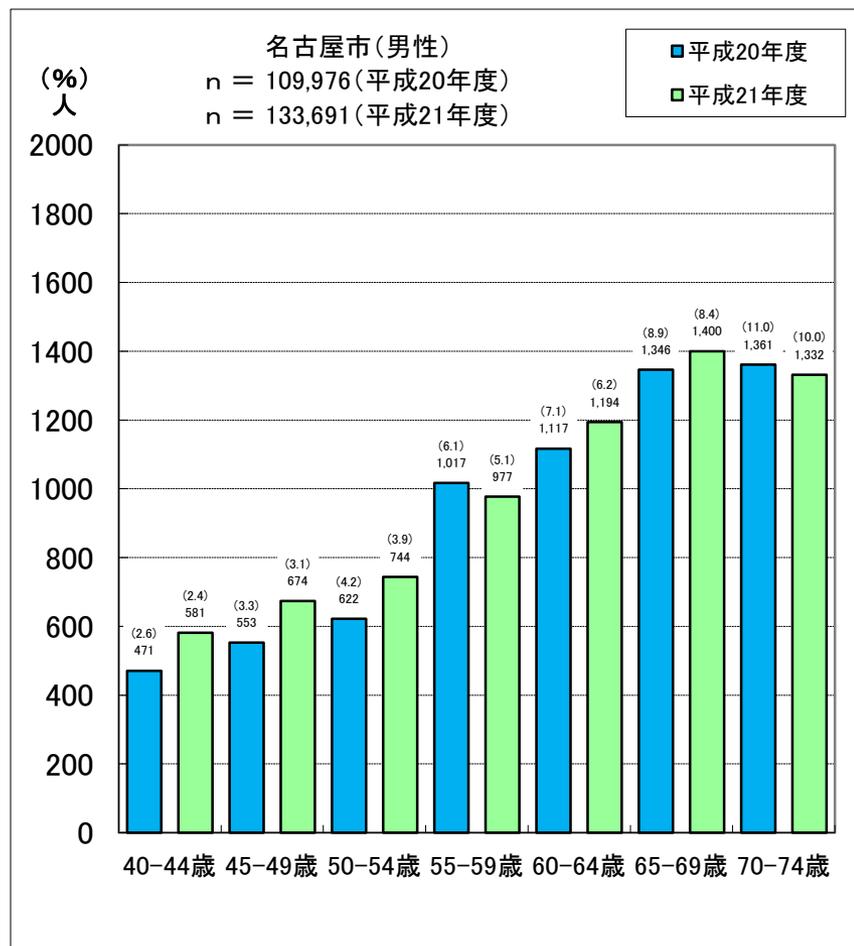
医療機関や健診で糖尿病といわれたことがある者における治療の状況



(平成22年国民健康・栄養調査)

尿蛋白陽性＋高血糖・高血圧

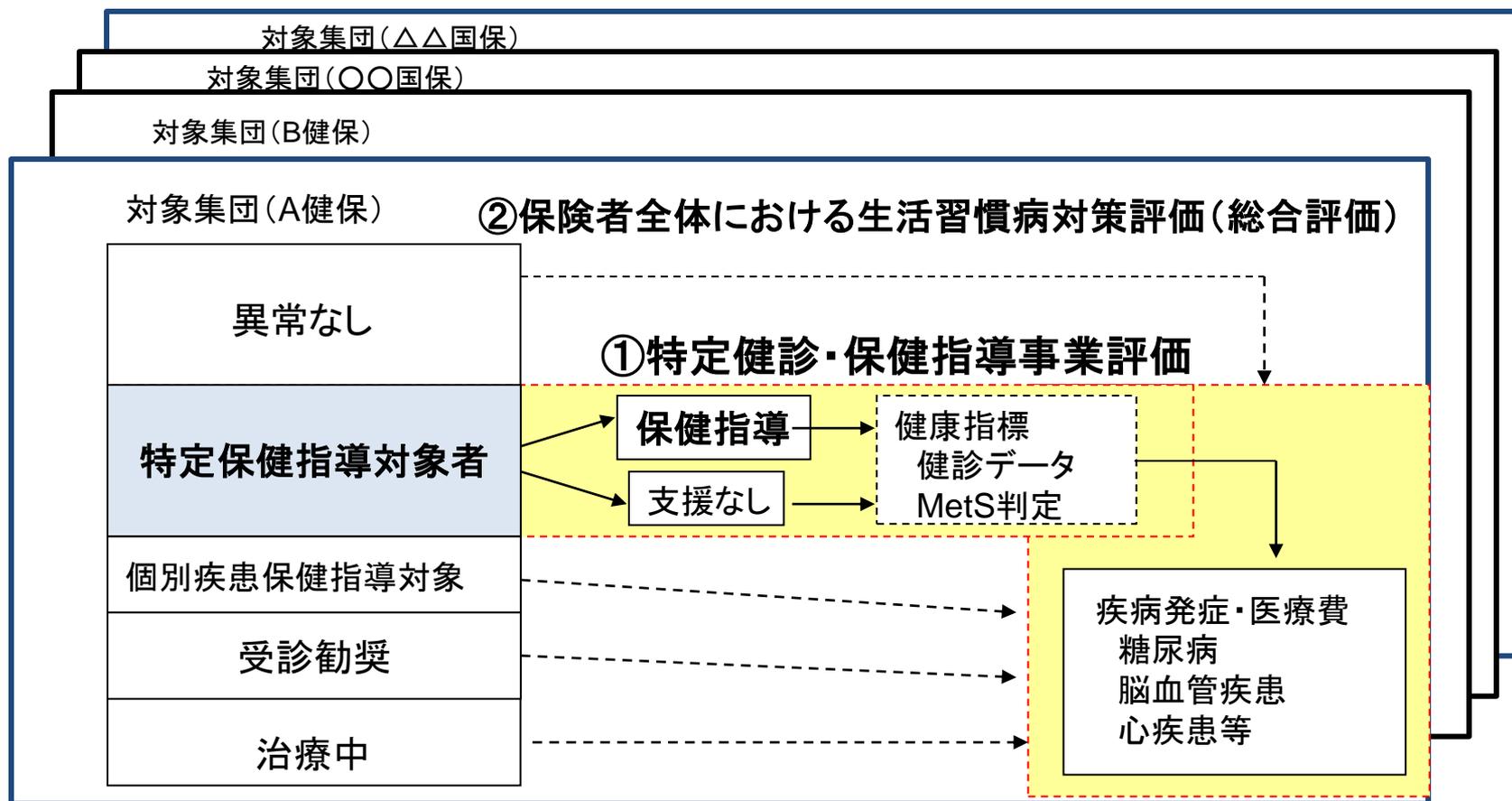
(名古屋市:平成21年度 約1万人)



男性の6.3%、女性の2.9%は、腎不全予備軍(顕性蛋白尿期)

厚生労働科学研究津下 班：生活習慣病予防活動・疾病管理による 健康指標に及ぼす効果と医療費適正化効果に関する研究：全体像

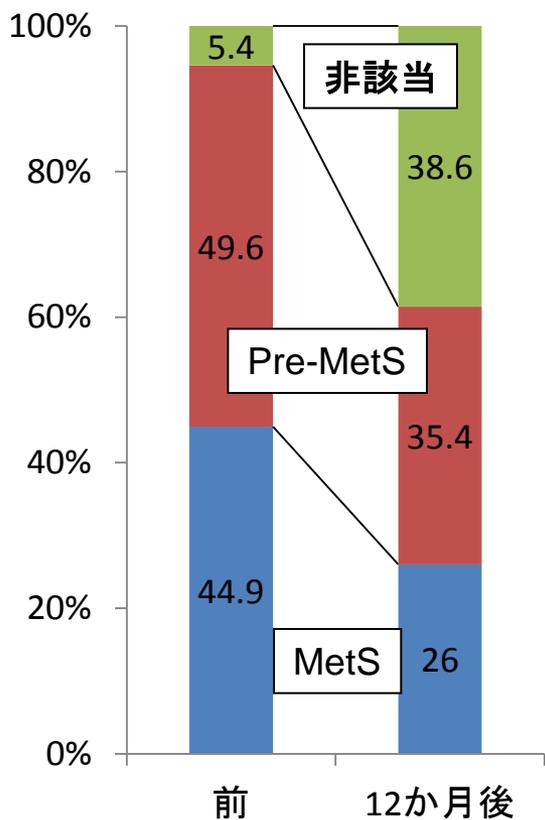
- ① 特定健診・保健指導事業評価（統合的評価、セグメント別評価）
- ② 保険者全体における生活習慣病対策評価（総合評価）



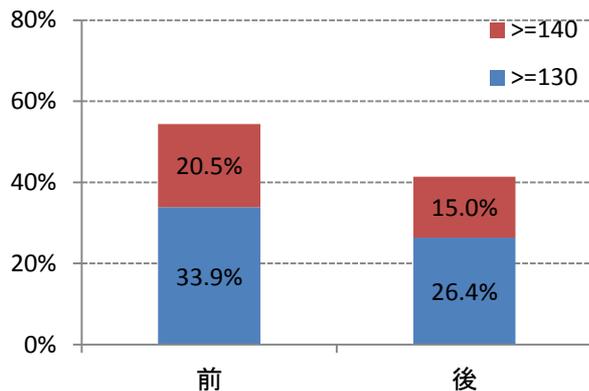
積極的支援による有所見率の変化

積極的支援により、1年後の健診でMetSは44.9%→26.0%へ減少。
血圧(130mg/dl~)、脂質(TG150mg/dl~)等の有所見率は低下した。

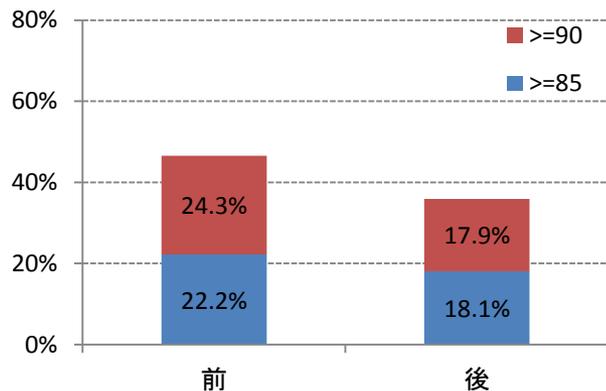
MetS該当率 n=5533



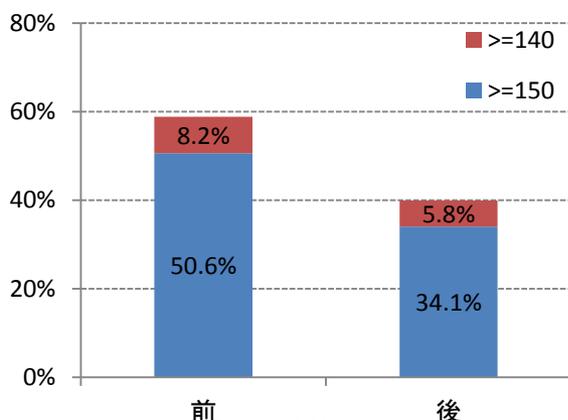
収縮期血圧 n=5533



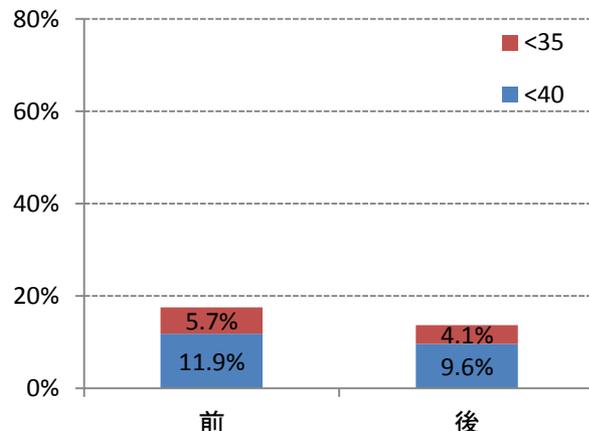
拡張期血圧 n=5533



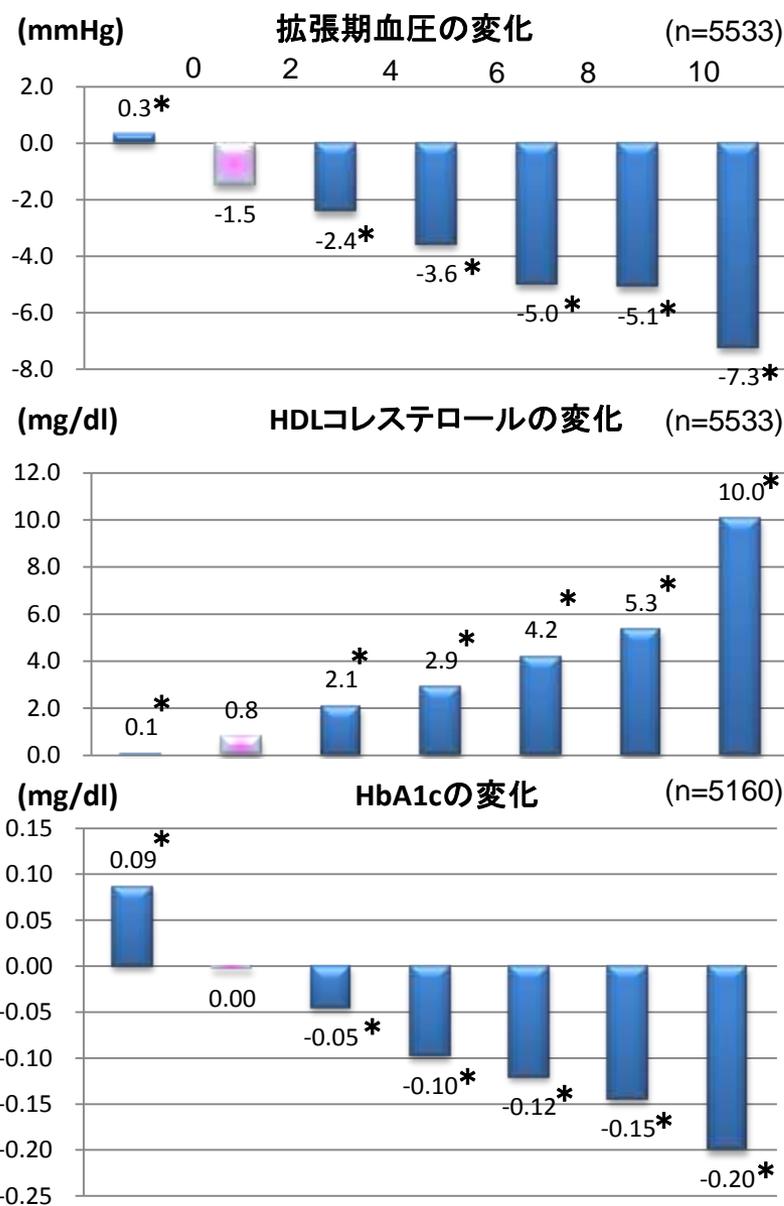
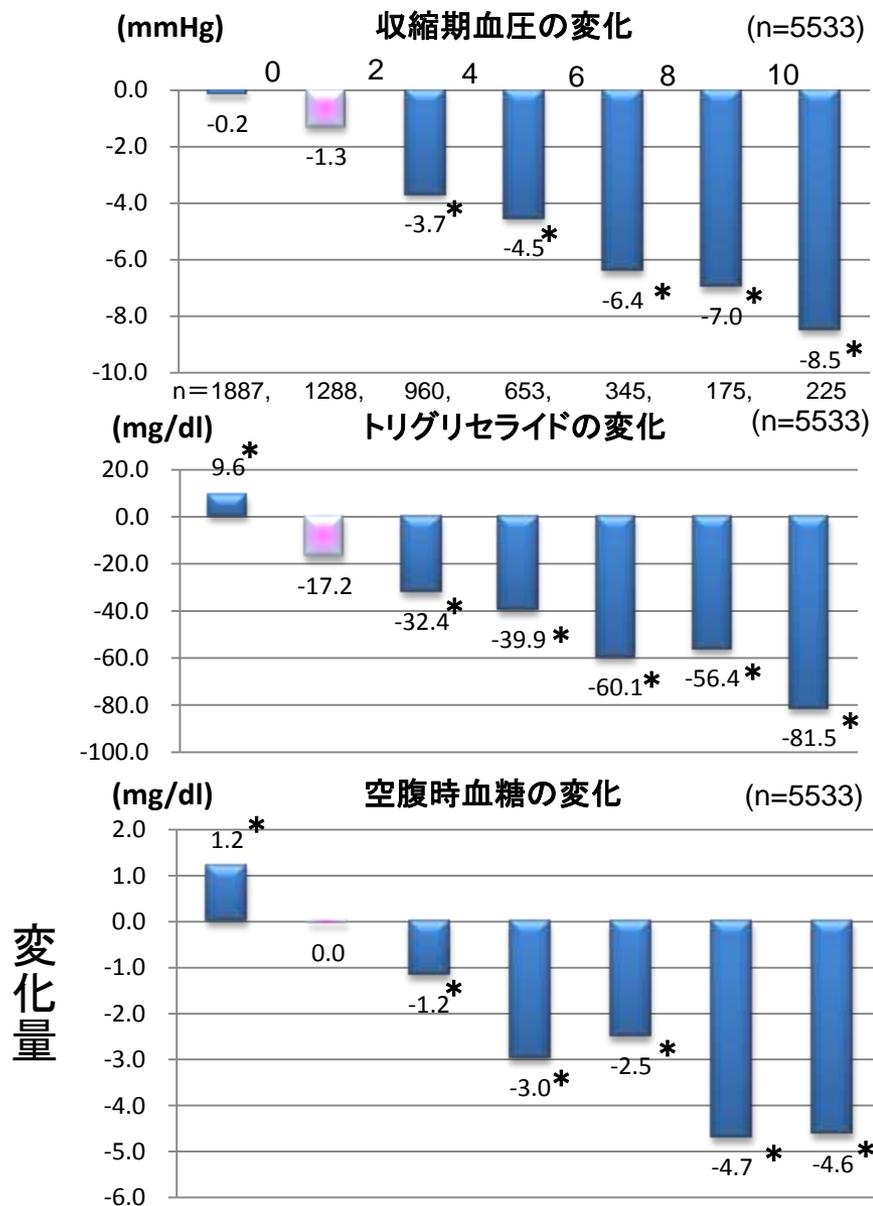
トリグリセライド n=5533



HDL-C n=5533



1年間の体重変化率と検査値変化 (積極的支援実施群)



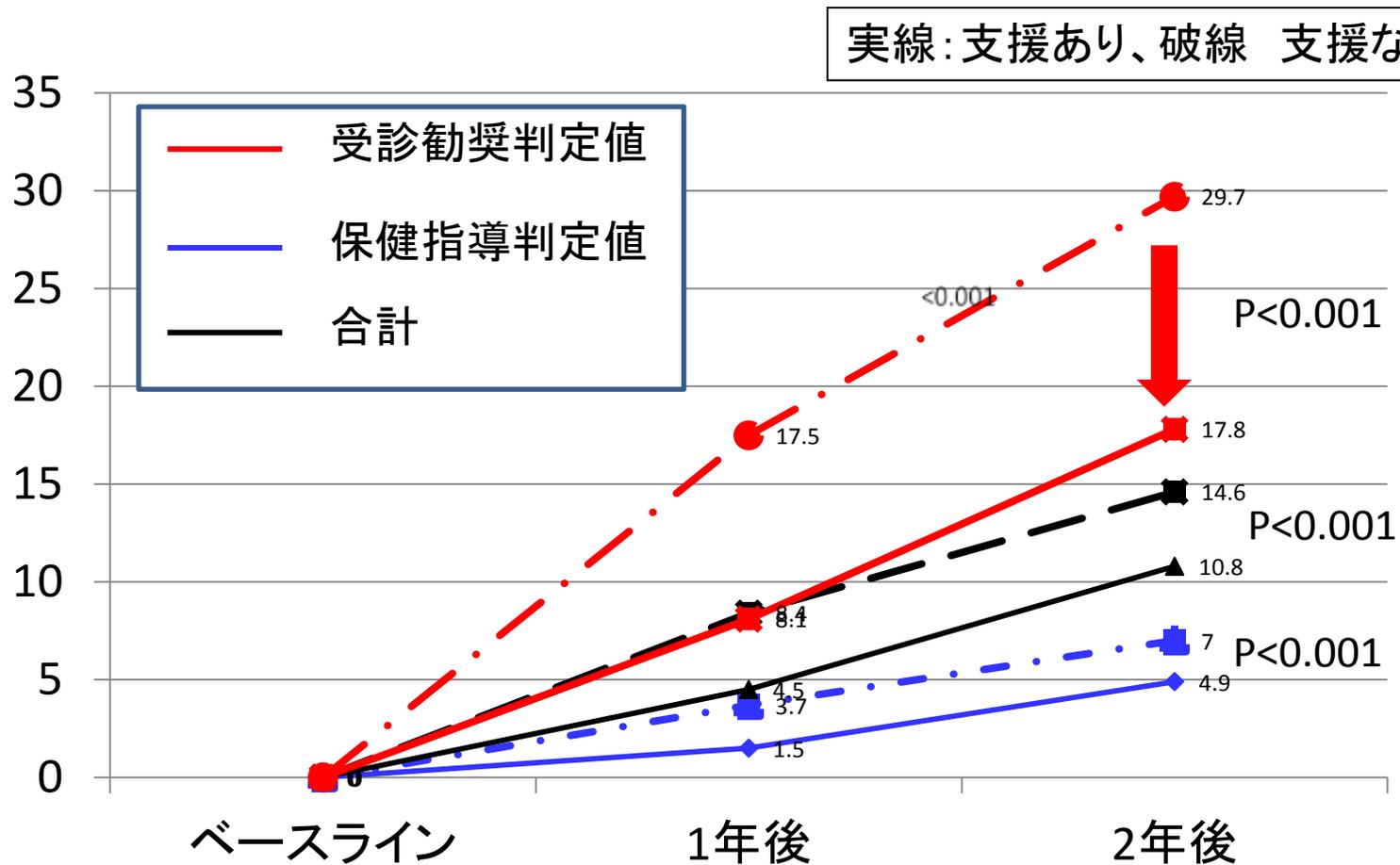
体重減少率

一元配置分散分析、* 0 ≤ < 2 群と比較して有意差あり

厚生労働科学研究: 津下班 平成23年度報告書より

生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす効果と医療費適正化効果に関する研究

初年度積極的支援該当者について 2年間で1回以上積極支援実施が服薬率に及ぼす効果 (1年、2年後)



標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)について

健康日本21(第二次)や第2期医療費適正化計画の着実な推進に向けて、
検討会から提言された非肥満者への対応を含め、生活習慣病対策としての健診・保健指導を推進するため、
現場の健診・保健指導実施者を一層支援する方向で見直しを行った。



標準的な
健診・
保健指導
プログラム
(確定版)
H19.4

標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)

改訂の基本的考え方

- ①健康局の検討会※¹及び保険局の検討会※²における提言事項を踏まえた見直しを行った。
- ②提言以外の事項で医療保険者のシステム改修が必須の事項(階層化基準等)は変更しなかった。
- ③健康日本21(第二次)の着実な推進に、特定健診等の実施及びデータ分析が重要であることを明記。
- ④主たる利用者である現場の健診・保健指導実施者(医師、保健師、管理栄養士等)の視点で見直した。
- ⑤非肥満者への対応を含めた生活習慣病対策を推進する方向で見直した。

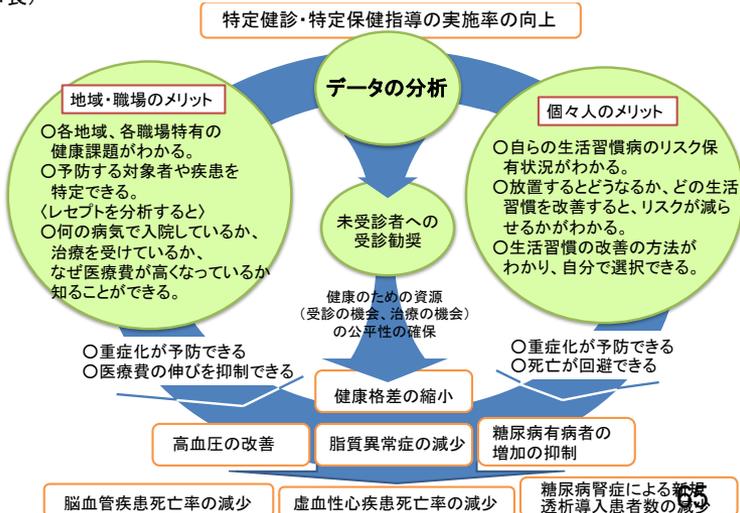
※¹ 健診・保健指導の在り方に関する検討会 (座長:永井良三 自治医科大学学長)
 ※² 保険者による健診・保健指導等に関する検討会 (座長:多田羅浩三 日本公衆衛生協会理事長)

改訂のポイント

- 保健事業のPDCAサイクルの考え方を記載
- 「健診・保健指導」と「特定健診・特定保健指導」との書き分け
- 健診結果の情報提供・受診勧奨に関する具体的記載の充実
- 標準的な質問票に関する科学的知見や活用方法の紹介
- 栄養及び身体活動・運動: 基準改定等に伴う記載の見直し
- たばこ・アルコール対策: 具体的な保健指導ツールを紹介
- 特定保健指導におけるポイント制の見直し
- 保健指導での情報提供の定義や2回目以降の対応を記載
- HbA1cの表記をJDS値からNGSP値に変換

特定健診・特定保健指導と健康日本21(第2次)

—特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第2次)を着実に推進—



健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係

健診・保健指導

- 高年齢者医療確保法
- 健康増進法
- 労働安全衛生法
- 健康保険法
- 学校保健安全法
などに基づき実施

特定健診・特定保健指導

- 高年齢者医療確保法に基づく医療保険者の義務
- 40歳から74歳までの被保険者・被扶養者が対象

〈健診・保健指導実施者向け〉

標準的な健診・保健指導プログラム
(健康局作成)

医療保険者の
義務ではない
健診・保健指導

〈医療保険者向け〉

特定健康診査・特定保健指導の
円滑な実施に向けた手引き
(保険局作成)

医療保険者の義務で行う
特定健診・特定保健指導

〔表〕肥満、血糖、血圧、脂質の測定値および喫煙に応じた対応（案）

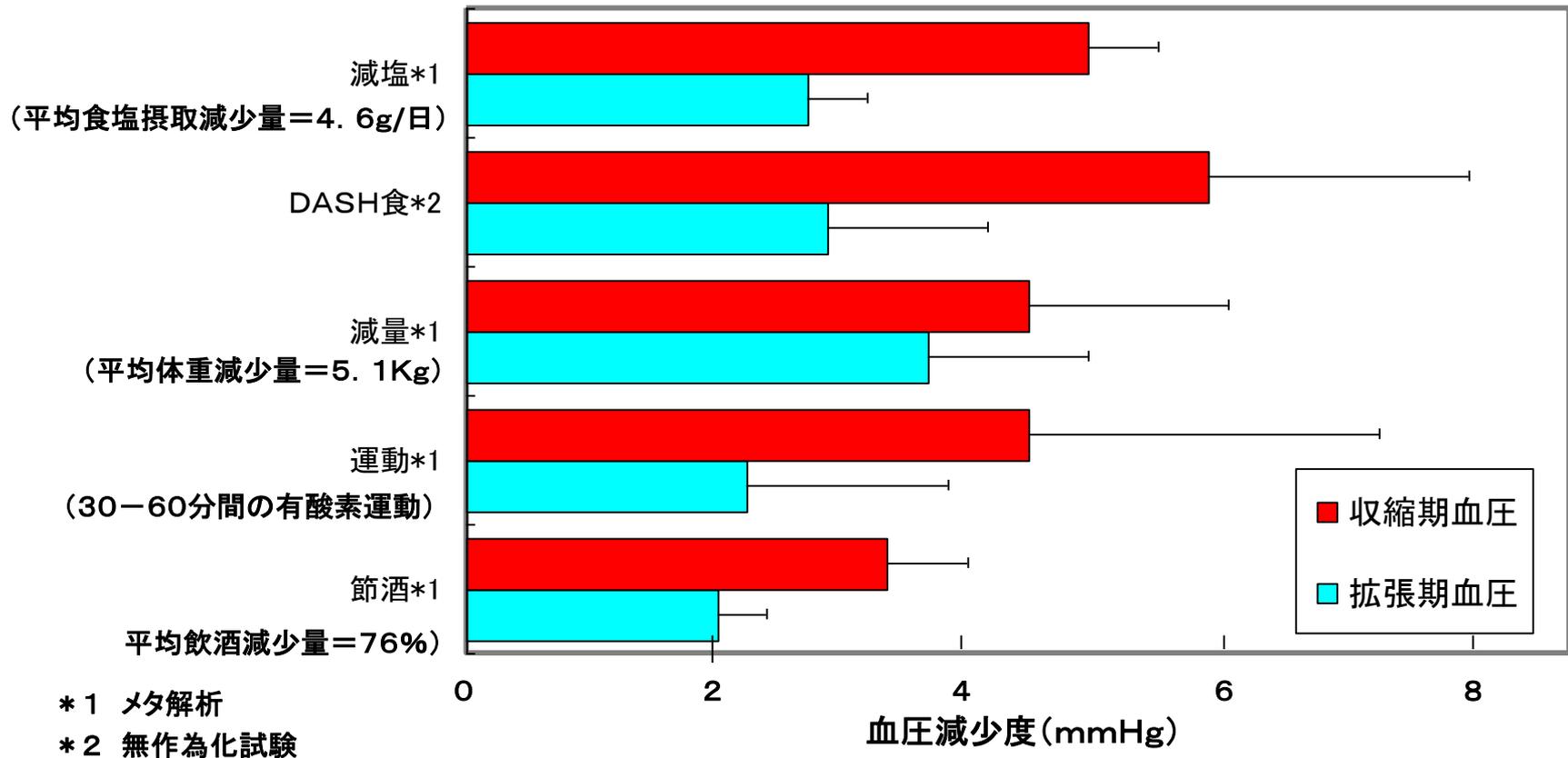
リスク	危険因子(肥満・血糖・血圧・脂質・喫煙)を評価する		
	肥満あり(※1)		肥満なし(※1、2)
	+リスク2つ以上 (※2)	+ リスク1つまで	—————
Aゾーン		肥満改善, 生活習慣病予防に関する情報提供	一般的な健康づくり情報の情報提供
Bゾーン	特定保健指導 ＜積極的支援＞	特定保健指導 ＜動機付け支援＞	当該疾患についての情報提供
Cゾーン	特定保健指導 ＜積極的支援＞ (6ヶ月評価時に該当項目について再確認が望ましい)	特定保健指導 ＜動機づけ支援＞ (6ヶ月評価時に該当項目について再確認が望ましい)	当該疾患に関わる生活習慣改善指導 (面接)、医療機関受診
Dゾーン	すぐに受診 または、医師と連携して特定保健指導＜積極的支援＞を実施後医療機関管理	確実な受診勧奨 または、医師の判断で積極的支援相当の保健指導をすることも可	確実な受診勧奨、 受診の確認、医療機関管理

血圧高値に関するフィードバック文例集(案)

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応		
		肥満者の場合	非肥満者の場合	
異常 ↑ ↓ 正常	受診勧奨 判定値を 超えるレベル	収縮期血圧 ≥ 160 mmHg 又は 拡張期血圧 ≥ 100 mmHg	①すぐに医療機関の受診を	
		140 mmHg \leq 収縮期血圧 < 160 mmHg 又は 90 mmHg \leq 拡張期血圧 < 100 mmHg		
	保健指導判定 値を超える レベル	130 mmHg \leq 収縮期血圧 < 140 mmHg 又は 85 mmHg \leq 拡張期血圧 < 90 mmHg	③特定保健指導の 積極的な活用と 生活習慣の改善を	④生活習慣の 改善を
	基準範囲内	収縮期血圧 < 130 mmHg かつ 拡張期血圧 < 85 mmHg	⑤今後も継続して健診受診を	

生活習慣修正による降圧の程度



①の場合（肥満者・非肥満者）

収縮期血圧 ≥ 160 mmHg 又は拡張期血圧 ≥ 100 mmHg

今回、血圧が非常に高くなっていました。望ましい血圧レベル（収縮期血圧 120 mmHg未満かつ拡張期血圧 80mmHg未満）の人と比べて、約5倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。

この健診結果を持って、**至急かかりつけの医療機関を受診**してください。

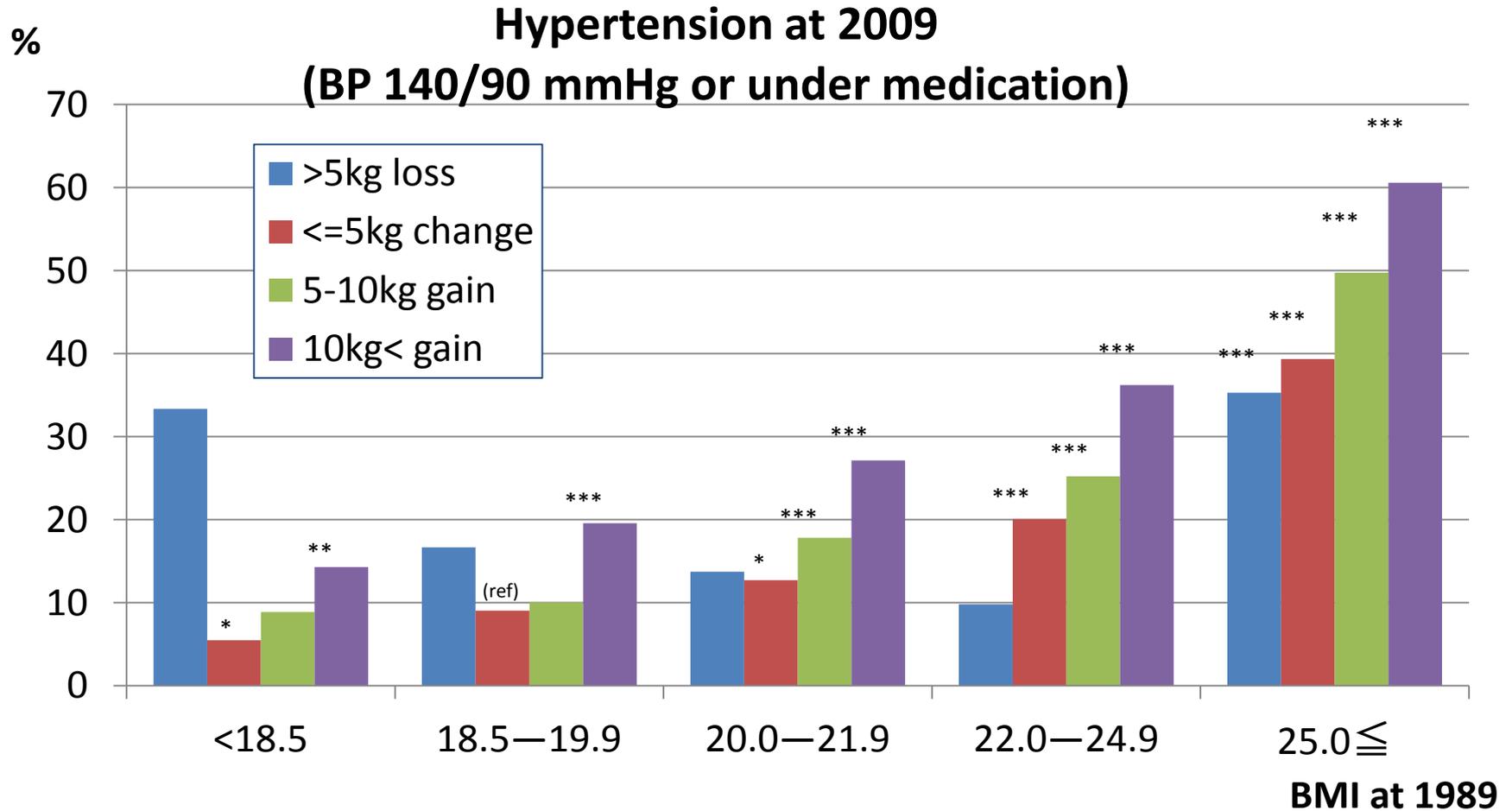
④の場合（非肥満者）

130mmHg \leq 収縮期血圧 < 140 mmHg 又は85mmHg \leq 拡張期血圧 < 90 mmHg

今回の血圧値は、正常範囲内ですがその中では高いです。この状態が続くと、望ましい血圧レベル（収縮期血圧 120 mmHg未満かつ拡張期血圧 80mmHg未満）の人と比べて、約1.5～2倍、脳卒中や心臓病にかかりやすいことがわかっています。

血圧を下げるためには、**減量（以前より体重が増えた人）、適度な運動、禁煙、お酒を減らす、減塩、野菜を多くして果物も適度に食べる**など、生活習慣の改善が必要です。引き続きご自身の身体の状態を確認するために、これからも**健診を受診**しましょう。

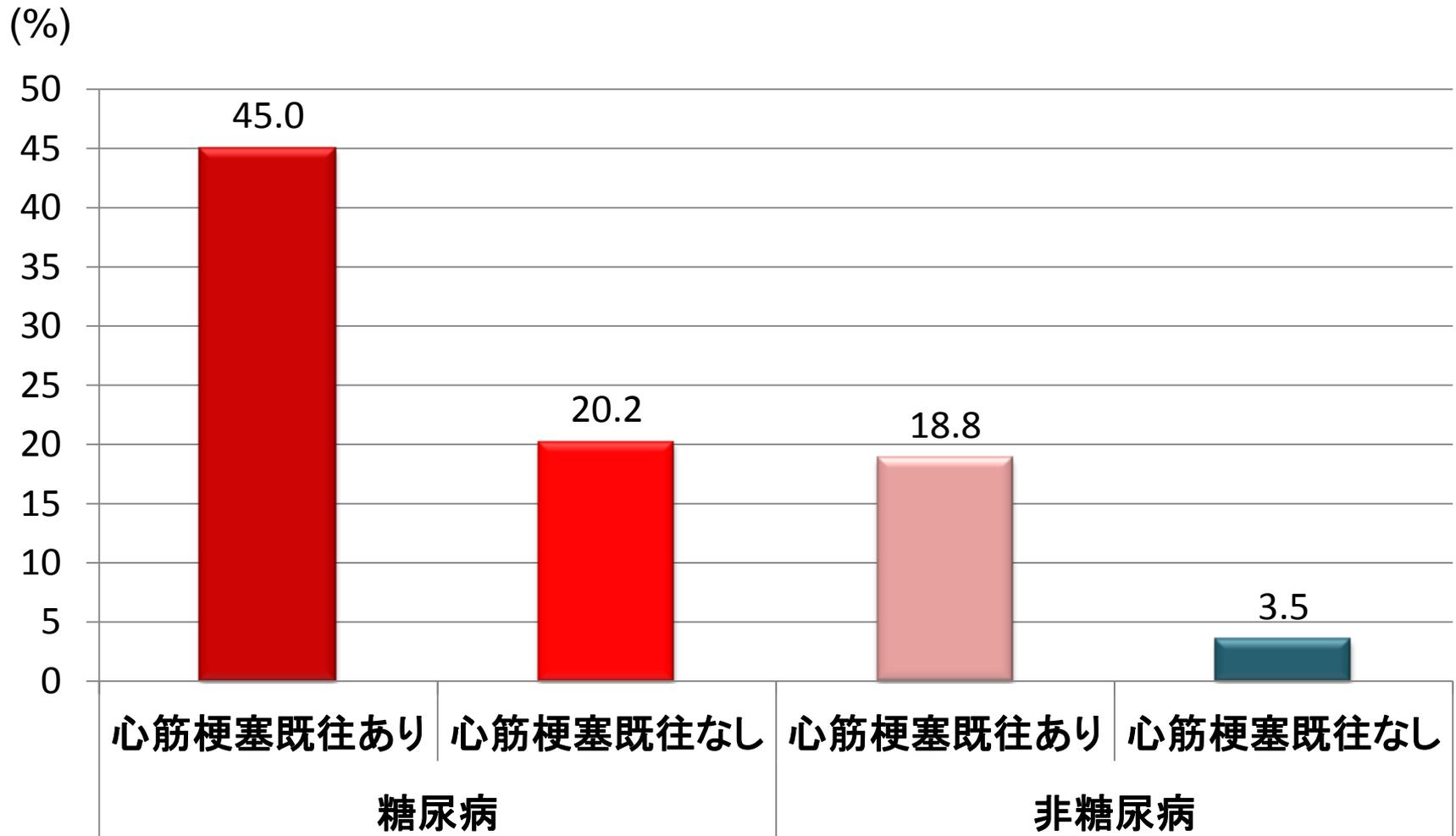
20歳のBMI、その後20年間の体重変化と高血圧



血糖高値に関するフィードバック文例集

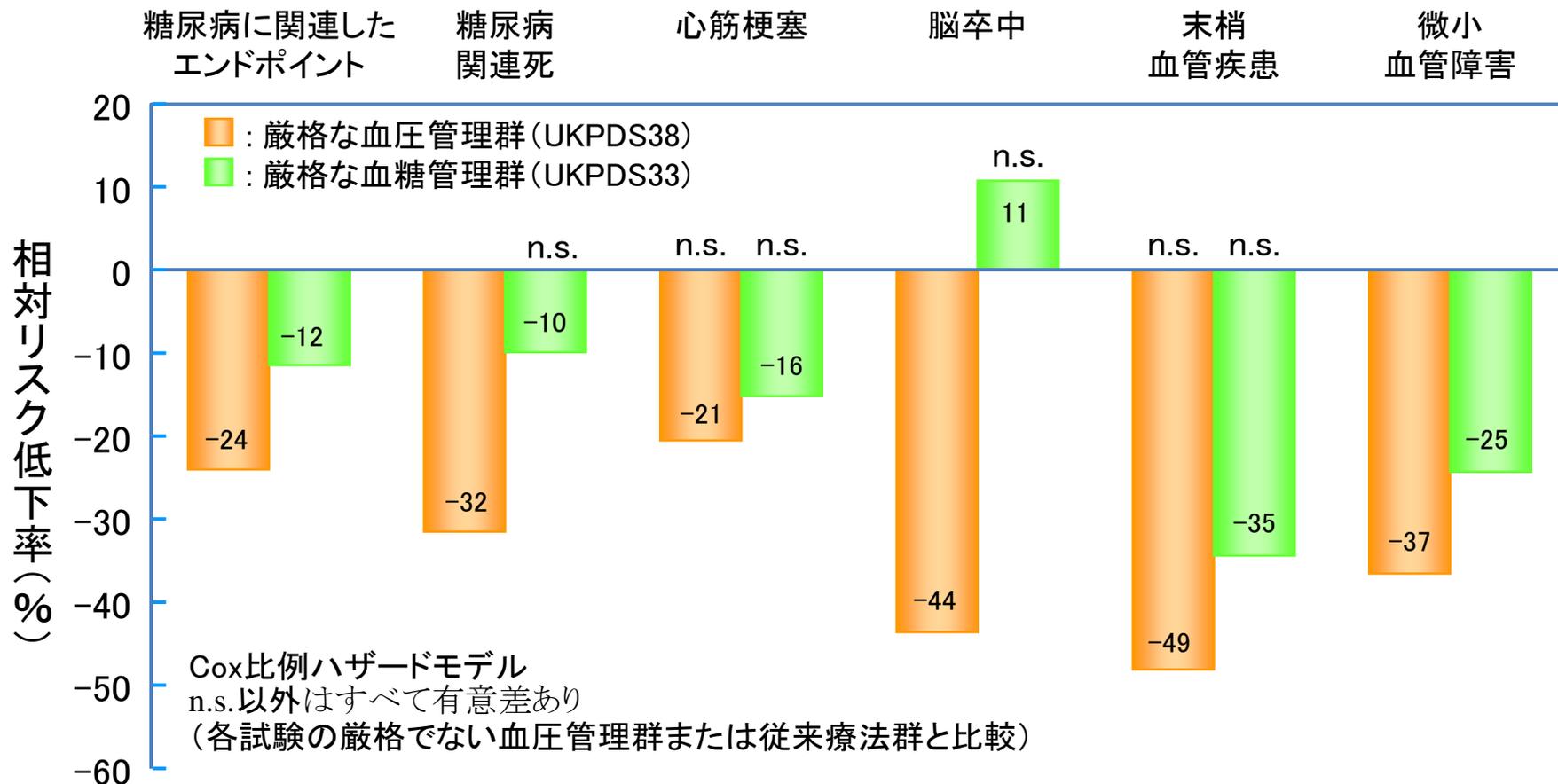
健診判定			対応				
	空腹時血糖 (mg/dL)	HbA1c (NGSP) (%)	肥満者の場合		非肥満者の場合		
			糖尿病治療 (+)	糖尿病治療 (-)	糖尿病治療 (+)	糖尿病治療 (-)	
異常 ↑ ↓ 正常	受診勧奨 判定値を 超えるレベル	126～	6.5～	①肥満の改善 と、血糖コントロ ールの改善が 必要	②すぐに医療機 関受診を	③血糖コントロ ールの改善が 必要	②すぐに医療 機関受診を
	保健指導 判定値を 超えるレベル	110～125	6.0～6.4	④血糖コントロー ールは良好だが、 肥満を改善する 必要あり	⑤特定保健指 導の積極的な 活用と 生活習慣の改 善を	⑥血糖コントロ ールは良好、 現在のコントロ ール継続	⑦運動／食生 活等の改善を、 ぜひ精密検査 を
		100～109	5.6～5.9				⑧生活習慣の 改善を、リスク の重複等あれ ば精密検査を
基準範囲内	～99	～5.5		⑨肥満改善と 健診継続を		⑩今後も継続し て健診受診を	

7年間の心筋梗塞発症率 (Finnish Study)



(Haffner SM et al: N Engl Med 339:229,1998)

血圧・血糖管理は心血管疾患の合併を低減



方法: 厳格な血圧管理 (UKPDS38)

高血圧合併2型糖尿病患者1,148例を厳格でない血圧管理群と厳格な血圧管理群に分け、追跡を行った。

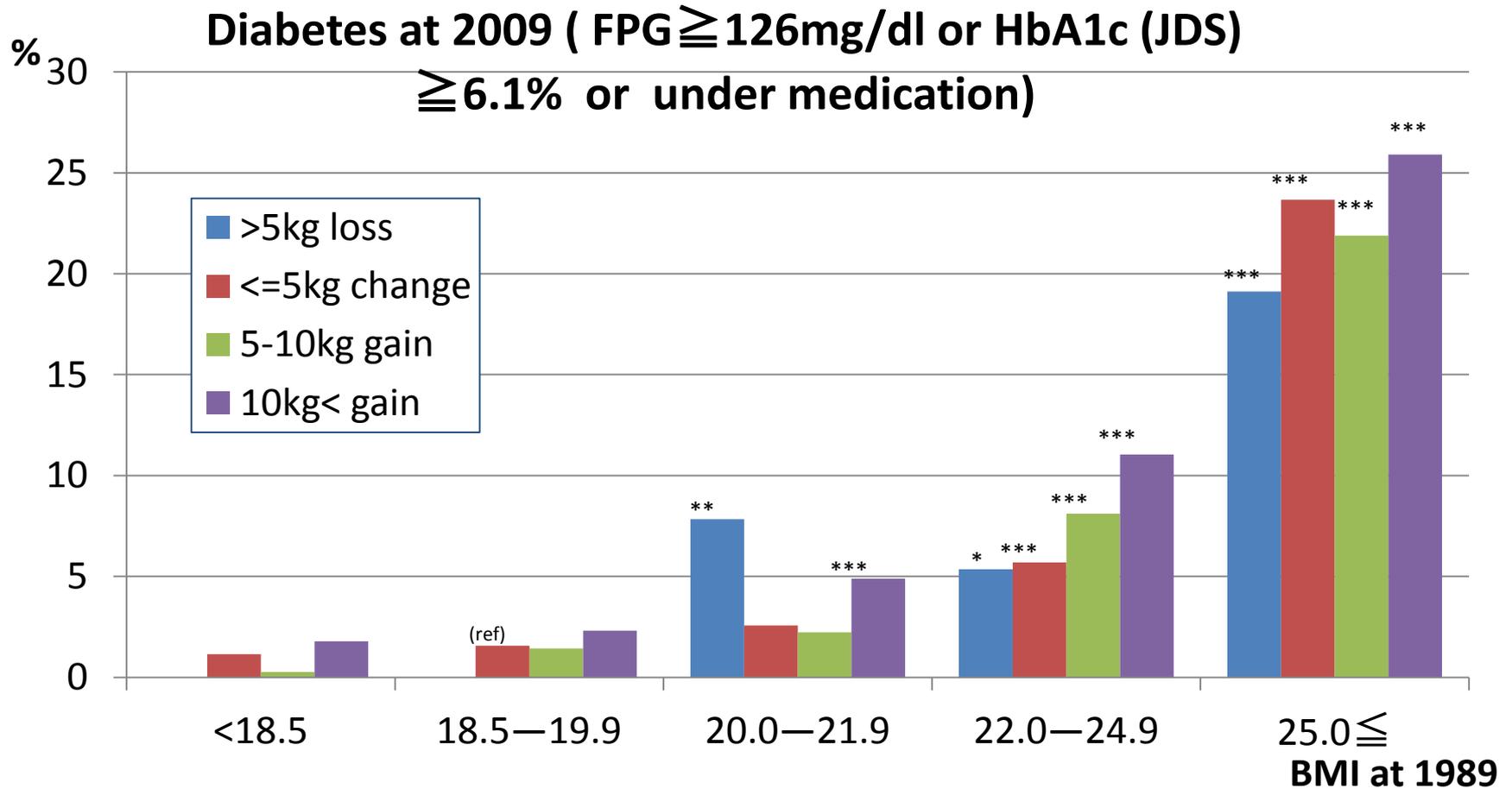
厳格な血糖管理 (UKPDS33)

3ヵ月間の食事療法後に空腹時血糖 (FPG) 6.1~15.0mmol/L (110~270mg/dL) の新規2型糖尿病患者3,867例を従来療法群と厳格な血糖管理群に分け、追跡を行った。

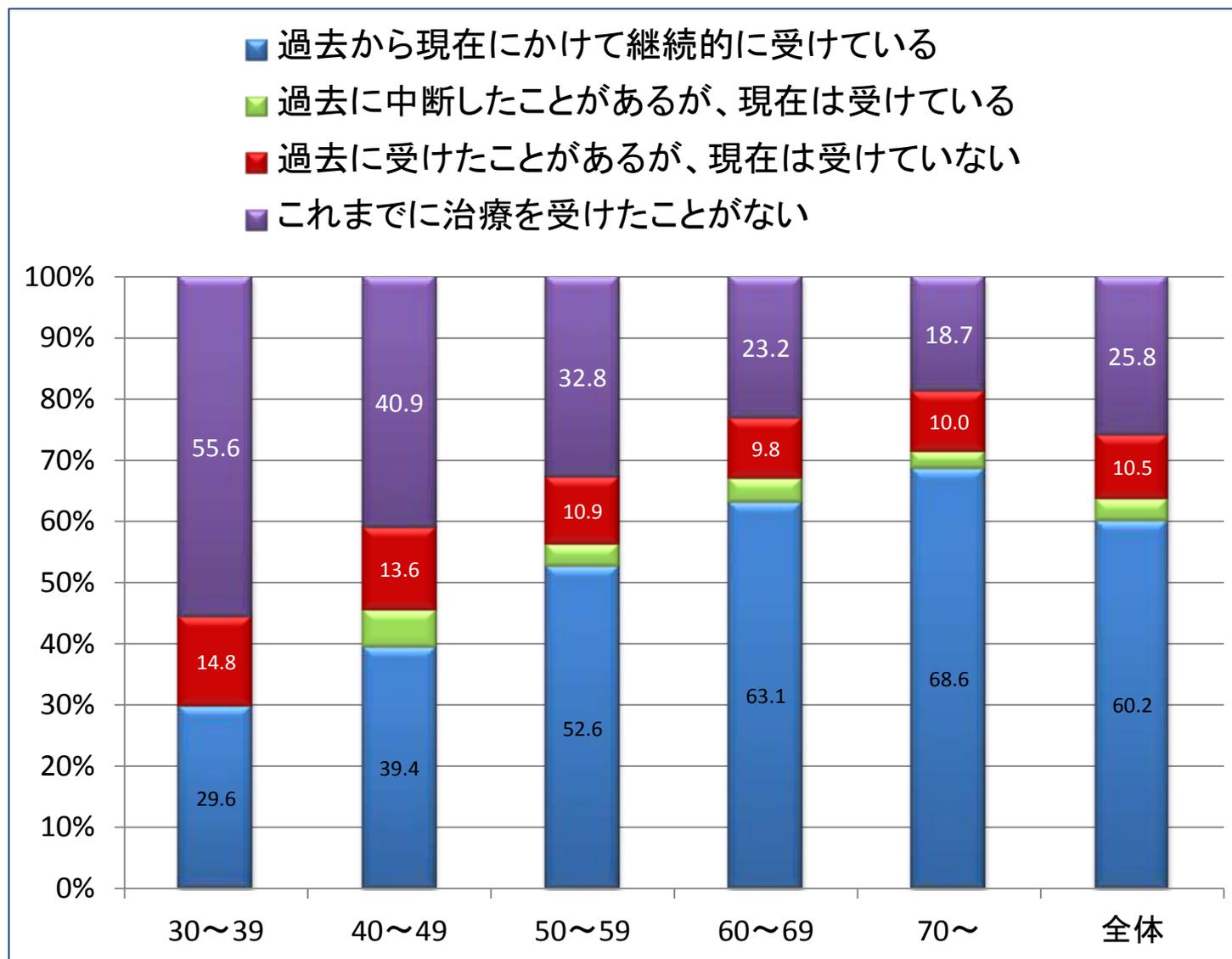
UK Prospective Diabetes Study group: BMJ 1998; 317: 703-713

UK Prospective Diabetes Study group: Lancet 1998; 352: 837-853

20歳のBMI、その後20年間の体重変化と糖尿病



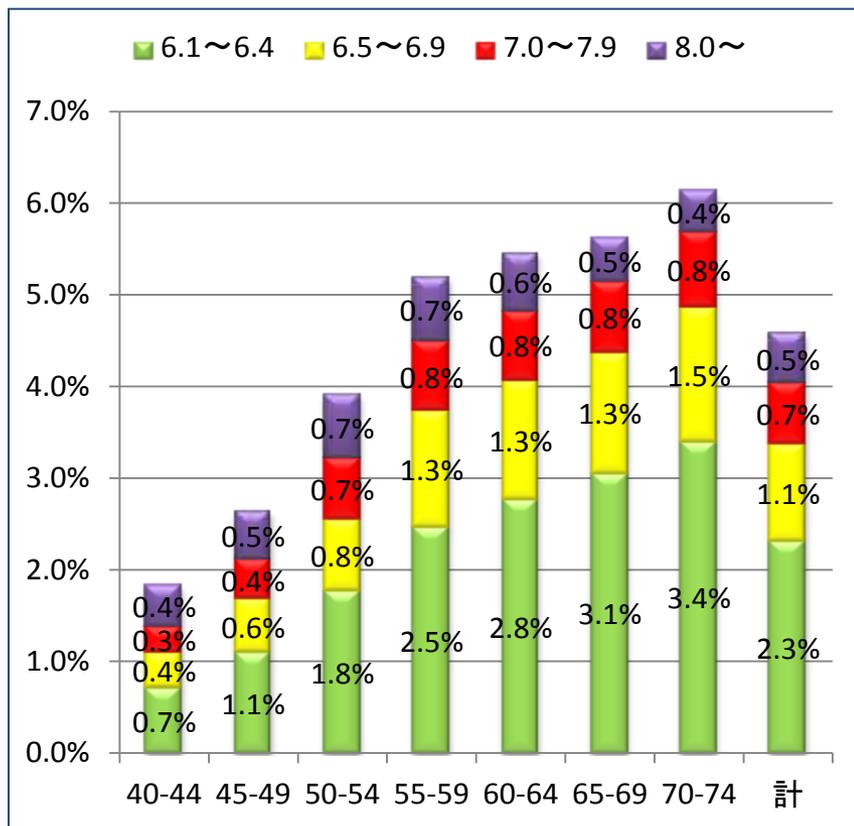
医療機関や健診で糖尿病といわれたことがある者における治療の状況



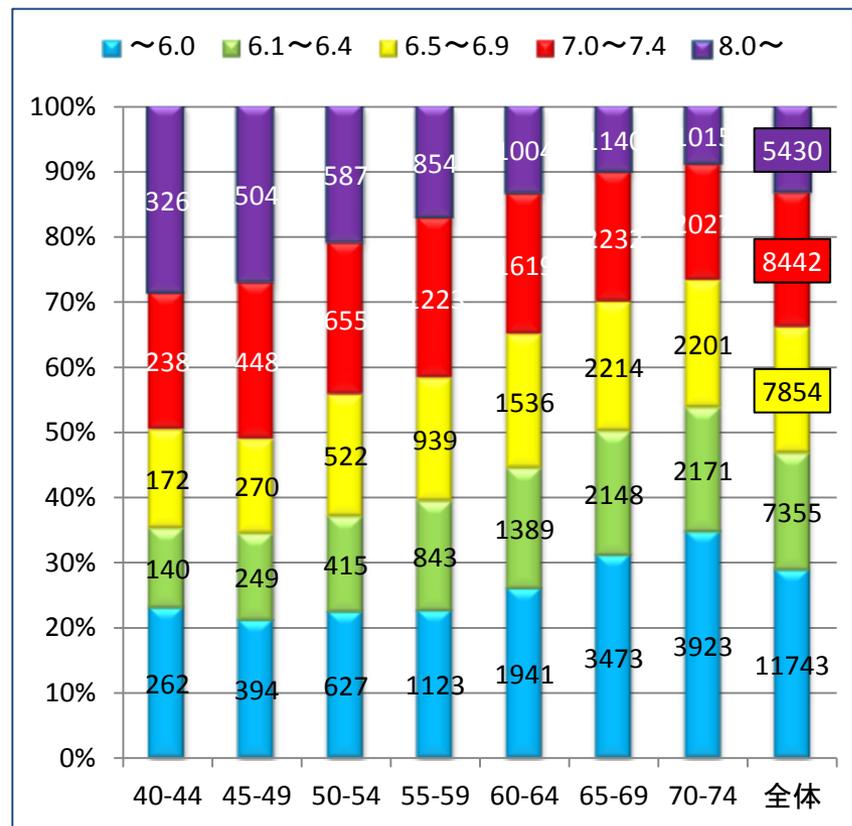
出典：平成22年国民健康・栄養調査(概要版)

糖尿病治療の有無別HbA1c(JDS)の状況

「未治療」者のHbA1c



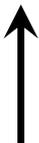
「治療中」のHbA1c



脂質異常に関するフィードバック文例集(案)

健診判定		対応		
		肥満者の場合	非肥満者の場合	
異常 ↑ ↓ 正常	受診勧奨 判定値を 超えるレベル	LDL \geq 180mg/dL 又は TG \geq 1,000mg/dL	①すぐに医療機関の受診を	
		140mg/dL \leq LDL<180mg/dL 又は 300mg/dL \leq TG<1,000mg/dL		
	保健指導 判定値を 超えるレベル	120mg/dL \leq LDL<140mg/dL 又は 150mg/dL \leq TG<300mg/dL 又は HDL<40mg/dL	③特定保健指導の 積極的な活用と 生活習慣の改善を	④生活習慣の 改善を
	基準範囲内	LDL<120mg/dL かつ TG<150mg/dL かつ HDL \geq 40 mg/dL	⑤今後も継続して健診受診を	

尿蛋白に関するフィードバック文例集

健診判定		肥満等 ^{※1}	
		あり	なし
異常  ↓ 正常	尿蛋白 陽性(+ / ++ / +++)	①すぐに医療機関の受診を	
	尿蛋白 弱陽性(±)	②尿の再検査および 保健指導の積極的な活用と 生活習慣の改善を	④今後も継続して 健診受診を
	尿蛋白 陰性(-)	③保健指導の積極的な活用 と生活習慣の改善を	

尿蛋白及び血清クレアチニンに関する フィードバック文例集

健診判定 (eGFRの単位: ml/min/1.73m ²)		尿蛋白(-) ~ (±)		尿蛋白(+)以上	
		肥満等 ^{※1}		肥満等 ^{※1}	
		あり	なし	あり	なし
異常 ↑ ↓ 正常	eGFR ≤ 49	①すぐに医療機関の受診を			
	50 ≤ eGFR ≤ 59	②保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を <ただし尿蛋白(±)の場合は尿の再検査>	③保健指導の積極的な活用を		
	60 ≤ eGFR		④今後も継続して健診受診を		

服薬中の対象者や受診勧奨レベルの 対象者への保健指導について

- 特定保健指導とは別に保健指導を実施する場合には、医療機関等との適切な連携の下に行う。
- 受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧症等により、健診機関の医師の判断で服薬治療よりも生活習慣の改善を優先して特定保健指導の対象者となった場合は、各学会のガイドラインを踏まえた保健指導を行う。
- 効果が認められなかった場合には、必要に応じて、受診勧奨を行うことが望ましい。

血圧、喫煙のリスクに着目した保健指導

- 早期に機会を捉えて実施することが望ましく、これらの結果が分かる**健診当日に実施する**ことがより効果的である。
- 禁煙支援指導を行う場合には、**健診受診が禁煙の動機付けを促す機会**となるよう、助言や情報提供を行う。
- **禁煙したい喫煙者**には禁煙外来、禁煙支援指導、禁煙補助剤の活用をすすめる。

特定健診・保健指導の実施率向上に向けて

- **生活習慣病予防の意義、健診の必要性の啓発**
 - 若年期からの**意識づけ**
 - 行政、保険者、健診・医療機関、学会等からの啓発・周知
- **未受診者への対応**
 - ①**受診勧奨の徹底**
 - ②**被扶養者への実施率向上**：市町村国保への委託可能に？
 - ③**関係者間でのデータ連携**
 - 労働安全衛生法健診**：健診機関から医療保険者へ提供も？
 - 人間ドック等とのデータ連携**
 - 医療機関で受診中に得られる「特定健診に相当するデータ」活用**
- **継続受診の推進**
 - 経年受診の必要性を周知、継続意欲を高める工夫、利便性の考慮

健診結果の理解＝自分の体の中で起こっている変化を理解

心のうごき
気づき

あっ！そうか！（納得）
やらないとまずいな！（危機感）

何からはじめますか？

食生活
運動・身体活動
改善のノウハウ
社会資源の情報

行動目標設定

Positive feedback

行動変容

できた！（自信・達成感）
体調がいいな！（感覚）

実行支援
評価・励まし

習慣形成

大人に新たなことを学んでもらうには？ (成人学習の基本)

- 本人の**気持ちを尊重**する
どうして自分が呼ばれたんだろう??
- 大人としての**敬意**を払う
- 本人が**意味があると感じる**内容を提供する
- **できること**に着目、明確・適切な目標設定
- 指導よりも**支援**（サポータータイプな雰囲気）
- 失敗する場面、恥をかく場面の**ないよう**
配慮

52歳男性 中村健一さん

ダイエット歴は？

大切にしていること		健康観	健康エピソード	身近な人の病気
★		改善意欲あり 保健指導前向き	子どものころから 太り気味やせたい 気持ちはある	★
生活背景	仕事	家庭	地域	趣味、仲間
	自営業(電気店) 店番・訪問	★		
生活習慣	食生活	運動習慣	喫煙	その他
	夜食・間食・朝抜き 昼コンビニ 酒のつまみ	速く歩くほう、 運動習慣なし 10分歩行1/3日	あり	睡眠OK 飲酒毎日2~3合 ビール1本焼酎
身体状況	腹囲95、BMI26.7			
	体重増減±3以内			
血圧142/92		TG206	HDL24.6	FPG99
		GPT 55 , GOT39		

危機感

行動のきっかけ
応援

デメリット
困難さ
痛み、不安

メリット
有益性

行動変容

肥満に起因ないし関連し減量を要する健康障害 (減量により改善、または、進展が防止される)

I. 肥満症の診断基準に必須な合併症

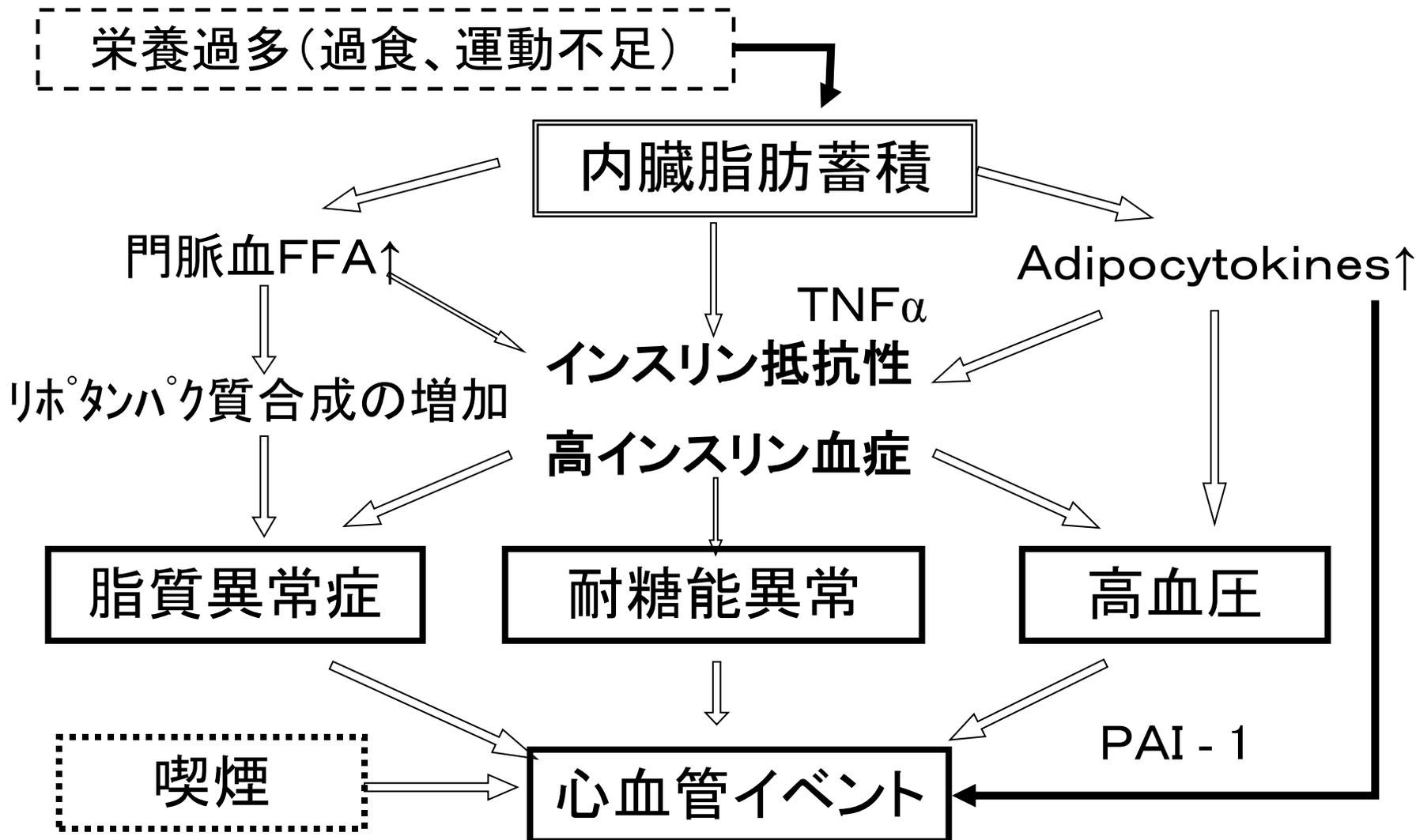
- 1) 2型糖尿病・耐糖能障害
- 2) 脂質異常症
- 3) 高血圧
- 4) 高尿酸血症・痛風
- 5) 冠動脈疾患
- 6) 脳梗塞(脳血栓症、TIA)
- 7) 脂肪肝
- 8) 月経異常・妊娠合併症
- 9) 睡眠時無呼吸症候群
- 10) 整形外科的疾患
- 11) 肥満関連腎臓病

II. 診断基準には含めないが、肥満に関連する疾患

- 1) 良性疾患: 胆石症、静脈血栓症、肺塞栓症、気管支喘息、
皮膚疾患(偽性黒色表皮腫、摩擦疹、汗疹)
- 2) 悪性腫瘍: 胆道癌、大腸癌、乳癌、子宮内膜癌

(肥満症診断基準検討委員会 2011)

メタボリック・シンドロームにおける 各種病態の発症機序



メタボ戦略

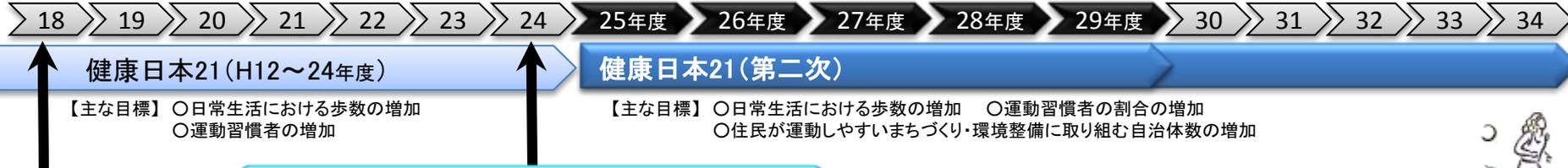
- わかりやすい
- 生活のなかで 対策を考える
- 目標設定が具体的である
- セルフモニタリング（チェック可能）
- ポジティブな解釈

運動習慣獲得者のアンケート結果より

		具体的な記述
意欲の高まり 必要性認識	潜在的な動機	これまで 必要性 は感じていた。
	きっかけ	保健指導を きっかけ にはじめた
	大きな目標	メタボを 改善したい 、健康で生活を楽しみたい
実施しやすさ	具体的な 行動計画	通勤時に歩く事(45分)。エレベーターを階段に変える。週3回くらいは60分程度のジョギングをする。
	運動環境	月水金とジムに通って様々なスポーツに取り組んでいる。地下鉄乗らず2駅片道歩いている。買い物はなるべく歩いて行く様にしています。
	モニタリング	体組成計と歩数計を購入し自分の体重や歩数を気にかけるようになった。
	サポート	妻と週2回ウォーキングする習慣ができてきた。
自己評価 自己効力感	運動継続	毎朝20分早歩きで職場へ行く 習慣が身についた 。
	健康改善	スポーツジムに週2回通って、体重及び腹囲はあまり変化はないが、基礎代謝の 数値は良くなった 。
	楽しみ発見	運動が苦手な私が毎日歩いたり体操したりと、 生活に変化ができました 。富士山・駒ヶ岳登山成功

健康づくりのための身体活動基準2013(概要)

ライフステージに応じた健康づくりのための身体活動(生活活動・運動)を推進することで健康日本21(第二次)の推進に資するよう、「健康づくりのための運動基準2006」を改定し、「健康づくりのための身体活動基準2013」を策定した。



健康づくりのための身体活動基準2013

- 身体活動(=生活活動※1 + 運動※2)全体に着目することの重要性から、「運動基準」から「身体活動基準」に名称を改めた。
- 身体活動量の増加でリスクを低減できるものとして、従来の糖尿病・循環器疾患等に加え、がんやロコモティブシンドローム・認知症が含まれることを明確化(システムティックレビューの対象疾患に追加)した。
- 子どもから高齢者までの基準を検討し、科学的根拠のあるものについて基準を設定した。
- 保健指導で運動指導を安全に推進するために具体的な判断・対応の手順を示した。
- 身体活動を推進するための社会環境整備を重視し、まちづくりや職場づくりにおける保健事業の活用例を紹介した。

健康づくりのための運動基準2006 (H18.7)

健康づくりのための運動指針2006 <エクササイズガイド2006> (H18.7)



血糖・血圧・脂質に関する状況		身体活動 (=生活活動+運動)		運動		体力 (うち全身持久力)	
健診結果が基準範囲内	65歳以上	強度を問わず、身体活動を毎日40分(=10メッツ・時/週)	(例えば10分多く歩く) 今より少しでも増やす	世代共通の方向性 —	運動習慣をもつようにする (30分以上の運動を週2日以上)	世代共通の方向性 —	性・年代別に示した強度での運動を約3分継続可
	18~64歳	3メッツ以上の強度の身体活動を(歩行又はそれと同等以上)毎日60分(=23メッツ・時/週)		3メッツ以上の強度の運動を(息が弾み汗をかく程度)毎週60分(=4メッツ・時/週)			
	18歳未満	— 【参考】幼児期運動指針:「毎日60分以上、楽しく体を動かすことが望ましい」		—			
血糖・血圧・脂質のいずれかが保健指導レベルの者		医療機関にかかっておらず、「身体活動のリスクに関するスクリーニングシート」でリスクがないことを確認できれば、対象者が運動開始前・実施中に自ら体調確認ができるよう支援した上で、保健指導の一環としての運動指導を積極的に行う。					
リスク重複者又は受診勧奨者		生活習慣病患者が積極的に運動をする際には、安全面での配慮が特に重要になるので、かかりつけの医師に相談する。					

※1 生活活動: 日常生活における労働、家事、通勤・通学などの身体活動。

※2 運動: スポーツなど、特に体力の維持・向上を目的として計画的・意図的に実施し、継続性のある身体活動。

○身体活動指針は、国民向けパンフレット「アクティブガイド」として、自治体等でカスタマイズして配布できるよう作成。

いつでもどこでも+10

プラス・テン

いつ+10しますか？ あなたの1日を振り返ってみましょう。



安全のために

誤ったやり方でからだを動かすと思わぬ事故やけがにつながるので、注意が必要です。

- ✓ からだを動かす時間は少しずつ増やしていく。
- ✓ 体調が悪い時は無理をしない。
- ✓ 病気や痛みのある場合は、医師や健康運動指導士などの専門家に相談を。



アクティブガイド -健康づくりのための身体活動指針-
厚生労働省健康局がん対策・健康増進課

アクティブガイド

—健康づくりのための身体活動指針—



プラス・テン +10で健康寿命^{※1}をのばしましょう！

ふだんから元気なからだを動かすことで、糖尿病、心臓病、脳卒中、がん、ロコモ^{※2}、うつ、認知症などになるリスクを下げることができます。

例えば、今より10分多く、毎日からだを動かしてみませんか。

※1「健康寿命」とは？
健康日本21(第二次)では、「健康上の理由で日常生活が制限されることなく生活できる期間」としています。

※2 ロコモ＝「ロコモティブシンドローム」とは？
骨や関節の病気、筋力の低下、バランス能力の低下によって転倒・骨折しやすくなることで、自立した生活ができなくなり介護が必要となる危険性が高い状態を指しています。



プラス・テン +10から始めよう!

今より10分多くからだを動かすだけで、健康寿命をのばせます。あなたも+10で、健康を手に入れてください。



1 気づく! 2 始める! 3 達成する! 4 つながる!

※1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上続けて行っている。

健康のための一歩を踏み出そう!



1 気づく!

からだを動かす機会や環境は、身の回りにたくさんあります。それが「いつなのか?」「どこなのか?」、ご自身の生活や環境を振り返ってみましょう。



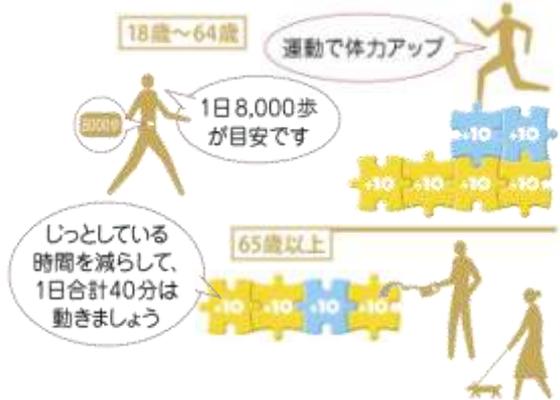
2 始める!

今より少しでも長く、少しでも元気にからだを動かすことが健康への第一歩です。+10から始めましょう。



3 達成する!

目標は、1日合計60分、元気にからだを動かすことです。高齢の方は、1日合計40分が目標です。これらを通じて、体力アップを目指しましょう。

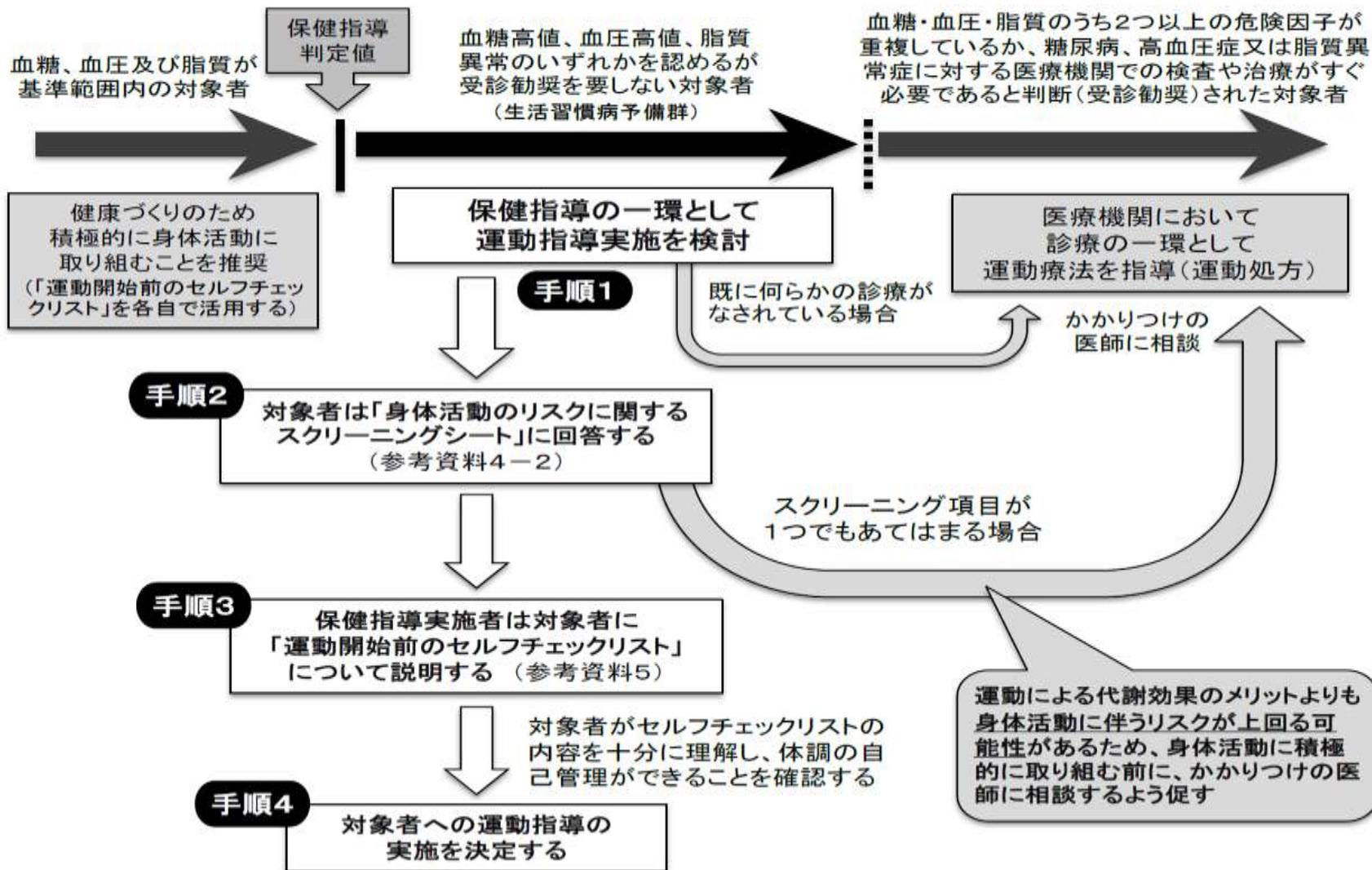


4 つながる!

一人でも多くの家族や仲間と+10を共有しましょう。一緒に行くと、楽しさや喜びが一層増します。



生活習慣病予備群(保健指導レベル)の対象者に対して 保健指導の一環としての運動指導の可否を判断する際の考え方



身体活動のリスクに関するスクリーニングシート

保健指導の一環として身体活動(生活活動・運動)に積極的に取り組むことを検討する際には、このスクリーニングシートを活用してください。

	チェック項目	回答	
1	医師から心臓に問題があると言われたことがありますか？ (心電図検査で「異常がある」と言われたことがある場合も含みます)	はい	いいえ
2	運動をすると息切れしたり、胸部に痛みを感じたりしますか？	はい	いいえ
3	体を動かしていない時に胸部の痛みを感じたり、脈の不整を感じたりすることがありますか？	はい	いいえ
4	「たちくらみ」や「めまい」がしたり、意識を失ったことがありますか？	はい	いいえ
5	家族に原因不明で突然亡くなった人がいますか？	はい	いいえ
6	医師から足腰に障害があると言われたことがありますか？ (脊柱管狭窄症や変形性膝関節症などと診断されたことがある場合も含みます)	はい	いいえ
7	運動をすると、足腰の痛みが悪化しますか？	はい	いいえ

【参考】 Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q)

「はい」と答えた項目が1つでもあった場合は、
身体活動による代謝効果のメリットよりも
身体活動に伴うリスクが上回る可能性があります。
身体活動に積極的に取り組む前に、
医師に相談してください。

すべて「いいえ」であった場合は、
参考資料5に例示する「運動開始前の
セルフチェックリスト」を確認した上で、
健康づくりのための身体活動
(特に運動)に取り組みましょう。

____年 ____月 ____日

説明担当者 氏名： _____
(保健指導実施者)

実践者 氏名： _____
(保健指導対象者)

運動開始前のセルフチェックリスト

健康づくりのための運動に取り組むときには、体調の確認が大切です。
自分でチェックする習慣をつけましょう。

	チェック項目	回答	
1	足腰の痛みが強い	はい	いいえ
2	熱がある	はい	いいえ
3	体がだるい	はい	いいえ
4	吐き気がある、気分が悪い	はい	いいえ
5	頭痛やめまいがする	はい	いいえ
6	耳鳴りがする	はい	いいえ
7	過労気味で体調が悪い	はい	いいえ
8	睡眠不足で体調が悪い	はい	いいえ
9	食欲がない	はい	いいえ
10	二日酔いで体調が悪い	はい	いいえ
11	下痢や便秘をして腹痛がある	はい	いいえ
12	少し動いただけで息切れや動悸がする	はい	いいえ
13	咳やたんが出て、風邪気味である	はい	いいえ
14	胸が痛い	はい	いいえ
15	(夏季)熱中症警報が出ている	はい	いいえ

昭和63年度 日本体育協会「スポーツ行事の安全管理に関する研究」より引用改変

運動を始める前に
一つでも「はい」があったら、
今日の運動は中止してください。

すべて「いいえ」であれば、無理のない
範囲で※ 運動に取り組みましょう。

(注)このセルフチェックリストでは、分かりやすくするために「運動」としていますが、生活活動(運動以外の身体活動)の場合も、強度が強い場合は同様の注意が必要になります。

※運動中に「きつい」と感じる場合は、運動強度が強すぎるかもしれません。適切な運動強度を知るためにも、自分で脈拍数を確認する習慣をつけましょう。
(例) あなたが40～50歳代で脈拍数が145拍/分以上になるようなら、その運動は強すぎる可能性があります。
※無理は禁物です。運動中に「異常かな」と感じたら、運動を中止し、周囲に助けを求めましょう。

____年 ____月 ____日

歩数(年齢調整)

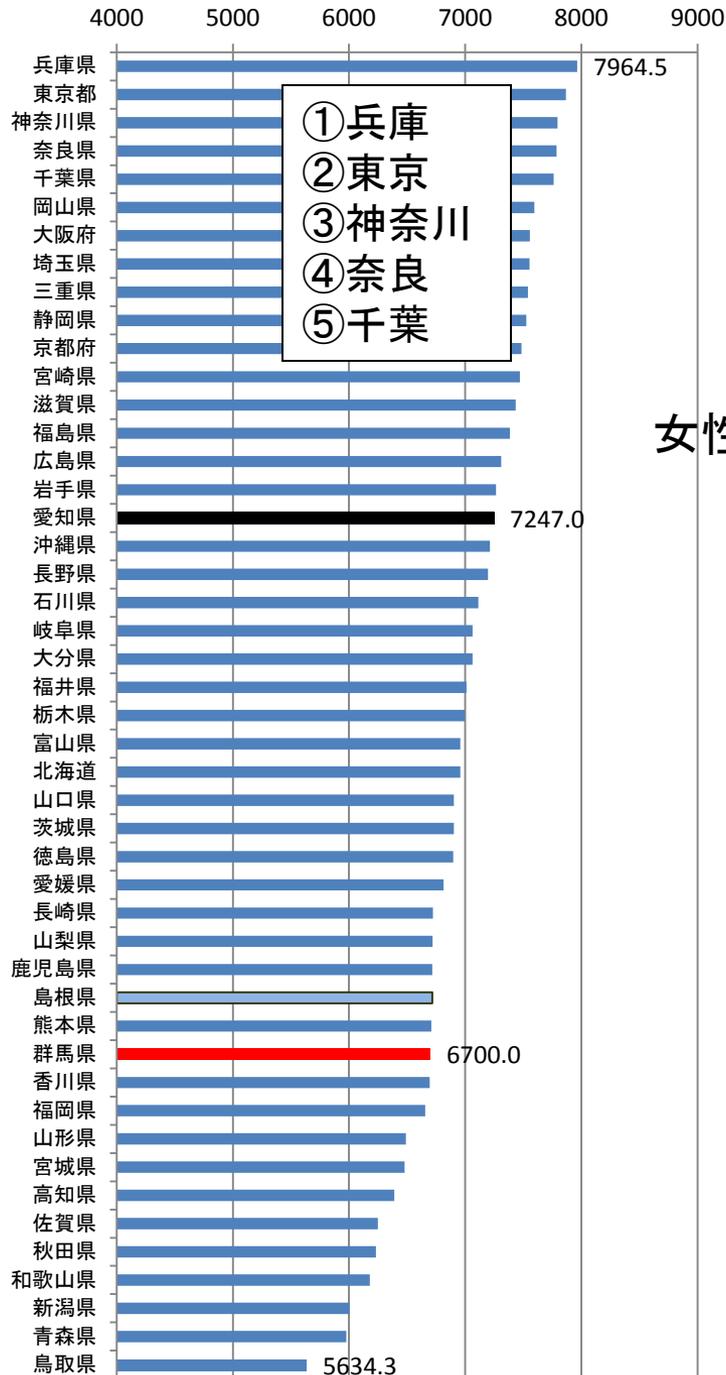
国民健康栄養調査：
平成18～22年、年齢調整

男性

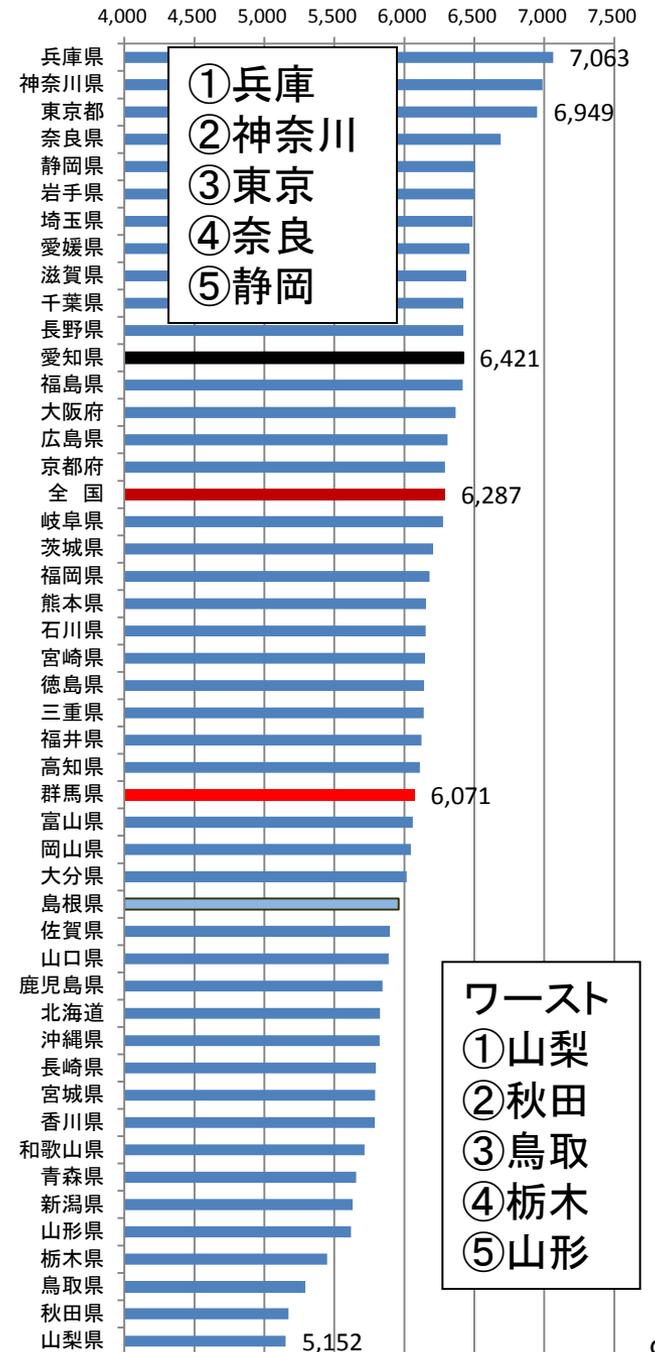
愛知県は
男性 17位
女性 12位

ワースト

- ①鳥取
- ②青森
- ③新潟
- ④和歌山
- ⑤秋田



女性



- ワースト
- ①山梨
 - ②秋田
 - ③鳥取
 - ④栃木
 - ⑤山形

標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)におけるアルコール対策の明確化

(アルコール関連部分の記載:抜粋)

第1編 3-2 健診・保健指導実施者が有すべき能力

(6) 個々の生活習慣に関する専門知識をもち活用できる能力

④ アルコールについての専門知識

健康日本21(第二次)では、生活習慣病のリスクを高める飲酒量を「純アルコール摂取量で男性40g/日以上、女性20g/日以上」と定義した。これは、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症等のリスクが1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇すること、また、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患についても概ねこの飲酒量を超えるとリスクが上昇することによる^{*}。したがって、生活習慣病予防のアプローチとして減酒支援は重要である。また、純アルコール1gは7kcalに相当し、体重コントロールの観点からも、減酒支援は栄養・運動指導を補完する新たな切り口となり得る。さらに、保健指導は、アルコール依存症患者が見出された場合に、専門医療機関での治療につなげる貴重な機会となり得る。

これらを踏まえ、保健指導実施者は、アルコールによる身体的・精神的及び社会的な影響に関する知識を持ち、対象者が抱える困難に共感しつつ、問題点を分かりやすく説明し、行動変容へと結びつける姿勢が求められる。具体的な支援方法は、第3編第3章3-4(4)⑧や第3編別添2を参照されたい。

^{*} 例えば、男性で週450g以上の純アルコール(日本酒換算で1日平均3合程度)を摂取する者の全脳血管性障害(脳出血+脳梗塞)の罹患率は、機会飲酒者の約1.6倍に上昇する。【出典】Iso H et al. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men. Stroke. 2004.

第3編 3-4 保健指導の実施内容

(4) 実施にあたっての留意事項

⑧ アルコールのリスクに着目した保健指導について

脳梗塞及び虚血性心疾患等については、飲酒量との関係は直線的とは言えないものの、一定の量を超えるとリスクが高まることから、「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」のいずれにおいても、アルコールのリスクに着目した保健指導を行うことが望ましい。

具体的には、AST/ALT等の肝機能検査の結果から直ちに受診を要する状況でないことを確認した上で、質問票における飲酒量の回答等から飲酒量を判断する。別添2のAUDIT(アルコール使用障害同定テスト)の判定結果によって、該当者に対して可能であれば保健指導として減酒支援(ブリーフインターベンション)を実施する。第1編第3章3-2(6)④も参照されたい。

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) ¹⁾

1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか？
0. 飲まない 1. 1カ月に1度以下 2. 1カ月に2～4度 3. 1週に2～3度 4. 1週に4度以上
2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？
ただし、日本酒1合＝2単位、ビール大瓶1本＝2.5単位 ウイスキー水割りダブル1杯＝2単位、焼酎お湯割り1杯＝1単位
ワイングラス1杯＝1.5単位、梅酒小コップ1杯＝1単位 (1単位＝純アルコール9～12 g)
0. 1～2単位 1. 3～4単位 2. 5～6単位 3. 7～9単位 4. 10単位以上
3. 1度に6単位以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？
0. ない 1. 1カ月に1度未満 2. 1カ月に1度 3. 1週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
4. 過去1年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0. ない 1. 1カ月に1度未満 2. 1カ月に1度 3. 1週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
5. 過去1年間に、普通だと行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0. ない 1. 1カ月に1度未満 2. 1カ月に1度 3. 1週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
6. 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0. ない 1. 1カ月に1度未満 2. 1カ月に1度 3. 1週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
7. 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0. ない 1. 1カ月に1度未満 2. 1カ月に1度 3. 1週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
8. 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0. ない 1. 1カ月に1度未満 2. 1カ月に1度 3. 1週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
9. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？
0. ない 2. あるが、過去1年にはなし 4. 過去1年間にあり
10. 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？
0. ない 2. あるが、過去1年にはなし 4. 過去1年間にあり

WHOによる6カ国(ノルウェー、オーストラリア、ケニア、ブルガリア、メキシコ、アメリカ)での調査を基に作成。

飲酒問題の程度を図る目的でも使われている

各項目に付された点数を合計して判断するが、わが国の調査では、11点、もしくは12点を問題飲酒者のカットオフポイントとした場合、特異度、敏感度ともに80%を超えることが示されている²⁾

1) Babor TF, et al : AUDIT: The Alcohol Use Disorder Identification Test: Guidance for Use in Primary Health Care. WHO, 1992

2) 廣 尚典 : CAGE, AUDITによる問題飲酒の早期発見. 日本臨床特別号アルコール関連障害とアルコール依存症. 1997

減酒支援(ブリーフインターベンション)の具体的な手順

支援初日

【ステップ1】
普段の飲酒
の評価

- ・ 普段の飲酒状況を改めて確認します。AUDIT質問1～3の内容が有用です。
- ・ この情報をもとに減酒目標を作るため、できるだけ具体的に聞くことが重要です。

【ステップ2】
飲酒問題の
評価と整理

- ・ 対象者に、お酒の飲み過ぎが原因と思われる問題があるかを質問します。
- ・ 対象者が自ら問題を認識していれば、整理して共有します。
- ・ もし対象者が問題を認識していないのであれば、飲酒の害に関する教材を活用して気づきを促しながら問題点を整理していきます。

【ステップ3】
減酒の提案
と目標設定

- ・ 減酒を提案し、対象者に合う方法をともに考え、対象者自ら書き出してもらいます。
- ・ 具体的な減酒目標を立てます。例)週に2日休肝日をつくる、多く飲む日でも日本酒3合までにする
- ・ その日からさっそく、「飲酒日記」を付けることを促します。
- ・ 次回面接日を設定し、その日まで日記をつけ目標の達成を目指すよう、励まします。

目安:2~4週間後

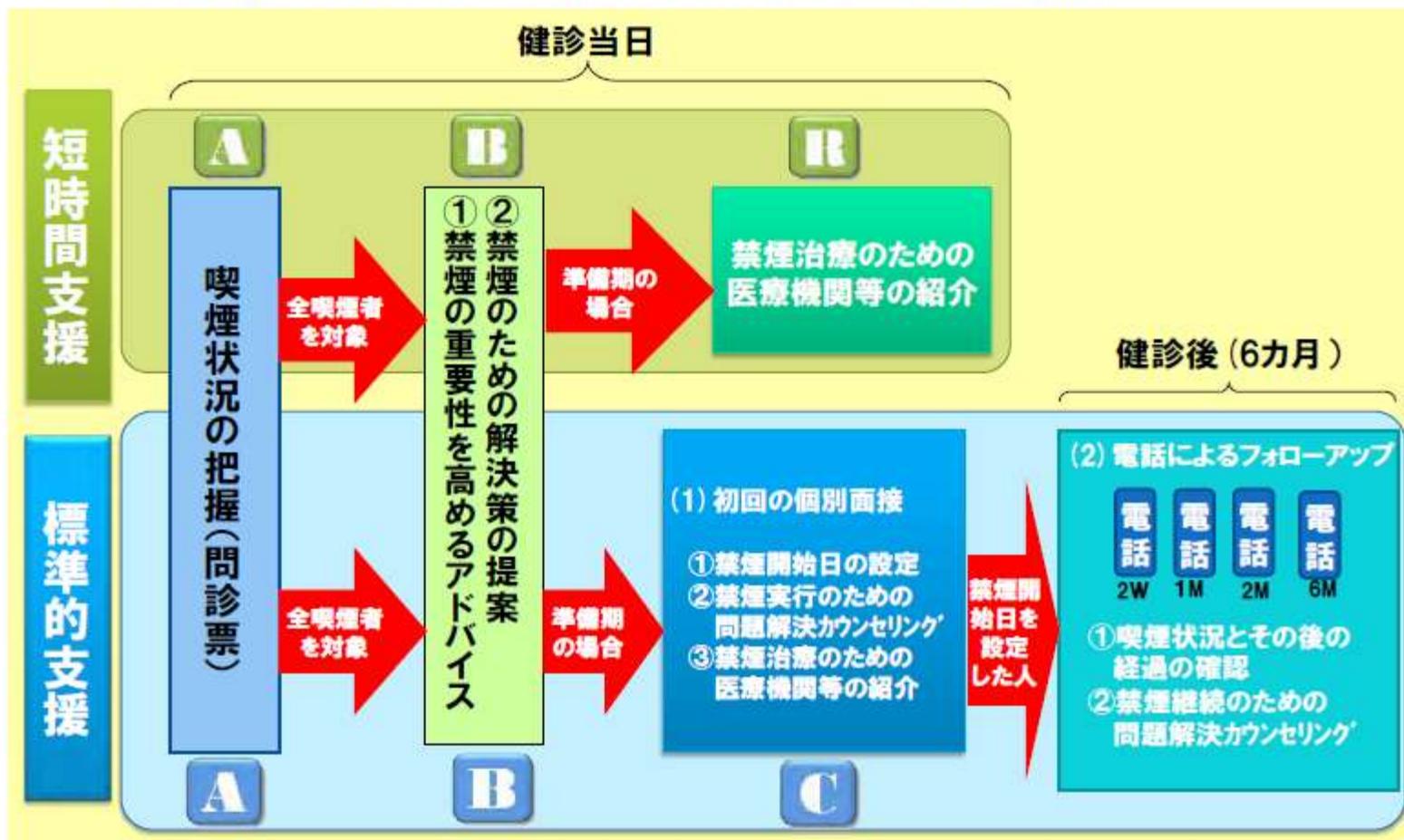
支援2回目

【ステップ4】
フォローアップ
支援

- ・ 支援初日から今までの飲酒状況について、「飲酒日記」を見ながら話し合います。
- ・ 減酒できていれば努力を賞賛し、できなかった場合はその理由を話し合います。
- ・ 飲酒日記をつけていなかった場合には、「なぜつけなかったか、なぜつけたくないのか」という点に立ち返って話し合い、再び取り組むことにつなげます。

保健指導のための禁煙支援簡易マニュアル

図表1. 短時間支援(ABR方式)と標準的支援(ABC方式)の流れ



図表2. 短時間支援(ABR方式)と標準的支援(ABC方式)の内容

	短時間支援(ABR方式)	標準的支援(ABC方式)
回数	個別面接1回	個別面接1回と電話フォローアップ4回
時間	1～3分	初回面接10分、フォローアップ5分
内容	<p>Ask (喫煙状況の把握)</p> <p>Prief advice (短時間の禁煙アドバイス) ①禁煙の重要性を高めるアドバイス ②禁煙のための解決策の提案</p> <p>Refer (医療機関等の紹介) ☆準備期のみ</p>	<p>Ask、Prief adviceは左記と同様</p> <p>Cessation support (禁煙実行・継続の支援)</p> <p>(1) 初回の個別面接 ☆準備期のみ ①禁煙開始日の設定 ②禁煙実行のための問題解決カウンセリング ③禁煙治療のための医療機関等の紹介</p> <p>(2) 電話によるフォローアップ ☆禁煙開始日設定者のみ ①喫煙状況とその後の経過の確認 ※禁煙に対する賞賛と励まし ②禁煙継続のための問題解決カウンセリング</p>
支援の場	各種健診(特定健診やがん検診など)	特定保健指導や事後指導等の各種保健事業

2回目以降の支援についての留意点

- 1回目の支援の経過を共に確認。
- 自らの行動や体重変化を意識している分、より具体性、実践可能性をもった目標設定ができる。
本人がより主体的に目標設定に参画できるように促す。
- 前回の達成状況を勘案して、無理のない目標設定を行うこと。
- 高齢者は、保健指導判定値レベルで安定していれば良好と考える必要がある。
- 長期的な健康管理を継続して支援しているという信頼関係が得られるようにする。

「うまくいかない」状況

できなかったと反省

自己防衛(〇〇だから仕方がない)

どんな時にできなかったのか？を考える

「意志が弱い」と考える

○行動的

× 抑うつ的
ここで思考は止まってしまう

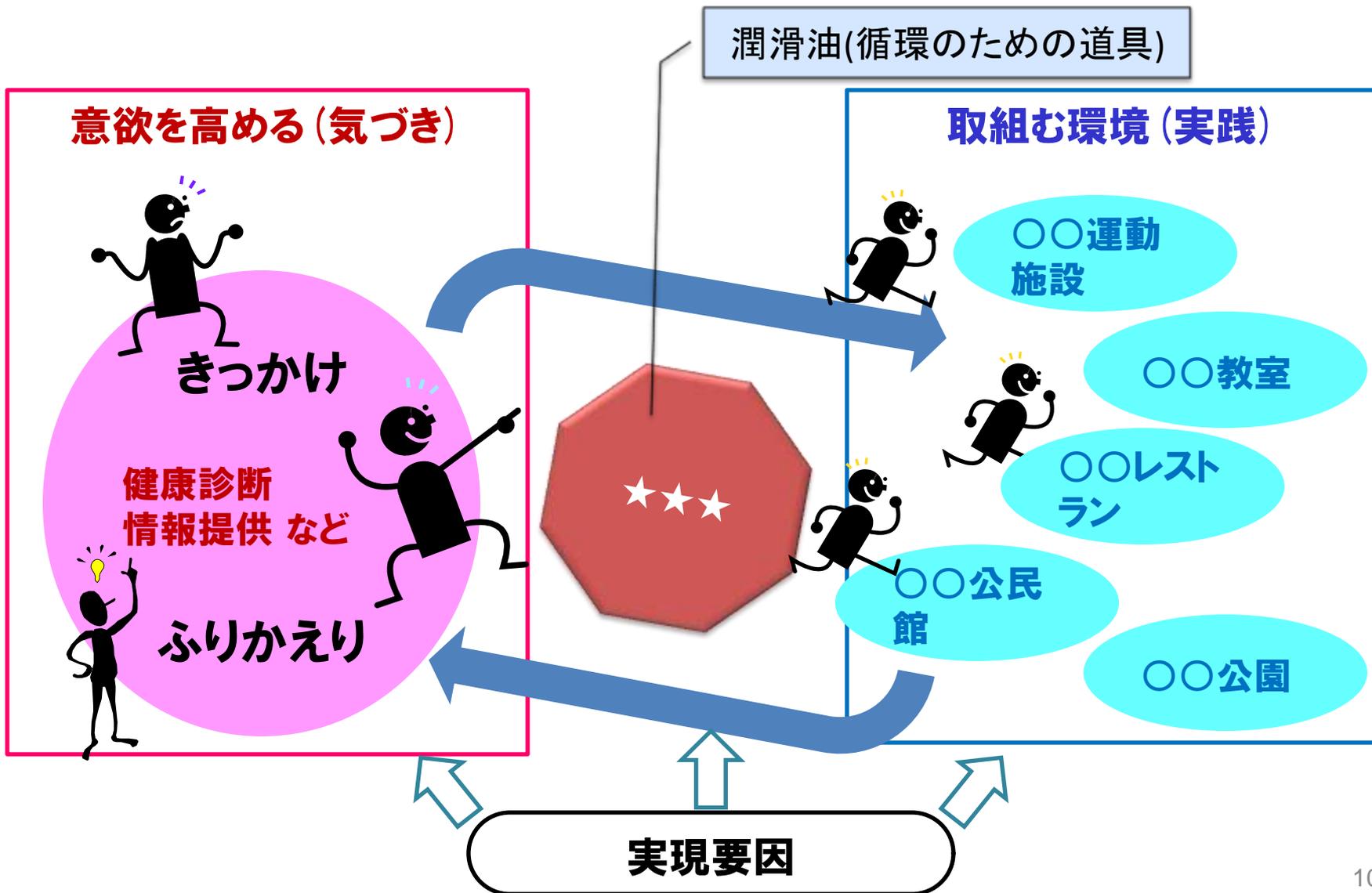
△ 自分の落ち度は認めない
行動の必要性を再考すべき

状況に合わせた新たな目標設定
再挑戦

セルフマネジメント

目的	健康でいたい理由、したいこと、続けたいこと
目標設定	段階的に行動の目標を設定する。 目標は明確で数量化でき、短期的なもの。
セルフ モニタリング	行動の記録、自己評価、言い訳・自慢 体重・歩数・行動目標の評価など
行動契約	指導者と行動契約書を交わすことにより、行動 実践への拘束力を高める。
セルフトーク	内部的な対話。自分自身に教示。 肯定的思考を増やし、否定的思考を減らす。
ソーシャル サポート	家族や友人と一緒に行動してくれたり、応援し てくれる。

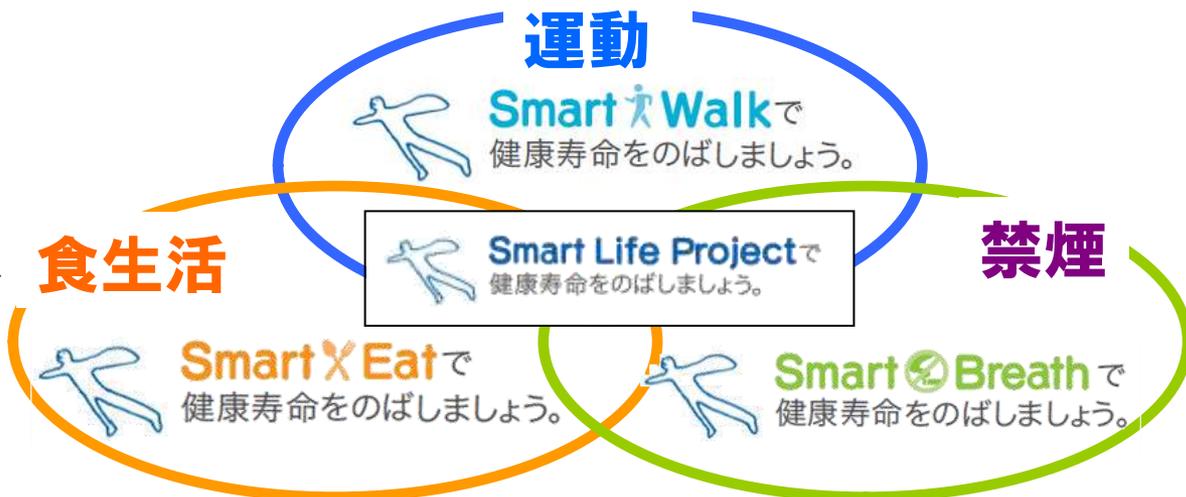
健診からはじまる 健康なまちづくり（東海市）





「Smart Life Project」が提案する3つのアクション

“健康寿命をのばしましょう”をスローガンに、「運動、食生活、禁煙」で具体的なアクションを呼びかけます。象徴的なアクションを設定し、そのネーミングとロゴを作成しました。



推奨するアクション例(メッセージ)

 **Smart Walk**で健康寿命をのばしましょう。



例えば、毎日10分の運動を。

通勤時。苦しくならない程度のはや歩き。

それは、立派な運動になります。

1日に10分間の運動習慣で健康寿命を延ばしましょう。

 **Smart Eat**で健康寿命をのばしましょう。



例えば、1日プラス70gの野菜を。

日本人は1日280gの野菜を採っています。

1日にあと+70gの野菜を食べること、朝食をしっかり食べることで健康寿命を延ばしましょう。

 **Smart Breath**で健康寿命をのばしましょう。



例えば、禁煙の促進。

タバコを吸うことは健康を損なうだけでなく、肌の美しさや若々しさを失うことにも繋がります。タバコをやめて健康寿命を延ばしましょう。