

生活習慣病対策保健事業の評価

あいち健康の森健康科学総合センター
津下 一代

評価の原則

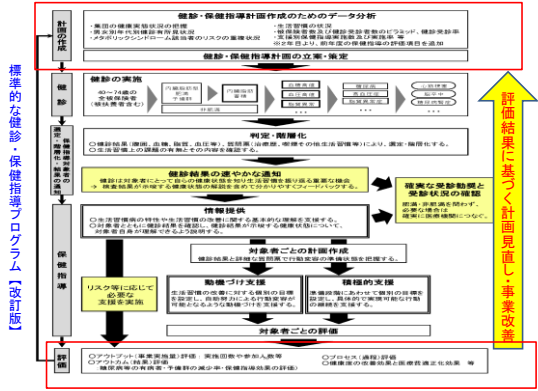
- 誰が評価するのか(Who):
保険者? 保健指導機関? 保健指導者?
- なぜ評価するのか(Why) 評価の目的
- 何を評価するのか(What)
- 誰を評価するのか(Whom)
- いつ評価するのか(When)
- いかに関評価するのか(How)

特定健診・保健指導事業における 評価の目的は?

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤

特定健診・保健指導事業における評価の位置づけ

生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの流れ(イメージ)

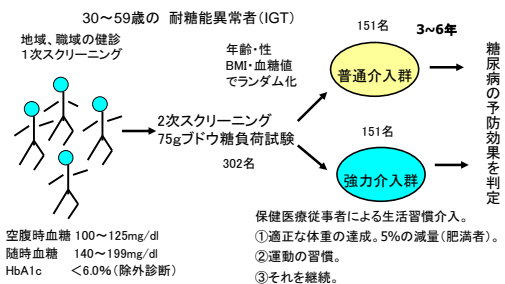


分析者とその目的: 疑問や問題意識が大切

- 研究者⇒普遍的な真実に迫りたい(⇒論文文化)
個別性をできるだけ消去、比較可能にする作業
(調整・相対危険度...) 新発見をめざす
- 健康日本21の評価: 国の対策全体はうまく進んでいるのか?
- 国の医療費適正化WGの目的
⇒この事業を続けるべきか? 保険者等の疑問解消
もっと効果的・効率的なルール設定はできないか?
- 保険者の目的⇒効果的な保健事業ができているか
加入者の健康状態は改善しているか? 課題はなにか?
(今よりも? 他よりも?)
- 保健事業実施者⇒自分(チーム)の保健指導はうまくいっているか、継続率・効果を高めるにはどうしたらよいか

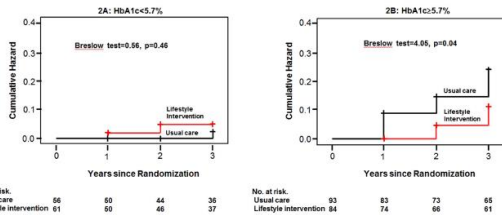
多施設によるランダム化比較試験(RCT)

日本糖尿病予防プログラム(JDPP)



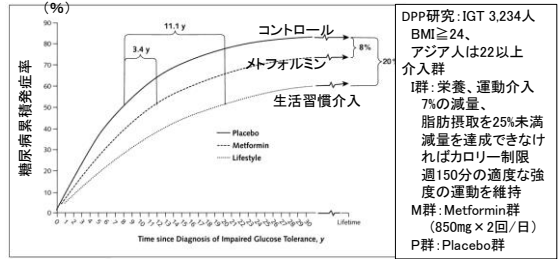
わが国のIGTに対する生活習慣介入研究(JDPP)

3年の累積DM発症はHbA1c \geq 5.7%で有意に抑制



BMJ Open Diabetes Research and Care
2014;2:000003. doi:10.1136/bmjdc-2013-000003

生活習慣介入の方が薬物治療より効果が高い (IGTに対するRCT研究)



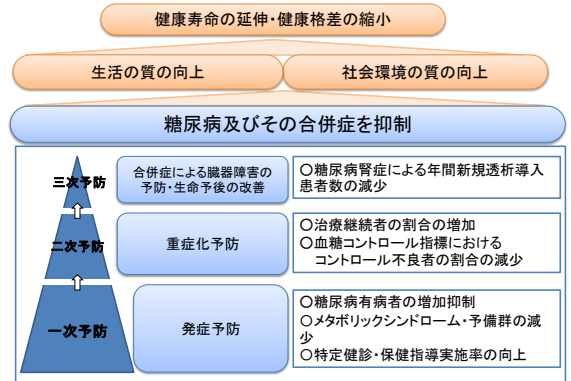
DM発生率はM群31%減、I群58%減(P群比較)
3年の予測累積DM発症はP群28.9%、M群21.7%、I群14.4%
対象者の半数が糖尿病になるまでの期間: M群では3年遅延、I群では11年遅延

ADA ガイドライン2017
Prevention or Delay of Type 2 Diabetes Recommendations
(Diabetes Care 2017;40(Suppl. 1):S44-S47 | DOI: 10.2337/dc17-S008)

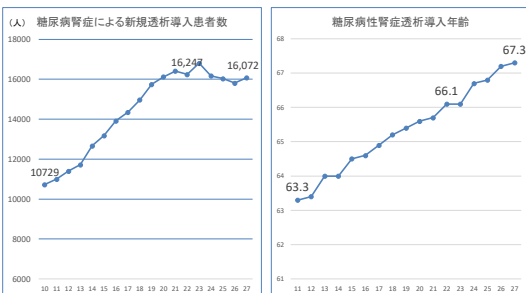
Prediabetesに対して

- 少なくとも毎年糖尿病の検査を受けること (E)
- DPPプログラムに基づいた**強力な生活習慣介入(行動変容)プログラムの参加を勧めること**。
初期体重の7%減量、
速歩等中等度の運動を週に150分以上 (A)
- ICT、遠隔学習等の新技術を活用すること(B)
- 医療保険者などの予算を獲得すること(B)

健康日本21(第2次):糖尿病の目標設定の考え方

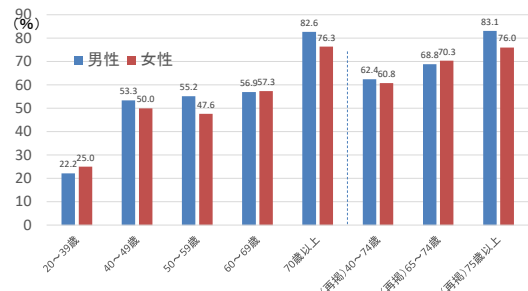


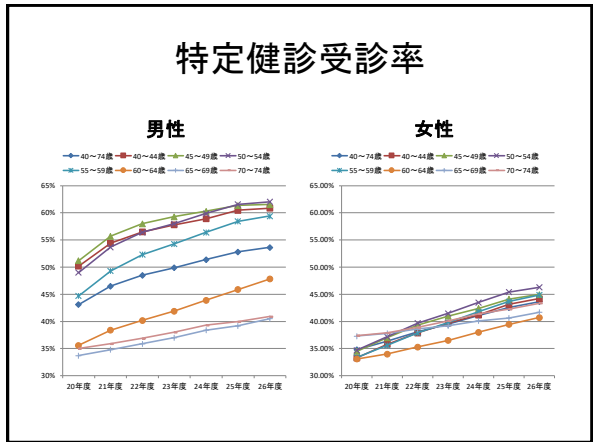
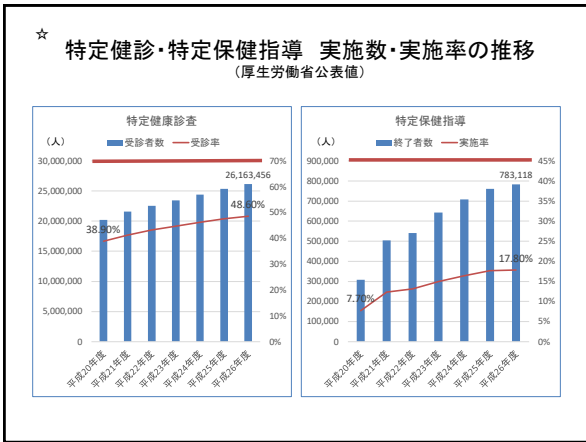
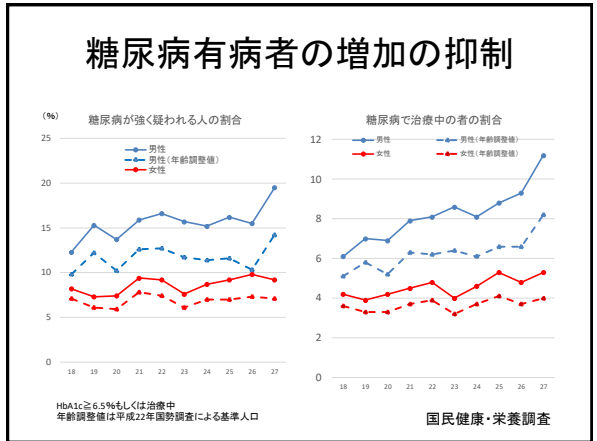
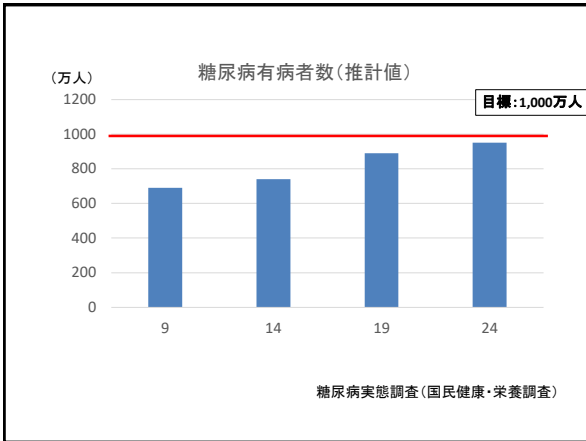
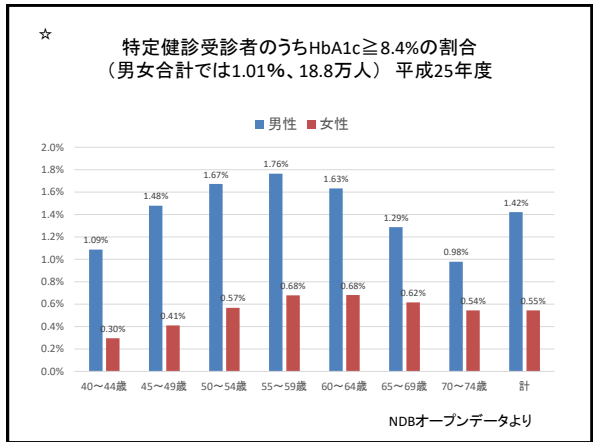
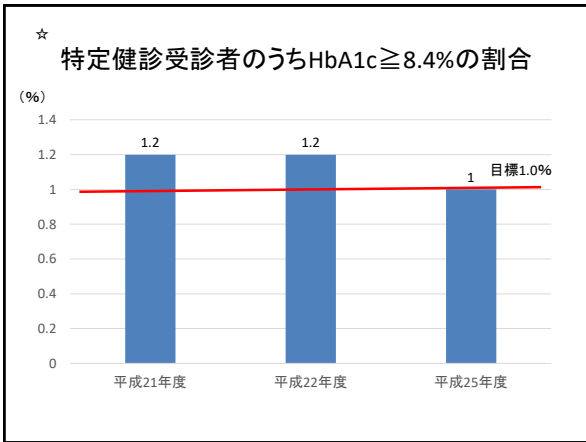
糖尿病腎症による新規透析導入



日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」より

糖尿病を指摘されたことがある者における治療中の者の割合 (平成27年)

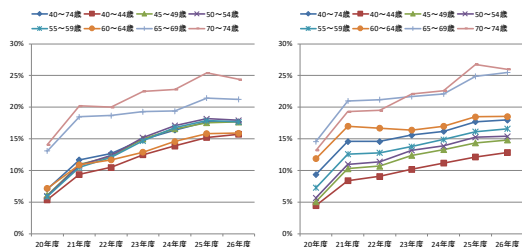




特定保健指導実施率(終了者)

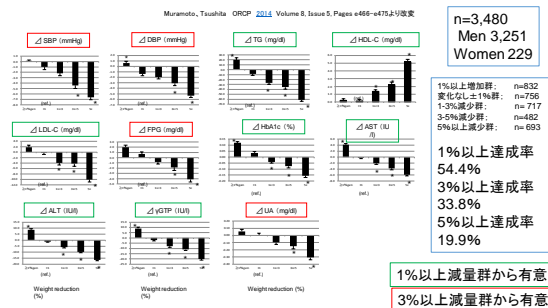
男性

女性



研究者としての分析例

特定保健指導積極的支援 1年後の体重減少率と肥満関連11検査指標の変化
肥満症に限定した分析 (3,480人、48.3 ± 5.9歳; BMI: 27.7 ± 2.5 kg/m²)

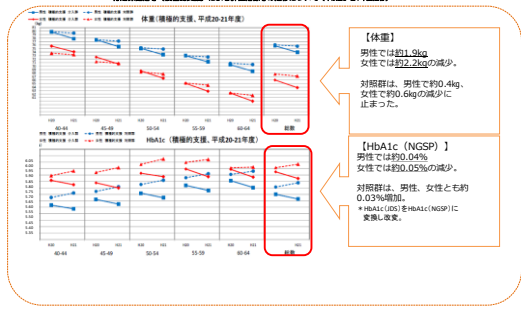


National Data Base 分析

保健指導終了者とそれ以外の者の検査データ比較

分析対象者数 約200万人 (各年とも)

特定保健指導(積極的支援)による群別検査データの推移について(平成20-21年度)

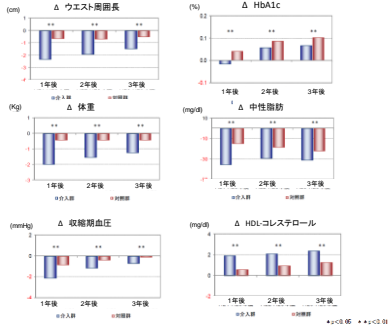


特定保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ最終とりまとめ資料

National Data Base 分析

保健指導後3年間の検査値の推移 (積極的支援・男性)

- 健診データと医療費データの突合ができた365保険者を対象
- 平成20年度特定保健指導対象→3年後まで追跡 (約22万人)
- 積極的支援
 - 介入群 10,842人
 - 対照群 78,072人
- 動機づけ支援
 - 介入群 20,848人
 - 対照群 111,654人



メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率 (対20年度比)

○ 平成20年度と比較したメタボ該当者等の減少率を見ると、全体としては約3.2%減少。ただし、の中には、服薬者も含まれており、より詳しく特定保健指導の効果を見るため、平成20年度と比較した非服薬者におけるメタボ該当者等の減少率、特定保健指導対象者数の減少率を見ると、平成25年度に引き続き平成26年度も減少傾向にあった。

	メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の減少率 (対20年度比)	非服薬者の中のメタボリックシンドローム該当者及び予備群者の減少率(対20年度比)	特定保健指導対象者数の減少率(対20年度比)
平成26年度	3.18%	12.74%	16.1%
平成25年度	3.47%	12.67%	16.0%
平成24年度	3.09%	10.60%	12.0%
平成23年度	2.12%	8.06%	9.7%

※1 減少率は、実数で算出した場合、年度ごとの特定健診実施率の高低の影響を受けるため、それぞれの出現割合に各年度の住民基本台帳人口を乗じた推定数により算出。なお、年齢構成の変化の影響を少なくするため、性・年齢階級(5歳階級)別に推定数を算出し、その合計により、減少率を算出している。

※2 非服薬者の中のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は、性・年齢階級ごとに算出したメタボリックシンドローム該当者及び予備群の出現割合に、性・年齢階級ごとの住民基本台帳人口を乗じることで得られるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数により算出しているが、非服薬者の人口構成の特徴が反映されていない。

分析者とその目的:疑問や問題意識が大切

- 研究者⇒普遍的な真実に迫りたい(⇒論文化)
 - 個性性をできるだけ消去、比較可能にする作業 (調整・相対危険度...) 新発見をめざす
- 国の医療費適正化WGの目的
 - ⇒この事業を続けるべきか? 保険者等の疑問解消もっと効果的・効率的なルール設定はできないか?
- 保険者の目的⇒効果的な保健事業ができていないか
 - 加入者の健康状態は改善しているか? 課題はなにか? (今よりも? 他よりも?)
- 保健事業実施者⇒自分(チーム)の保健指導はうまくいっているか、継続率・効果を高めるにはどうしたらよいか

マクロ(集団) vs ミクロ(事業・個人を特定) ルーチン vs 深掘り

- 毎年一定の方法(標準化された方法)でデータ分析、一覧としていく(ルーチン)
例: 法定報告・保健事業報告
⇒ 基準を一定期間かえない、どの地区も同じ基準で!
- 課題があるところを、詳しく見ていき(深掘り)
対策すべき対象・方法を見つける
⇒ セグメント化、年齢を考慮した分析
- 個別の事業の課題、個人を特定した分析

25

マクロ・深掘り

図表 43 データの集計・分析の視点

評価の仕方	内容
性別	男女による違い
年齢階級別	若年層と高齢者との違い
地域別	地区別の違い
参加前の身体状況別	例: 喫煙者・非喫煙者での違い
参加状況別	面接の回数別やメールの返信回数別の違い
参加プログラム別	プログラムが複数ある場合、設定回数や提供サービスによる違い
事業者別	複数の事業者が実施した場合、事業者による違い

国保中央会: 国保・後期高齢者ヘルスサポート事業ガイドライン

保健事業評価の視点

評価の構造	評価の視点・内容
ストラクチャー 実施体制は整っているか	<ul style="list-style-type: none"> • 達成したい目標にむけて、保険者・事業主、産業医等の理解は得られているか。 • 保健指導の実施体制が構築できたか(内製・委託) • 委託の場合、十分に事業を実施できる事業者であるか。 • 対象者等との連絡、協力体制ができていないか。
プロセス うまく運営できているか	<ul style="list-style-type: none"> • 事業実施手順書を作成し、関係者間で共有できているか • 募集、初回実施、継続、評価の各段階でチェックしているか。 • 対象者に合わせた内容が準備できているか • 参加者の健康状態を事前に把握、指導者に提供できるか。
アウトプット ちゃんと実施できたか	<ul style="list-style-type: none"> • 計画した事業が実施できたか • ねらったセグメントの対象者が参加できているか • 最後まで継続できたか • 実施回数、人数は計画どおりか
アウトカム 結果は出ているか	<ul style="list-style-type: none"> 目的とした成果が上がっているか。 関心度、行動(受療を含む)・生活習慣、健康状態(検査値)、医療費(非参加群との比較があるとよい)

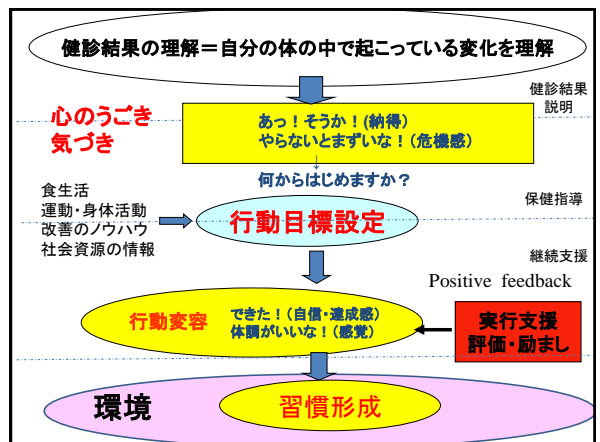
特定健診、特定保健指導の戦略

- しくみ: 法制度化・実施主体(財源・責任)の明確化
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
効果を高める工夫:
対象者選定(メタボリックシンドローム)
標準的な保健指導プログラム
研修体系、研修プログラム
- 評価システムの構築
National Data Baseへの集約
評価WG常設、NDB活用法の検討

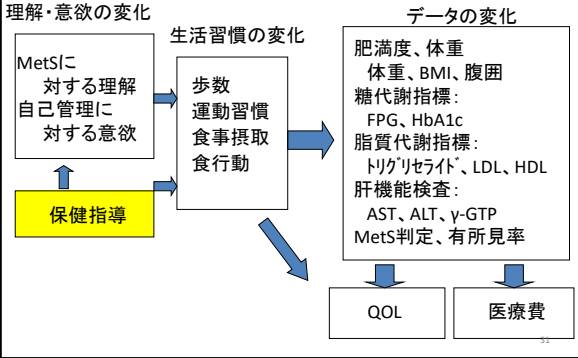
保健指導の評価方法(例)

対象	評価項目	評価指標	評価手段	評価時期	評価責任者
個人	意欲向上 知識の獲得 行動変容、自己効力感	行動変容ステージの変化 生活習慣改善状況	質問票、観察 自己管理シート	6か月後 1年後	保健指導実施者
	健診データの改善	肥満度(BMI、腹囲など)、血圧、脂質、血糖、MetSリスク数、喫煙 状況	健診データ	1年後 (6か月後)	
集団	行動変容	生活習慣改善状況	質問票、観察 自己管理シート	1年後 3年後	保健指導実施者 医療保険者
	対象者の健康状態の改善	肥満度(BMI、腹囲など)、血圧、脂質、血糖、MetSリスク数、総コレステロール、長期休業率	健診データ 疾病統計	1年後 3年後 5年後	
	対象者の生活習慣関連医療費	医療費	レセプト	3年後 5年後	
事業	保健指導のスキル 保健指導に用いた支援材料 保健指導の記録	生活習慣改善 指導過程のふり振り返り カンファレンス ピアレビュー	指導終了後 など	指導終了後 など	保健指導実施者 医療保険者
	社会資源を有効に、効率的に 活用して実施したか	社会資源(施設、人材、財源)の 活用状況 委託件数、委託率	社会資源の活用状況 委託状況	1年後	
	対象者選定は適切であったか 支援方法は適切であったか 対象者の満足度	受診者に対する保健指導対象者 の割合 目標達成率、満足度	質問票、観察	1年後	
	各対象者に対する行動目標は 適切に設定されたか	目標達成率 プログラム参加継続率	質問票、観察	1年後	
最終 評価	全体の健康状態の改善	死亡率、要介護率、有病者、予備群、有見率など	死亡、疾病統計 健診データ	毎年 5年後 10年後	医療保険者
	医療費適正化効果	生活習慣関連医療費	レセプト		

標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)



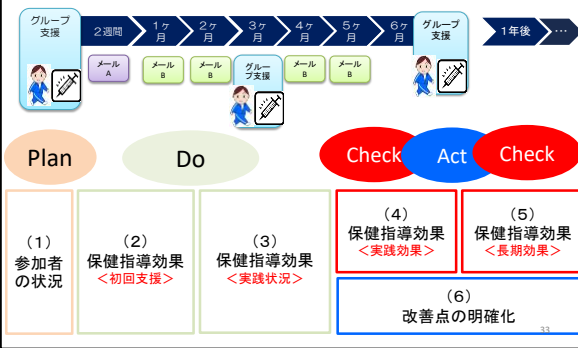
保健指導事業を評価するための指標



保健指導がうまくいっているかどうか？

- ① 保健指導のプロセスをチェックする
 - ・自己評価、チームでの評価
- ② 対象者の変化を測定する
 - ・面接時の表情・態度、記録状況
- ③ 保健指導効果を検証する
 - 対象者の生活習慣・体重や検査データの変化

どの時点で何を評価するか (PDCA)



(1) 参加者の状況

・性年代別、検査データの傾向、集団の特徴(勤務形態など)を事前に把握しておく
 ・事前打ち合わせによって、依頼元の要望を把握しておく

【健保A】 人数は少ないが 効果の上がる保健指導を期待

<会社の特徴>
 ・男性社員が大半、製造業
 ・日勤勤務者がほとんど
 <問題意識>
 ・喫煙率が高い
 ・毎日飲酒する人が多い

特定保健指導参加者の状況

身体計測	項目	単位	値	標準偏差
BMI	体重	kg	74.5	± 9.1
	BMI	kg/m ²	28.5	± 3.8
腹囲	腹囲	cm	90.0	± 7.8
	収縮期血圧	mmHg	128.3	± 13.6
血圧	拡張期血圧	mmHg	83.0	± 9.5
	HDLコレステロール	mg/dl	54.3	± 8.9
脂質代謝	LDLコレステロール	mg/dl	127.5	± 27.6
	中性脂肪	mg/dl	150.8	± 81.8
血糖	空腹時血糖	mg/dl	93.8	± 7.2
	HbA1c (NGSP)	%	5.7	± 0.4
肝機能	AST	IU/l	22.6	± 8.9
	ALT	IU/l	30.0	± 22.1
	γ-GTP	IU/l	40.0	± 20.3

	男性	女性
40歳代	8	1
50歳代	10	1
60歳代	3	0

平均年齢 50.9 ± 7.4歳

34
愛知県健康づくり推進事業部

【健保B】

事務職中心
 支援該当人数が多く、少しでも多くの対象者に介入することが目的。

	積極的支援			助成づけ支援		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
40歳代	85	1	86	110	15	125
50歳代	102	3	105	109	15	124
60歳代	5	0	5	10	0	10
合計	192	4	196	229	30	259

平均年齢 49.8 ± 6.0歳

・事務職が多いため日中の活動量は少ない。
 ・参加者の喫煙率は19%と比較的低い。

身体計測	項目	単位	全体 (N=455)		男性 (N=421)		女性 (N=34)	
			値	標準偏差	値	標準偏差	値	標準偏差
BMI	体重	kg	74.5	± 8.5	75.0	± 8.2	67.4	± 8.0
	BMI	kg/m ²	28.9	± 2.5	28.8	± 2.5	27.3	± 3.0
腹囲	腹囲	cm	90.5	± 8.1	90.4	± 8.0	91.8	± 7.8
	収縮期血圧	mmHg	128.4	± 12.8	128.5	± 12.7	127.8	± 14.0
血圧	拡張期血圧	mmHg	80.9	± 9.5	80.2	± 9.5	78.9	± 9.5
	HDLコレステロール	mg/dl	54.5	± 13.3	54.1	± 13.3	59.5	± 13.1
脂質代謝	LDLコレステロール	mg/dl	131.2	± 25.2	131.4	± 25.1	129.2	± 28.2
	中性脂肪	mg/dl	146.0	± 70.8	147.8	± 70.8	124.5	± 70.9
血糖	空腹時血糖	mg/dl	95.9	± 10.3	95.8	± 10.3	96.1	± 10.2
	AST	IU/l	23.8	± 8.7	24.1	± 8.8	20.0	± 6.0
肝機能	ALT	IU/l	30.0	± 19.0	30.6	± 19.3	22.6	± 12.4
	γ-GTP	IU/l	55.6	± 23.5	57.3	± 23.6	34.5	± 14.0

35
愛知県健康づくり推進事業部

(2) 保健指導の評価(初回支援)

・受講者の生活改善意欲が高まったか
 ・初回支援の理解度や満足度はどうか

アンケートから分析

支援前

【1】教室に参加された目的(動機)は何ですか？

1. 健診結果が気になった
2. すずめられた(家族・保健師・その他)
3. メタボに関心があった
4. 友人が参加した
5. 検査データを改善したいと思った
6. 業務の一環
7. その他

参加動機(積極性)

【6】運動や食事等の生活習慣を改善してみようと思いませんか？

1. 改善するつもりはない
2. 改善するつもりである(概ね6か月以内)
3. 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている
4. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)
5. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)

支援前の関心度(ステージ)

支援直後

【8】本日の教室はいかがでしたか？

1. 大変ためになった
2. ためになった
3. 参加前と変わらなかった
4. ためにならなかった

支援直後の満足度・理解度

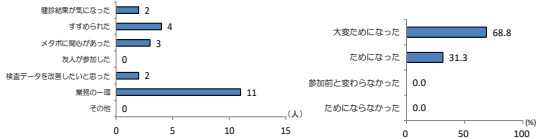
【9】今日の教室に参加して感じたことをお聞かせください。

1. 実践中なのでそのまま続ける
2. 今日から変えようと思う
3. 明日から変えようと思う
4. 変えたいと思うが難しい
5. 健康になるための努力はしていないが、今のままでよいと思う

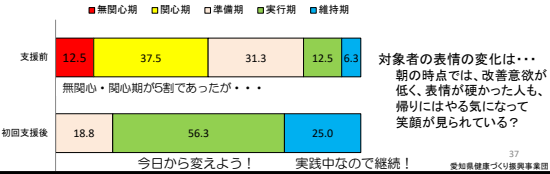
支援直後の生活習慣改善意欲

アンケートから満足度、関心度を確認

【1】参加動機(支援前の関心度) ➡ 【8】満足度(支援直後の満足度・理解度)

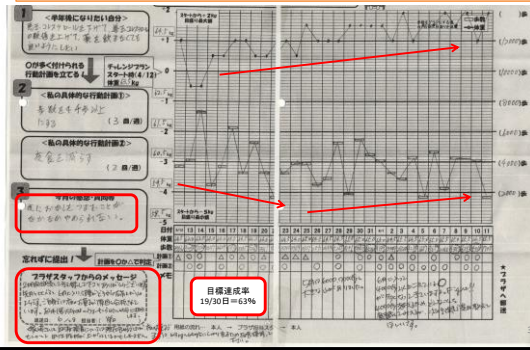


【6】支援前の関心度 ➡ 【9】支援直後の意欲



(3) 保健指導の評価(実践状況)

・支援のたびに、実践状況や体重の変動を確認する。
・必要時、目標の修正・変更を行う。



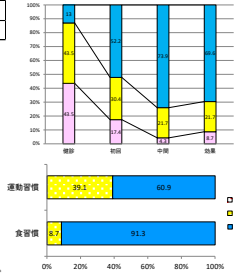
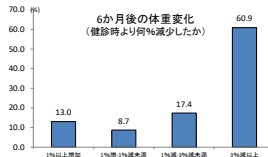
(4) 保健指導の評価(実践効果、6か月後)

・検査数値は改善したか(体重、腹囲、血圧、血液検査、MetS判定など)
・行動目標の実践状況
・食生活、運動習慣、喫煙習慣への意識の変化
・参加者の感想

【健保A】

初回支援人数	脱落人数	継続率
24人	1人	95.8%

・体重：平均-3.1kg、腹囲：平均-2.2cm
・8割以上が減量に成功し、3%以上減量成功は約6割
・MetSまたは予備群該当者が約7%→30%に減少
・習慣が改善したと実感している人は、運動習慣で6割、食習慣で9割

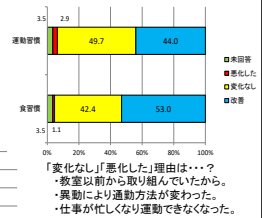
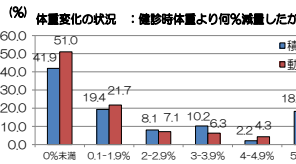


【健保B】

初回支援人数	脱落人数	継続率	
196人	9人	95.4%	
積極的支援	259人	2人	99.2%
動機づけ支援	455人	11人	97.6%

<体重> 積極：平均-1.2kg 動機：平均-0.3kg
<腹囲> 積極：平均-1.8cm 動機：平均-0.7cm

・約5割が健診時より体重減少
・4%以上の減量成功者は16.6%
・健診から初回支援までの期間にばらつきがあり、初回支援までに体重の増減がある人も多かった。

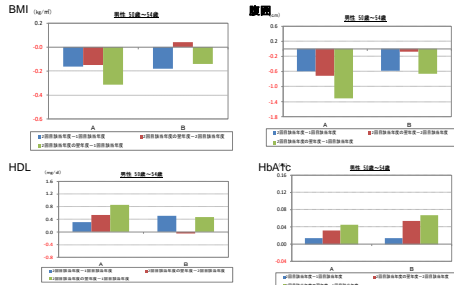


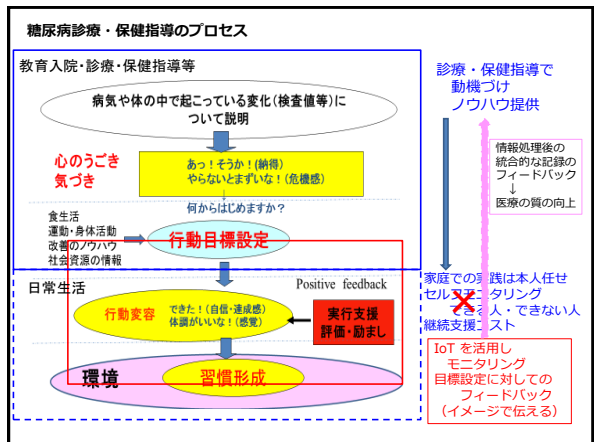
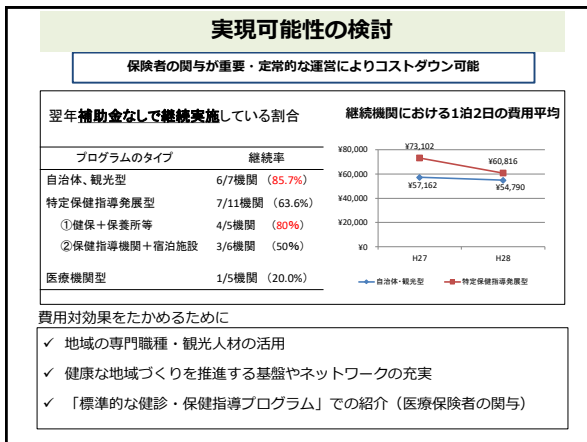
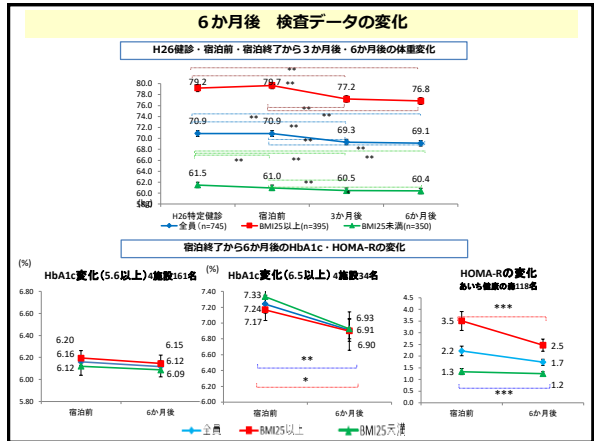
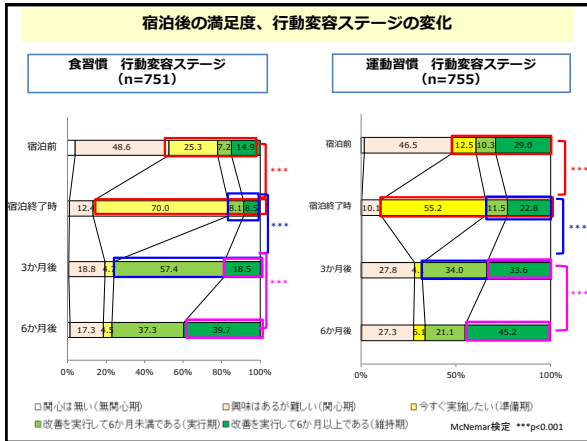
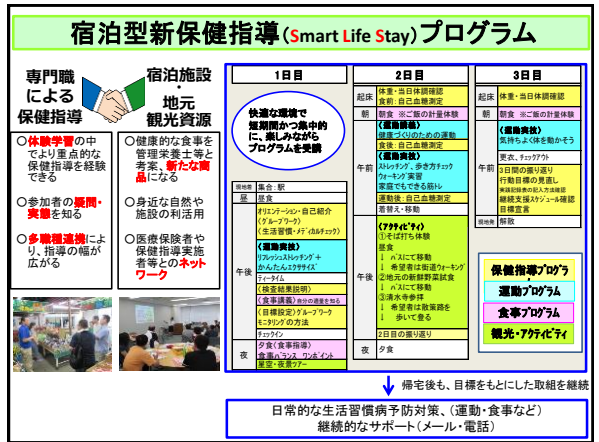
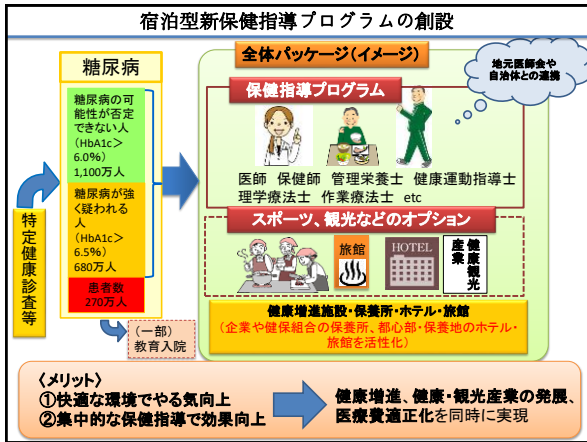
プログラム参加者の感想(6か月後)

- ・やればできることがわかった。
- ・「あと少しがんばってみよう。」という意識を持ち続けていることが大事だと思った。
- ・ほぼ毎日体重計に乗り体重を意識するようになった。食べ過ぎ・飲み過ぎの後はセーブすることを考えるようになった。
- ・生活記録をつけることにより、体重の増える時がよくわかった。
- ・減量することで血圧がコントロールできることを実感した。
- ・途中から体重が減ってきたため面白くなり、今では当初の目標以上の運動をやっている。このまま続けたい。
- ・家ではゴロゴロしてばかりだった私が散歩をし始めたら、娘が喜んでついてくるようになり、家族の体調もよくなった。
- ・ウォーキングを実施することで、体が楽になってきたように思う。
- ・夜の間食をやめるだけでも効果があると分かった。
- ・ダイエットしていると足を引っぱる人が必ずいるのですが「業務命令でやっている」と言うと、誘惑をやめてくれるので助かった。

National Data Base 分析

2回連続積極的支援該当の人の2回目の保健指導の効果





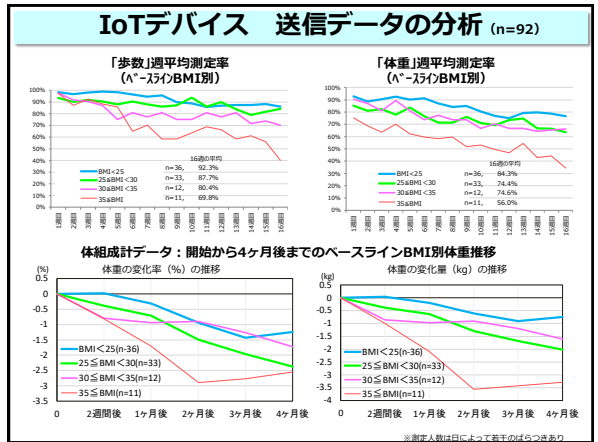
I o Tを活用した継続支援

<七福神キャラクター>
生活習慣を6つのアイコンで表現
糖尿病管理に有用な健康指標を担当

<画面例>
週2回更新、状況に応じて
メッセージやキャラクターが応援

測定記録の転送 → クラウド (Oracle Cloud) データベース → デバイス等 データベース

- 各デバイスの測定状況・測定値に応じた、応援や注意メッセージの配信ロジックを作成
- データを蓄積し、機械学習を用いて、個別の状況に合わせたメッセージ配信を目指して検討中



保健指導における評価の意義

- 個人に対して**質の高い**保健指導を提供する
- 保健指導従事者の**指導の質を確認し**、よりよい指導のあり方を追求する(委託方法の見直しを含む)
- 保健指導プログラムが効果を発揮できる対象者の分析をすることにより**対象者の選定方法やプログラム作成**など、事業の見直しが可能となる
- 健診・保健指導の**効率性、効果性を高める**
- 保健事業の**効果を見える化し、重要性の認識**につなげる

51
標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)

no.	項目	点	割合	注	
1	対象者との対話から行動変容ターゲットを生活と学習課題を把握できる	1	2	3	4
2	対象者の生活状況を確認して行動変容ターゲットを把握できる対象者を選定することができる	1	2	3	4
3	行動変容ターゲットをシステムに、支援者の責任を明確化できる	1	2	3	4
4	対象者の健康状態と生活習慣に合わせて、生活の多様な影響からの健康状態を把握することができる	1	2	3	4
5	設定した行動変容目標を達成すれば、どの程度の健康改善を期待できるか、エネルギーを正確に算出することができる	1	2	3	4
6	身体活動量、運動強度、運動時間、運動習慣の把握を可能にする	1	2	3	4
8	設定した身体活動量、運動強度を把握すれば、どの程度の健康改善を期待できるか、エネルギーを正確に算出することができる	1	2	3	4
9	設定した身体活動量、運動強度を把握すれば、どの程度の健康改善を期待できるか、エネルギーを正確に算出することができる	1	2	3	4
10	健康改善の目標に対する行動変容ターゲットをシステムに設定できる	1	2	3	4
11	行動変容ターゲットに合わせて健康改善を期待できる	1	2	3	4
12	行動変容ターゲットをシステムに設定できる	1	2	3	4
13	健康改善ターゲットに合わせて健康改善を期待できる	1	2	3	4
14	グループ学習ができる	1	2	3	4
15	個別の電話、メール等を活用して継続的な支援ができる	1	2	3	4
16	対象者が生活習慣改善を継続するための社会資源(イベント)検索、自己グループ、運動仲間、健康、支援者等を利用できる	1	2	3	4
17	対象者の生活習慣改善を継続するための社会資源(イベント)検索、自己グループ、運動仲間、健康、支援者等を利用できる	1	2	3	4
18	行動変容ターゲットが無関係な人に対して、適切な対応ができる(本人の思いを尊重し、本人の意思で参加を促すことができる)	1	2	3	4
19	対象の対象者に対し、年齢に配慮した支援体制ができる(リモート学習プログラム、フレイル等)	1	2	3	4
20	健康増進に関する健康指導の対象者に基づいて、健康増進や生活習慣改善に支援できる	1	2	3	4
21	自らの保健指導経験から、健康指導方法を改善できる	1	2	3	4

～職種により得意・苦手項目は異なる～

「得意項目」

医師 (n=351): 運動リスクマネジメント、健康増進の意義、社会資源の紹介、健康行動の対応

保健師 (n=305): 継続的な支援

管理栄養士 (n=186): 食生活11種目のスケジュール、栄養学、栄養指導、栄養相談、栄養教育

「苦手項目」

医師 (n=351): 継続的な支援、健康増進の意義

保健師 (n=305): 継続的な支援、健康増進の意義

管理栄養士 (n=186): 継続的な支援、健康増進の意義

平成26年度人間ドック健診健康管理推進士
ブラッシュアップ研修会受講者42人を対象とした調査結果より
平成25年度厚生労働科学研究(注下版) 日本人間ドック学会誌 30 : 623-631, 2015

【課題】

- 研修内容のマンネリ化
- モチベーションアップが図れない
- 支部と現場の意見が一致しない
- 集まる場が少ない
- 外部研修の機会が少ない
- 支部保健師の資質の差

【Action Plan】

- 現場のニーズを取り入れる、支部方針を共有する
- グループ討議・発表、ケース検討会を導入
- 定期的に話しあう場を設ける、双方向のコミュニケーション
- 内勤や同伴勤務の増加
- 外部研修に関する情報・機会の提供/合同研修
- 人材マネジメント能力・リーダーシップの強化

アウトソーシングの効果を最大限に引き出し、問題点を回避するために

- ・ 保険者と委託先の信頼関係が構築されていること
- ・ 委託基準が明確であること
- ・ 保険者が主体的に保健事業にかかわり、事業評価を丁寧におこなうことが必要である。
(標準的な保健指導プログラム、保健指導WG)

委託元の役割

- ・ 保健指導計画の策定を行うとともに、効果的に保健指導が提供できるよう、予算の獲得を含めた体制を整備する。
- ・ 質の高い委託事業者を選定し、適切な委託契約を行うとともに、その契約内容が守られているかモニタリングを行い、問題がある場合には適宜改善を求め、あるいは委託先の変更を行うとともに、事業効果について事業者から提出された資料以外に、保健指導を受けた対象者からの評価や、費用効果等も含めた独自の評価を実施し、質の維持を行う。
- ・ 委託事業者に対しては、各地域、職域の特性や保健指導の目的、生活習慣病対策全体の中での保健指導の位置づけ、地域・職域における生活習慣病予防に対する社会資源の理解を促すことを実施する。
- ・ 本事業の効果については、短期的、長期的な評価を行い、その結果を当該事業のあり方や、生活習慣病対策全体の見直しや、不足している社会資源の分析等にフィードバックする。

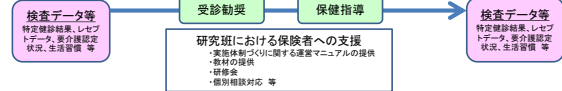
糖尿病性腎症 重症化予防プログラム開発のための研究

平成28～29年度厚生労働科学研究費補助金 研究代表者: あいち健康の森健康科学総合センター長 津下一代

○研究目的
市町村及び後期高齢者医療広域連合（広域連合）で実施されている糖尿病性腎症予防プログラムの効果を検証する

○研究方法
協力いただける市町村及び広域連合を募集した上で、糖尿病性腎症重症化予防のために一定の基準のも対象者を抽出し、受診勧奨又は保健指導等を実施する予定又は実施中の市町村又は後期高齢者広域連合における検査データ等の変化を分析する。

【事前情報】



○研究班サポートHP



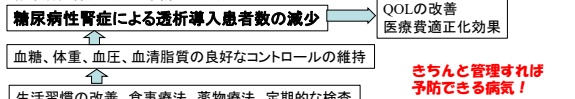
○研修会(7月7日)



※研究班より事業の取り組み方法等について説明

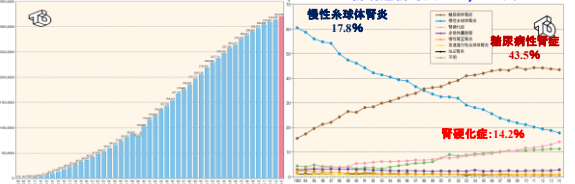
57

糖尿病性腎症重症化予防プログラム



日本透析医学会統計調査速報値
2014年末の透析患者数は32万0448人

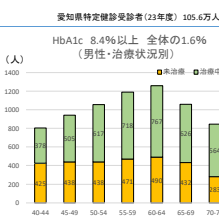
年別透析導入患者数の推移(主要原疾患)
新規透析導入 38,327人



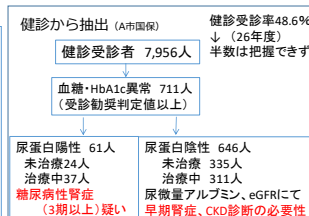
患者さん1人当たり約500万円/年の医療費
国の透析医療費約1.5兆円

健診、レセプトデータ分析から見た実態把握

血糖コントロール不良と治療の有無



糖尿病腎症の実態と対象者の把握



- 健診で糖尿病、腎症と判定されても、治療につながない
- 糖尿病で治療していても、腎症の診断、治療をきちんと受けていない
- 糖尿病性腎症で治療を受けていても、コントロール不良
- そもそも健診も医療も受けていない、治療中断

【介入のエビデンス】

◎学会ステートメント

- ・ 血糖コントロール(A)、血圧コントロール(A)
食事療法: 高血圧合併例での減塩(B)、たんぱく制限食(C)、多角的強化療法(B)
- 生活習慣介入については糖代謝や血圧等の改善など中間的アウトカムの評価にとどまり、長期的な追跡による腎症の病期腎不全予防効果を評価している研究は少ない。
- ・ 微量アルブミン尿を有する2型糖尿病患者に禁煙指導 → eGFR低下の抑制効果
- ・ 糖尿病腎症(第3期以上)に蛋白制限食 → 低たんぱく食の継続は困難、eGFR変化に有意差なし
- ・ セルフマネジメント能力の獲得を目指した疾病管理プログラム 介入群でHbA1c有意に改善、eGFR:対照群で有意に悪化

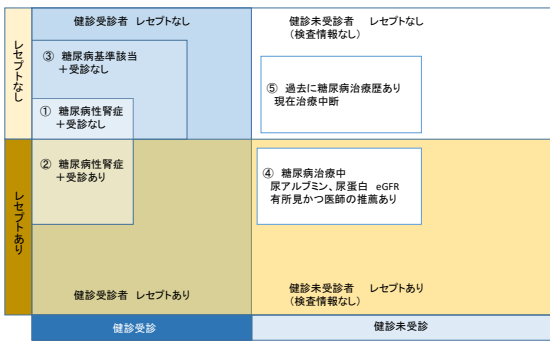
【市町村国保 保健事業調査】(平成27年度研究)

- 「糖尿病(性腎症)重症化予防」として、多くの自治体で受診勧奨、保健指導が実施しているが、その8割を超える市町村実施では保健師の個別対応が進められ報告書がない。
- 国保HU事業もしくは外部委託実施では報告書が存在する。
- 対象者抽出は健診・レセプトデータとしているものが9割を占めるが、選定基準が明確ではないものが多い。
- 腎症の各病期への対応をマニュアル化しているものは少ない。
- 医療機関との連携の記載は少ない。
- 評価:実施人数報告にとどまっていることが多く、実施率(基準該当者の中の介入対象者の割合)やアウトカム評価(行動変容・検査値の変化、医療機関への受療率)が不十分。

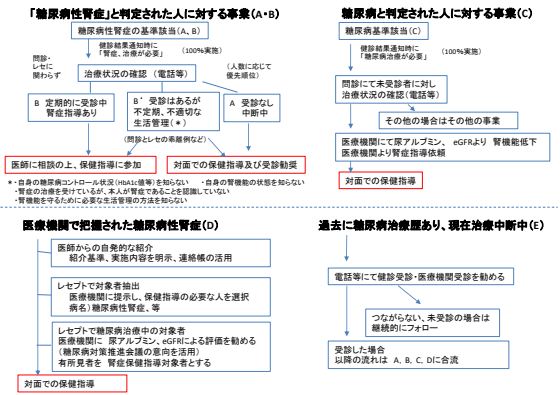
提示する「重症化予防プログラム」のイメージ

1. 目的: 糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつける
糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、ハイリスク者に対して生活指導を行う
2. 対象者の抽出基準
 - (1)未受診、受診中断者:レセプト・健診データから把握
 - (2)ハイリスク者(抽出条件を定義)
糖尿病性腎症の第2期、第3期(及び第4期)と思われる者を抽出し名簿を作成する。
保険者が該当する者を抽出した上でレセプトデータを照合して受診の有無を確認する。
3. 方法
 - (1)未受診、受診中断者への受診勧奨
 - (2)ハイリスク者への生活指導
生活指導対象者選定にあたっての考え方、生活指導実施までの手順
生活指導の内容:学会ガイドライン、介入研究を基に病期ごとに整理
4. かかりつけ医と糖尿病及び腎臓専門医、保健指導実施者の連携体制・情報共有方法
5. 評価指標:短期・中期・長期

保険者の持つ健診・レセプトデータを活用⇒対象者抽出基準を明確にする



対象者セグメントに合わせた介入フロー

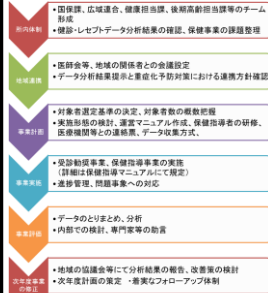


病期・コントロール状況等に応じた対応例

検査種別	検査項目	対応不要レベル	情報提供レベル	受診勧奨 (集団対応レベル)	医療機関連携・個別対応レベル
		HbA1c < 5.6	5.6 ≤ HbA1c < 6.5	6.5 ≤ HbA1c < 7.0	7.0 ≤ HbA1c < 8.5
検査種別の目的	糖尿病 ¹⁾ の場合の血圧 ²⁾	120 ≤ SBP < 130 または 85 ≤ DBP < 90	130 ≤ SBP < 140 85 ≤ DBP < 100	140 ≤ SBP < 160 90 ≤ DBP < 100	160 ≤ SBP 100 ≤ DBP
	糖尿病 ¹⁾ の場合の尿蛋白		(±)	(+)	(2+)
情報提供	ハフ・資料提供 ⁴⁾	検査値の見方・健康管理	糖尿病に関する情報	腎症、合併症予防等	
受診勧奨 (未治療・中断中の場合)	はがき・受療行動確認		結果表について受診勧奨	レセプトで受診確認	
	電話(受診勧奨、健診)			電話で受診勧奨	電話で受診勧奨、受診確認
保健指導 (生活習慣改善指導)	動機づけ支援型 対面保健指導	結果説明会	糖尿病を対象とした集団 教室(集約型)、個別面談	個別面談、訪問 受診確認	個別面談、訪問 受診確認
	積極的支援型 継続的保健指導	生活習慣予防啓発等	集団教室(継続型) 電話等による支援	個別面談、訪問 個別面談	継続的支援・受診確認

*1 空腹時血糖値 ≥ 126mg/dL、またはHbA1c ≥ 6.5%、または糖尿病治療中、過去に糖尿病発症、*2 75歳以上では 10mmHg低い設定とする
*3 eGFR<30 は腎不全期に相当するため本表の適応範囲ではない、*4 矢印の太さは重要性

国保・広域連合における重症化予防事業の進め方



事業実施フローの明確化 進捗管理の可視化

進捗管理シート

実施内容	担当者	進捗状況	備考
1. 国保、広域連合、健康推進課、後期高齢者部等でのチーム形成	健康推進課	完了	
2. 医師会等、地域の関係者との会議設定	健康推進課	完了	
3. 対象者選定基準の決定、対象者数の概数把握	健康推進課	完了	
4. 受診勧奨率、保健指導率の実績	健康推進課	完了	
5. データのとりまとめ、分析	健康推進課	完了	
6. 地域の協議会等にて分析結果の報告、改善策の検討	健康推進課	完了	

