

平成19年度実施特定健診・特定保健指導モデル事業について

—受診率，特定保健指導対象者率，保健指導実施率からわかった課題—

石川和弘*¹，松井祐佐公*²，板垣泰子*³，谷口千穂*⁴，大前利市*⁵

Model project of Specified Medical Checkup and Health Education for
Metabolic syndrome.

—Selection of subjects for Health Education—

Ishikawa Yasuhiro*¹， Yuusaku Matsui*²， Yasuko Itagaki*³，
Chiho Taniguchi*⁴， Riichi Oomae*⁵

Abstract

Purpose : The new law of public health for aged obligates to the public medical insurer to put into operation of “The Specified Medical Checkup and Health Education for Metabolic syndrome” from April in 2008. We had a model project in 2007 to estimate numbers of objectives.

Methods: Based on the implementation guideline, Specified Medical Checkup and Health Education for Metabolic syndrome (Final edition) that the Ministry of Health, Labor and Welfare provided, we stratified and selected subjects for Health Education through four steps. The criteria for selection of obesity are defined (waist circumference in male: $\geq 85\text{cm}$, in female $\geq 90\text{cm}$) in the first step. Three levels of program were set for Health Education for them, dependent on numbers of risk factors (Blood pressure, HDL or Triglyceride, Fasting glucose or HbA1c, and smoking) in the second and the third steps, and revised being dependent on age and taking pills or not in forth steps. The level of active supports (Active Support Level) were provided for the 40-64 year-old high risk group corresponding metabolic syndrome. The level of moderate supports to have motivations (Motivation Level) were provided for 40-74 year-old reserves for metabolic syndrome. The level of giving information (Info. Level) are provided for others. We estimated the numbers and rates of subjects meet each level in each step.

Results: The number of 47-74 year-old male and female who had The Specified Medical Checkup were 491(29%) and 1252(39.6%), respectively. In the first step 49% in male and 14% in female are compatible with criteria of waist circumference for obesity. In the second and third steps 29% in male and 6% in female meet Active Support Level and 16% in male and 10% in female meet Motivation Level. In the forth step Active Level are 8% in male and 2% in female and Motivation Level are 23% in male and 7% in female. The rates of application for Active Support Level are 21% and for Motivation Level are 31%. The rates of completion of Health Education for Metabolic syndrome was 23%.

Conclusion: Subjects meet Active Support Level corresponding metabolic syndrome were very few, particularly in female for the reason why criteria of waist circumference for obesity is larger than male. Low rate of smokers in female also affected. Applicants for Active Support Level and for Motivation Level were also few. Public medical insurers should have efforts to change consciousness and behavior of the insured or objectives.

Key Words : 厚生労働省 The Ministry of Health, Labor and Welfare, 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版) Specified Medical Checkup and Health Education for Metabolic syndrome (Final edition), モデル実施 model project, 積極的支援レベル The level of active supports (Active Support Level), 動機付け支援レベル The level of moderate supports to have motivations (Motivation Level)

1 はじめに

平成20年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」により，医療保険者は，糖尿病等生活習慣病に関する特定健康診査（特定健診），および特定健診の結果により，必要な者に対する特定保健指導の実施が義務付けられた。特定健診・特定保健指導プログラムの策定にあたっては，いくつかの地域で行われた試行事業が参考にさ

*¹京都市衛生公害研究所

*²京都市保健福祉局保健衛生推進室

*³京都市中京保健所

*⁴京都市南保健所

*⁵京都市右京保健所

れているが、政令指定都市（政令市）においては、多くの人口を抱えるとともに、府県型と市町村型の保健事業をともに行うため、特定健診・特定保健指導の施策の推進に予想外の課題があらわれてこないとも限らない。このためその円滑な実施に向け、標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）¹⁾に基づいたモデル事業を平成19年度に実施した。モデル事業の具体的な目的としては、1. 特定健診受診率を把握するため、2. 特定保健指導対象者数、実施率を把握し、保健指導に関する事業量を予測するため、3. 特定保健指導の効果を検証し、保健指導マニュアルを作成し活用するため、4. 集団検診方式で腹囲測定が問題なく実施できるかどうかを確かめるため、5. その他、特定健診、特定保健指導実施上の課題をあきらかにするため、である。本稿においては、特に特定保健指導対象者の選定と実施率にかかわる問題について検討した。

2 方法

平成19年度、京都市では住民の健康診査は老人保健法に基づく保健事業として次のように実施した。

- (1) 約1,000箇所の個別医療機関での委託実施。
- (2) 京都府医師会への委託による集団健診は市内11行政区で、学区ごとに主として小学校300箇所で実施。広報関係は保健所、会場運営等は保健所・保健協議会・健診事業者が実施。
- (3) 保健所での直営による実施。

の3とおりで行い、事業主体は保健福祉局健康増進課（衛生部門）であった。

今回実施したモデル事業は、平成19年5月末から6月末までのおよそ1ヶ月間のあいだに京都府医師会への委託によって実施される集団基本健康診査集団健診において、11の各行政区から1学区1会場（小学校講堂または体育館）を選び、計11学区で実施した。健診項目は老人保健法による基本健診項目に加え「高齢者の医療の確保に関する法律」による標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）¹⁾にしたがい腹囲測定などを追加し、特定保健指導対象者の選定および階層化も同プログラムにしたがって実施した。保健指導対象者の選定と階層化の方法は4段階のステップからなり、ステップ1では内臓脂肪蓄積リスクの基準が定められている。内臓脂肪肥満は、腹囲の基準（以下標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）¹⁾にしたがって男性： $M \geq 85\text{cm}$ 、女性： $F \geq 90\text{cm}$ と記載）を満たすものと、腹囲の基準を満たさず $BMI \geq 25$ に該当するものとに分けられる。

ステップ2では血糖（空腹時血糖または $HbA1c$ ）、脂

質（中性脂肪または HDL コレステロール）、血圧および喫煙歴（質問票による）の4つの追加リスクがあり、それぞれの判定基準、および喫煙歴については血糖、脂質、血圧のうちどれか1つ以上のリスクを持つ場合にのみ1つのリスクとしてカウントすることが定められている。

ステップ3では追加リスクの数による保健指導レベルがグループ分け（情報提供レベル、動機づけ支援レベル、積極的支援レベル）がされている。腹囲の基準を満たすものと、腹囲の基準を満たさず $BMI \geq 25$ に該当するものにおいて、追加リスクの数は異なって定められている。すなわち、前者では追加リスクが2つ以上の場合、後者では追加リスクが3つ以上の場合に積極的支援レベルとなる。また、動機づけ支援レベルとなるのは、前者では追加リスクが1つの場合、後者では追加リスクが1つまたは2つの場合となっている。追加リスクが0の場合には情報提供レベルとなっている。

ステップ4では65歳以上75歳未満の前期高齢者はステップ3で積極的支援レベルとなっても動機づけ支援レベルとされ、降圧剤等服薬中の者は医療保険者による特定保健指導の対象としないことが定められている。

また、受診勧奨値が定められ、受診勧奨値を超えた場合には、留意事項、その他として、医療保険者と連携し、また健診機関の医師の判断により必要に応じて特定保健指導対象者以外の者に対する保健指導を行うべきこととなっている。

本稿においては、受診者の性、年齢の特徴、各ステップの階層化における該当者数と割合、そして最終的に特定保健指導対象者として選定される者の数と割合を求め、国の推計²⁾と比較した。また受診勧奨値を超える者の実数と割合を求めた。さらに特定保健指導対象者のうち、特定保健指導を希望し申し込みをしたものの割合を特定保健指導の申込率とした。保健指導を開始したものの中断した者および実施完了者の数と率（特定保健指導実施率）も求めた。

3 結果

今回モデル健診を実施した11学区の40-74歳の人口は34,505人である。モデル健診における40-74歳の受診者数は男性491人、女性1252人、合計1743人であった。受診者の内訳をみると男性のうち、40-64歳のしめる割合は45%で若い人の受診が少なく、64-74歳の前期高齢者が半分以上を占めていた。女性では、40-64歳のしめる割合は60%で、若い人の受診が多かった（図1）。

ステップ1において内臓脂肪肥満は、男性では腹囲の基準を満たすものが241人、49%あったのに対し、女性

は177人、14%しかなかった。また、腹囲の基準を満たさずBMI \geq 25に該当するものは、男性は8人、2%に対し、女性は72人、6%であった(図2)。

ステップ2～3において、追加リスクの数によって、保健指導レベルのグループ分けがされるが、腹囲の基準を満たすものと、腹囲の基準を満たさずBMI \geq 25に該当するものとで追加リスク数が異なるので、それぞれ別に、情報提供レベル、動機づけ支援レベル、積極的支援レベルに該当する人数を求めた。腹囲の基準を満たすものでは男性では積極的支援レベルが139人と動機づけ支援75人より多くになったのに対し、女性ではそれぞれ、74人、71人とそのような傾向はみられなかった。腹囲の基準を満たさずBMI \geq 25に該当するものでは積極的支援レベル、動機づけ支援レベルは男性ではそれぞれ1人、6人となったのに対し、女性では2人、60人と、とくに女性では動機づけ支援レベルにとどまる者が多かった。積極的支援レベルは腹囲の基準を満たすものについては、男女合わせて213人(男性139人、女性は74人)で、腹囲の基準を満たさずBMI \geq 25に該当するものは男女合わせて3人であった。ステップ2～3の階層化を終了した段階で、積極的支援レベルは男性140人(29%)、女性76人(6%)、合計216人、受診者全体の12%で、動機づけ支援レベルは男性81人(16%)、女性131人(10%)、合計212人、12%であった(図3)。

さらに、ステップ4では、ステップ3の段階で腹囲の基準を満たし積極的支援レベルとなった213人のうち128人(男性87人、女性41人)が65歳以上の前期高齢者に該当し、動機づけ支援レベルとなった。また腹囲の基準を満たさずBMI \geq 25に該当し積極的支援レベルとなった3人のうち、2人(男性1人、女性1人)が65歳以上の前期高齢者であったため動機づけ支援レベルとなった。その結果、積極的支援レベルに該当するものは前者で85人(男性52人、女性33人)、後者で1人(男性0人、女性1人)となった(図3)。

さらに、服薬中の者は医療保険者による特定保健指導の対象としないことが定められているため、最終的に積極的支援の対象者は、男性においては491名中39人、8%が、女性においては1252人中23人、2%のみが積極的支援レベルとなった。腹囲の基準を満たさずBMI \geq 25に該当するものでは、積極的支援レベルの者は男女ともゼロとなった。動機づけ支援レベルにおいては、65歳以上の前期高齢者で積極的支援レベルとなっても動機づけ支援レベルとされるため増加するが、降圧剤等服薬中のものは特定保健指導からはずされるため、最終的に対象者は

男性が113人、23%、女性が92人、7%、合計205人、12%となった(図3)。これらの階層化を経て、えられた保健指導レベルのグループ分け(情報提供レベル、動機づけ支援レベル、積極的支援レベル)をまとめて図4に示した。40～64歳および65～74歳の男女別の積極的支援レベルと動機づけ支援レベルの割合を特定健診・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き²⁾に国が示す全国の推計値と比較したものを図5に示した。男性においても女性においても国の推計値と比較すると積極的支援が低くなっている。65～74歳の男性において動機づけ支援は国の推計を上まわっていた。

次に、受診勧奨値に関する結果について記す。健診を受けたもののうち、血糖、脂質、血圧のいずれかが受診勧奨値を超えた人の実数と割合を図6に示した。腹囲基準を満たす男性で134人、女性で84人であった。腹囲の基準を満たさずBMI \geq 25に該当するものでは男性6人、女性38人であった。非肥満のものにおいて男性87人、女性234人が受診勧奨値をこえていた。すなわち、1743人の受診者のうち、男性227人、46%、女性356人、28%、合計583人、33%が血糖、脂質、血圧のいずれかが受診勧奨値を超えていたことになる。

またステップ4において最終的に積極的支援レベルになった62人のうち42人、68%が、また、動機づけ支援レベルでは205人のうち114人、56%が血糖、脂質、血圧のいずれかにおいて受診勧奨値を超えていた(図7)。

本事業での特定保健指導モデル実施申込状況を表1に示した。申込は、勧奨後で積極的支援レベル対象者の21.0%、13人でそのうち2人は途中中断した。その結果積極的支援レベル対象者について特定保健指導実施率(表2)(最終評価終了者÷対象者)は11/62=17.7%であった。いっぽう動機づけ支援レベル対象者の特定保健指導モデル実施申込は31.2%、64人でそのうち13名が途中中断した。その結果動機づけ支援レベル対象者については特定保健指導実施率は51/205=24.9%であった。全体での最終的な特定保健指導実施率は62/267=23.2%となった。

4 考察

標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)に基づいたモデル事業を実施した。平成19年度で廃止される老人保健法によって、集団検診方式の基本健康診査の枠組みの中で実施したため、健診の対象者は、市国保費被保険者だけでなく、組合健保の家族などを含む40歳以上の市民であり、対象者が一部異なるため、特定健診受診率の正確な推定はできない。しかし、今回、モデル健診

の対象となった11学区の40-74歳人口から、以下のように推計した。京都市では企業健診などによる受診の機会がない基本健診の対象者率は約31.1%となっている³⁾。40-74歳の受診者のうち小学校などでの集団検診を選択する割合が男性は43.6%、女性では就業率が低く市の基本健診を受ける割合は男性より高くなるため56.4%と高めで、全体で50.3%となっている³⁾。この数字を当てはめると今回のモデル健診対象者は以下ようになる。11学区の40-74歳人口は男性で16,461人、女性で18,044人、合計34,505人であるが、それに基本健診の対象者率および集団検診を選択する割合を乗じた数が、今回のモデル健診対象者の母数となるので男性2232人、女性3164人、合計5396人となる。今回のモデル健診における40-74歳の受診者数は男性491人、女性1252人、合計1743人であったので、受診率は男性22.0%、女性39.6%、全体で29.4%と推定された。国の27年度斟酌基準65%と比べるとかなり低い、これまで国が参考にしたモデル事業は比較的小さな市町村において実施されているため、それらと比べると大都市での受診率はかなり低くなると思われた。なお、京都市の40-74歳人口は63.3万人で、市が保険者となっている市国保加入者は24.8万人である。基本健康診査の受診率は例年40%前後であることから、20年度の市国保の特定健診受診者は7万人から10万人くらいと推測された。

受診者は、男性は女性の2.5分の1に過ぎず、また、男性のうち、40-64歳の若い人のしめる割合は45%にしかならなかった。男性は女性に比し、また若い人は前期高齢者に比し就業率が高く、平日の集団検診は受診しにくかったと考えられる。20年度以降の特定健診では、夜間、休日の健診実施が検討されているので、実施されれば若い男性の受診率は向上することが期待される。

保健指導対象者の選定と階層化におけるステップ1では内臓脂肪肥満の基準が定められているが、腹囲の基準（男性：M \geq 85cm、女性F \geq 90cm）を満たすものと、腹囲の基準を満たさずBMI \geq 25に該当するものとの分けられる。腹囲の基準については、日本内科学会等を中心としたメタボリックシンドローム診断基準検討委員会で決められたものである⁴⁾が、その妥当性には賛否両論からの議論がある⁵⁾⁻¹⁰⁾。今回の成績でも、ステップ1において、男性では腹囲の基準を満たすものが49%あったのに対し、女性は14%にしか達せず、また、BMI \geq 25を満たしながら、腹囲の基準に達しないものは、男性は8人、2%に対し、女性は72人、6%と男女間で大きな開きがあった。男性ではBMI \geq 25以上のほとんどが腹囲 \geq 85cmの基

準を満たす群のなかに含まれるのに対し、女性では腹囲が90cm以下でも、BMI \geq 25以上のものがかなりあることがわかる。いずれも、腹囲基準を男性：M \geq 85cm、女性F \geq 90cmと決めたことによって、ステップ1においてとくに女性について特定保健指導の対象を絞り込んでしまう結果となっていた。

ステップ2の特徴は、メタボリックシンドロームの学会基準と異なり、追加リスクに血糖、脂質、血圧のほか、喫煙歴を判定基準に加えていることである。喫煙歴については血糖、脂質、血圧のうちどれか1つ以上のリスクを持つ場合にのみ1つのリスクとしてカウントすることが決められていることも大きな特徴である。

ステップ3で、積極的支援レベルとなったものが男性で29%（491人中140人）、女性で6%（1252人中76人）と男女間で大きな開きを生じた。メタボリックシンドロームの頻度は、その診断基準によって大きく変わる。NCEP-ATP III（The Third Report of the National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III）¹¹⁾⁻¹²⁾、WHO¹³⁾、IDF（International Diabetes Federation）¹⁴⁾、日本内科学会等の基準（日本基準）⁴⁾を比較すると、男性より女性の腹囲の基準が大きいのは日本基準だけである。メタボリックシンドロームの頻度は、日本基準以外では男女間に差がないのに比べ、日本基準では圧倒的に男性が女性より多く3~5倍の差がある⁶⁾。その理由は、いうまでもなく女性の腹囲の基準を90cmと男性より大きくしたことによる。端野・壮瞥町研究では日本基準とIDF基準に準拠し男性の腹囲基準を90cm、女性の腹囲を80cmとした場合のメタボリックシンドロームの頻度が比較されているが、それによるとIDF基準では男性のメタボリックシンドロームは半分以下になり、女性は2倍以上となって男女が逆転するという⁵⁾。一般集団における糖尿病などの生活習慣病の発生率や心血管障害の発生率の男女差を考慮すると、日本基準のほうが基準としてふさわしいように思える。いっぽう、女性のメタボリックシンドロームの腹囲基準を77cm相当にすれば男女のメタボリックシンドロームと心血管系疾患のリスク比が一致するという報告もある⁹⁾。当然のことながら腹囲の基準を小さくすれば積極的支援レベルは増加する。女性の腹囲の基準が妥当なものであるかどうかは、この基準を満たす男女間で、他のリスクを補正した上で糖尿病などの生活習慣病の発生率や心血管障害の発生率に差がでてくるか、さらにそれが一般集団における男女比と比べてどうなのかを検証してゆく必要がある。女性より男性に特定保健指導対象者の割合が多くなったもうひと

つの理由は喫煙歴をリスク因子として判断基準に組み入れていることである。平成16年度京都市基本健康診査報告書によれば、40-74歳の女性の喫煙率（現在喫煙中）が9.8%なのに対し、男性の喫煙率は35.5%と女性の3.6倍も多い²⁾ことから、より男性のほうに追加リスクとして算入されることが多くなったと思われる。しかしながら、喫煙歴をリスク因子として判断基準に組み入れたことは、これまでのメタボリックシンドローム診断基準にはない画期的なこととして評価できる。

ステップ4では、ステップ3で積極的支援レベルとなったものから前期高齢者がはずされ動機付け支援レベルとされる。その結果、ステップ3で216人いた積極的支援レベルは86人にまで減ることとなった。さらに、降圧剤等服薬中のものも、特定保健指導からはずされるため、積極的支援の対象者は最終的に62人まで減ることとなった。

要約すると特定保健指導の積極的支援の対象者は、階層化の過程で以下のような理由で少なくなっていった。まず、男性では積極的支援の対象とならない65歳以上の受診者のほうが40-64歳の受診者より多かったことがあげられる。積極的支援の対象となりうる受診者そのものがそもそも少なかったのである。さらに、すでに詳述したように女性の腹囲の基準を90cmと定めたこと、ステップ4において前期高齢者は、ステップ3で積極的支援となっても動機付け支援としたこと、降圧剤等服薬中の者も特定保健指導からはずされたことである。女性の腹囲の基準とステップ3で積極的支援レベルとなったものから前期高齢者がはずされることについては、特定健診・特定保健指導の制度を実効あるものにしていくうえで国としても検討の余地があるとおもわれる。

また、男性においても女性においても国の推計値と比較すると積極的支援が低くなっているがその理由としては肥満率のひくいことなどが考えられる。今回のモデル健診で腹囲85cm以上の男性は49%、腹囲90cm以上の女性は14%であったことを示したが、平成17年度国民・栄養調査¹⁴⁾によれば、全国では平成16年度分において40歳以上で、腹囲85cm以上の男性は56.7%、90cm以上の女性は23.3%であったことより、京都市は全国と比べて肥満率が比較的低いと考えられた。

健診項目には受診勧奨値が定められている。血圧、血糖、HbA1c、中性脂肪、HDLコレステロールのいずれかが受診勧奨値に達しているものは1743人中、583人、33%であった。一律に医療機関受診にまわれば、患者を掘り起こすことになり、医療費高騰につながるおそれもある。また、

ステップ4において最終的に積極的支援レベルになったもののうち42人、68%が、また、動機づけ支援レベル205人のうち114人、56%が血圧、血糖、脂質のいずれかにおいて受診勧奨値を超えていた。首尾よく医療機関を受診した場合には、保険診療を受けながら、なおかつあわせて特定保健指導を受け、継続するひとは少ないと思われる。したがって、ここでも特定保健指導を受けるものは少なくなると推測される。

特定保健指導申込率は勧奨後で積極的支援レベル対象者の21.0%、動機づけ支援レベル対象者の31.2%と非常に低い値となった。中途脱落者を除外し特定保健指導モデル実施を終了できた最終的な特定保健指導実施率は23.2%となった。この値は国の示す平成24年度目標値の45%と比べかなり低かった。

5 まとめ

京都市のような11行政区、147万都市における特定健診、特定保健指導のモデル事業の報告はこれまでには見当たらない。標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）に基づいたモデル事業は、平成19年5月末から6月末までのおよそ1ヶ月間に実施される集団基本健康診査の中から、各区の1学区を抽出して計11学区で実施した。

腹囲測定等の健診事業は円滑に行われた一方、特定保健指導は腹囲基準、リスク数基準、年齢基準、および服薬の有無による階層化により、積極的支援の対象者数は男女とも少なくなった。とくに女性では著しく、また京都市では全国より低率であった。これは女性の腹囲基準や健診受診者の年齢分布、および京都市の肥満率が低いことが影響したものと推定された。さらに、特定保健指導実施率に相当する特定保健指導モデル実施申込率は、積極的支援レベル対象者、動機付け支援レベル対象者ともに低率であり、対象者の意識や行動の変容を求めていくために、健診実施側の積極的勧奨等の必要性が課題として残された。

6 謝辞

本モデル事業実施にあたって、ご尽力いただいた保健所の方々、データのとりまとめをいただいた京都市保健福祉局港美徳氏、小谷康之氏、笠井八千代氏、西村由美氏、京都市衛生公害研究所三宅健市氏に深謝いたします。

7 文献

- (1) 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）：厚生労働省、2007.
- (2) 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：厚生労働省，2007.

- (3) 平成16年度京都市基本健康診査報告書
- (4) メタボリックシンドローム診断基準検討委員会：メタボリックシンドロームの定義と診断基準. 日本内科学会雑誌 2005;94:794-809.
- (5) 斎藤重幸. メタボリックシンドロームの頻度の男女差. 日本医師会雑誌 2007 ; 第136 巻特別号(1) メタボリックシンドローム up to date : S65.
- (6) 上島弘嗣. メタボリックシンドロームの頻度 日本と世界の比較. 日本医師会雑誌 2007 ; 第136 巻特別号(1) メタボリックシンドローム up to date : S42-S45.
- (7) 松澤佑次. 本邦におけるメタボリックシンドロームの現況と展望. 日本医師会雑誌 2007 ; 第136 巻特別号(1) メタボリックシンドローム up to date : S36-S39.
- (8) 清原裕. 久山町研究が示すメタボリックシンドロームと虚血性心疾患の関連. 日本臨床 2006 ; 64 増刊号 9 : 64-67.
- (9) 宮脇尚志, 平田雅一, 森山賢治他. MONKS (Metabolic Syndrome and Abdominal Obesity at NTT West Kyoto Study) におけるメタボリックシンドロームの頻度と背景因子. 日本臨床 2006 ; 64 増刊号 9 : 84-88.
- (10) Alberti KG, Zimmer P, Shaw J: Metabolic

syndrome--a new world-wide definition.

A consensus statement from the International Diabetes Federation. Diabet Med 2006; 23:469-480.

- (11) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults: Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001 ; 285:2486-2497.
- (12) Third Report of the National Cholesterol Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Final report. Circulation 2002 ; 106(25):3143-3421.
- (13) World Health Organization, Definition, Diagnosis and classification of diabetes and its complication: report of a WHO Consultation. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. 1999.
- (14) 平成17年度国民・栄養調査結果の概要. 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室.

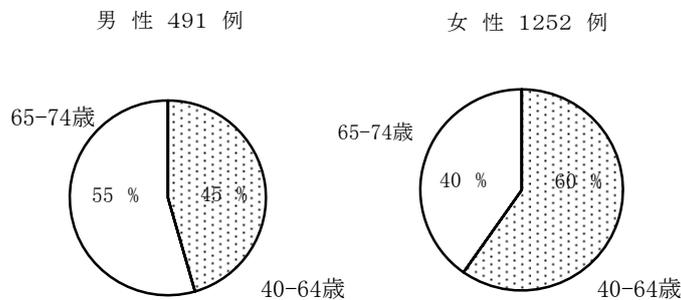


図1 受診者の年齢分布

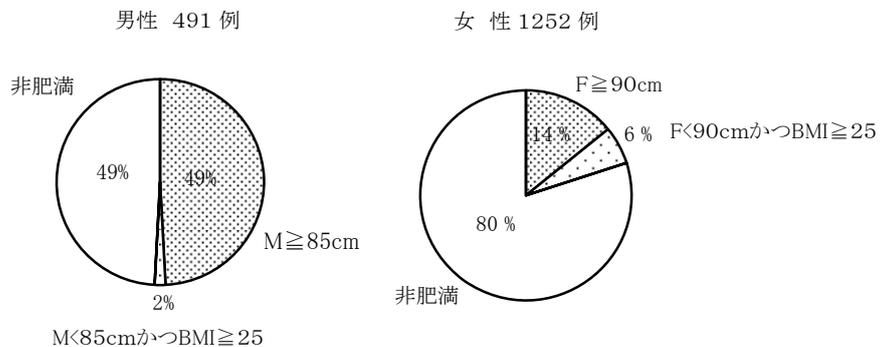


図2 腹囲の基準を満たす肥満, 腹囲の基準を満たさず BMI ≥ 2.5 に該当する肥満, 非肥満の割合

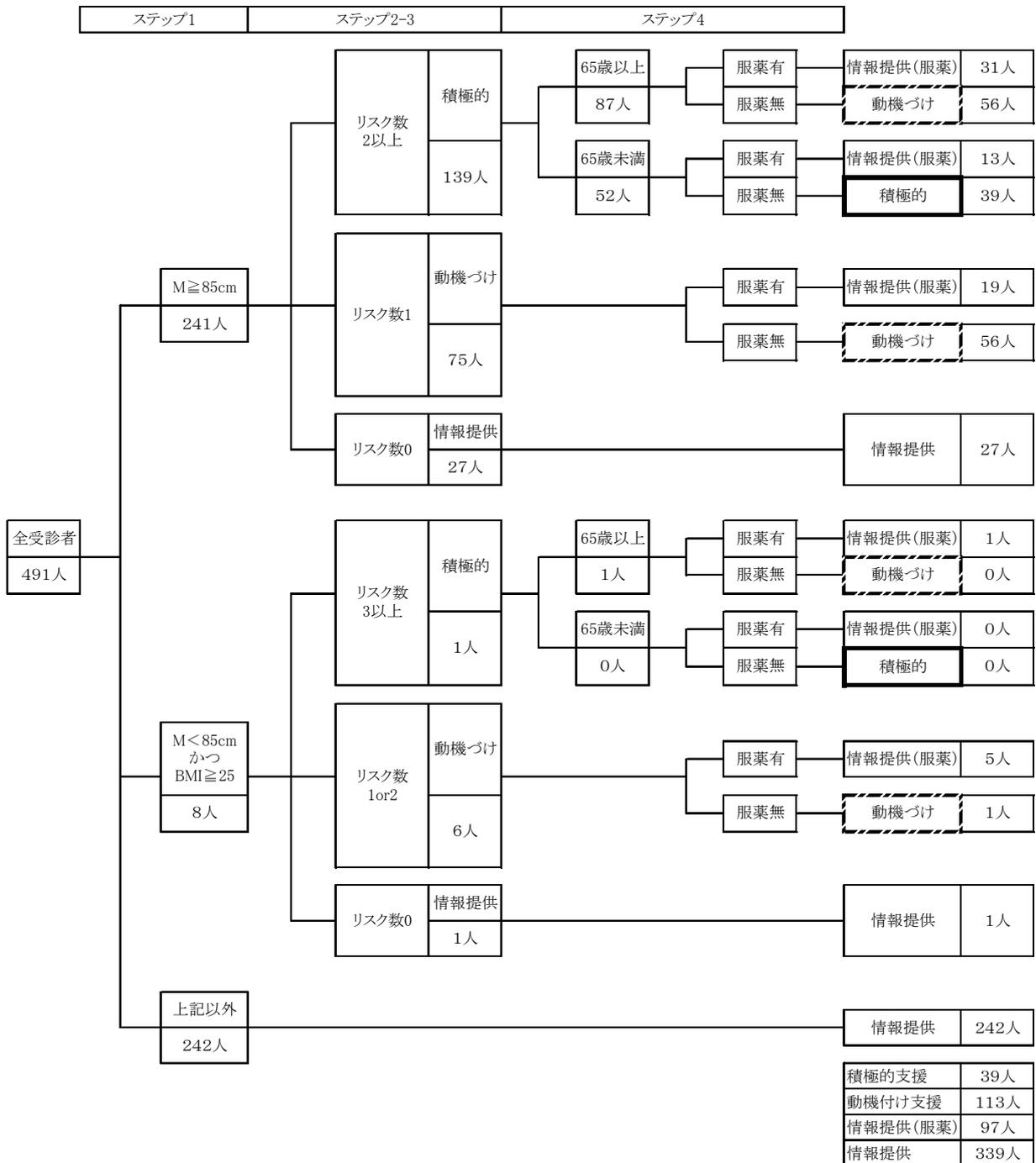


図3の1 モデル実施における階層化(男性)

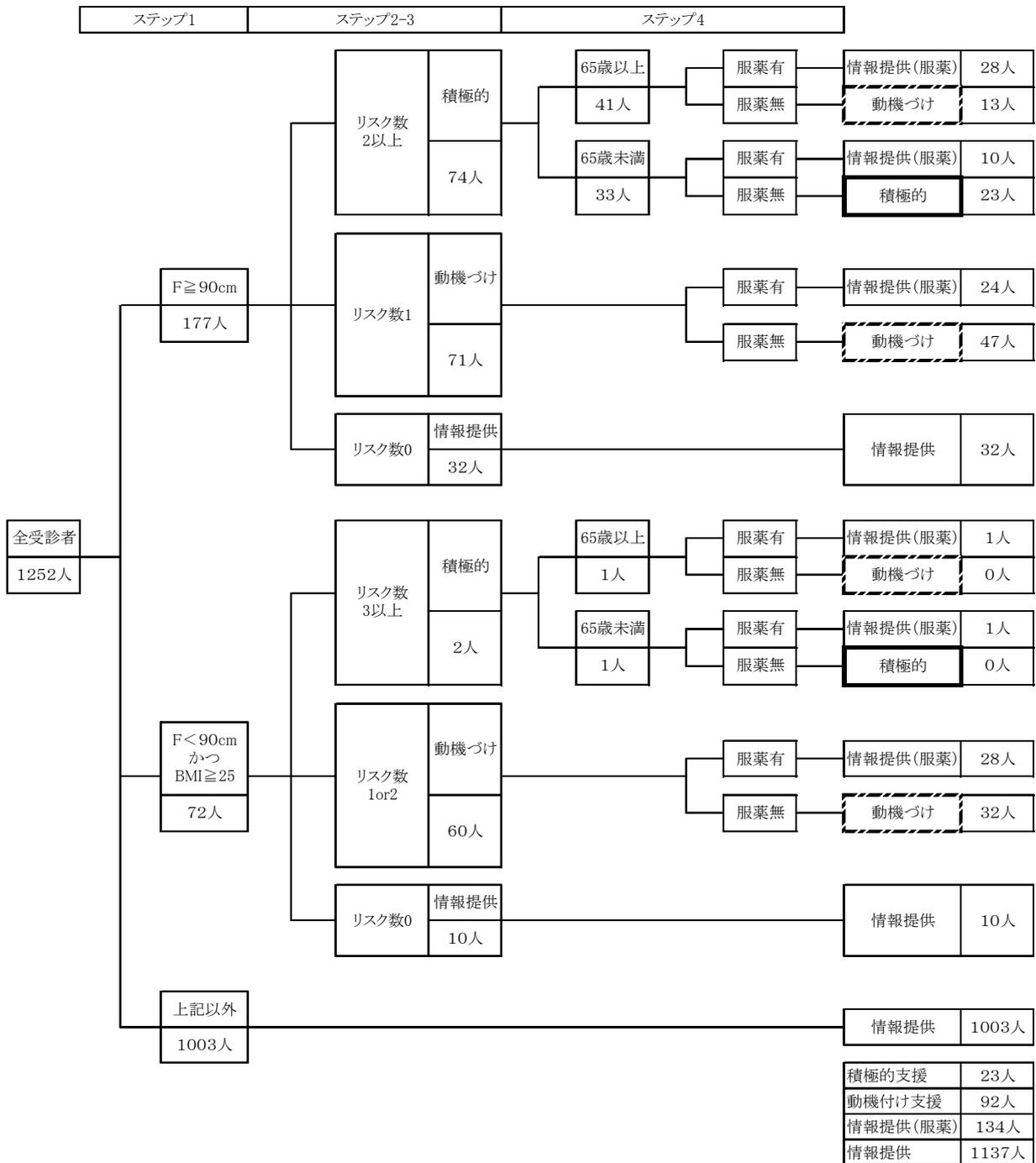


図3の2 モデル実施における階層化(女性)

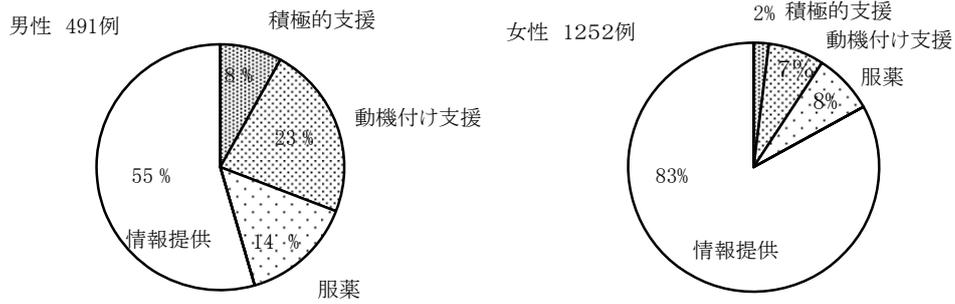


図4 ステップ4での積極的支援，動機付け支援，服薬，情報提供の割合

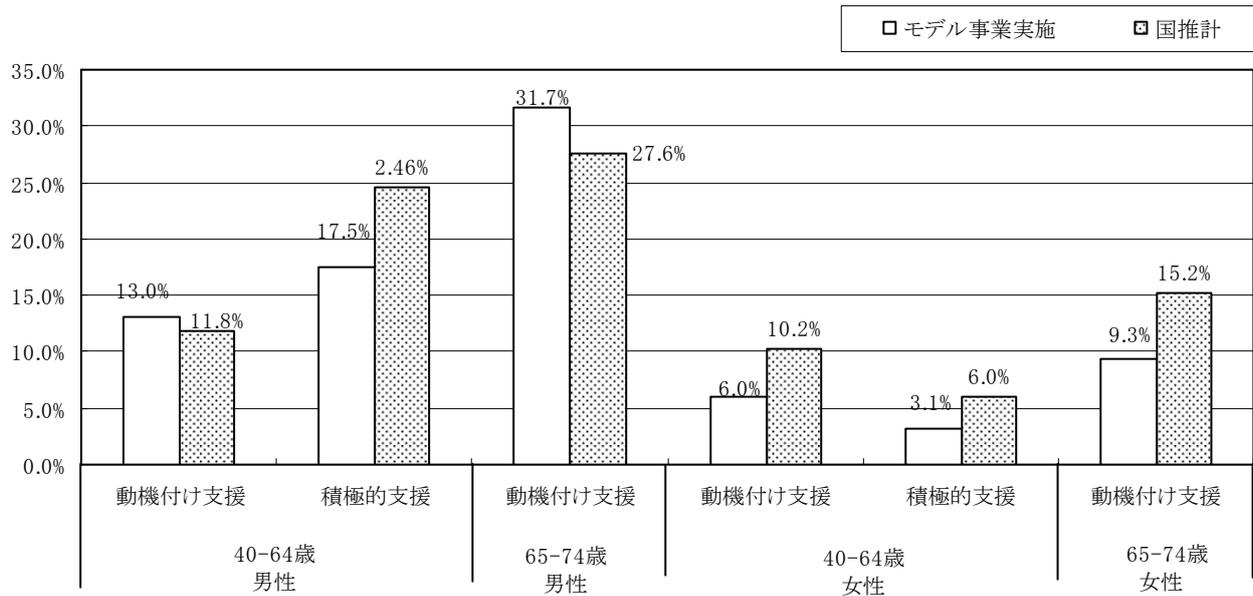


図5 性別，年齢別の積極的支援レベルと動機付け支援レベルの割合と国推定値との比較

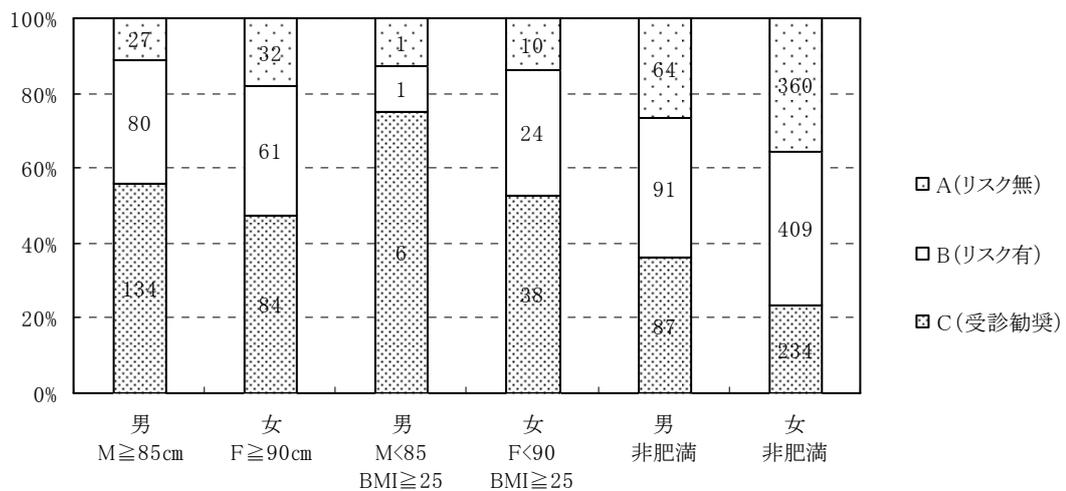


図6 各群において，血圧，中性脂肪，HDL，空腹時血糖，HbA1cのリスクのないもの (A)，1つ以上のリスクがあるが受診勧奨値には達していないもの (B)，受診勧奨値をこえているもの (C)の数と割合

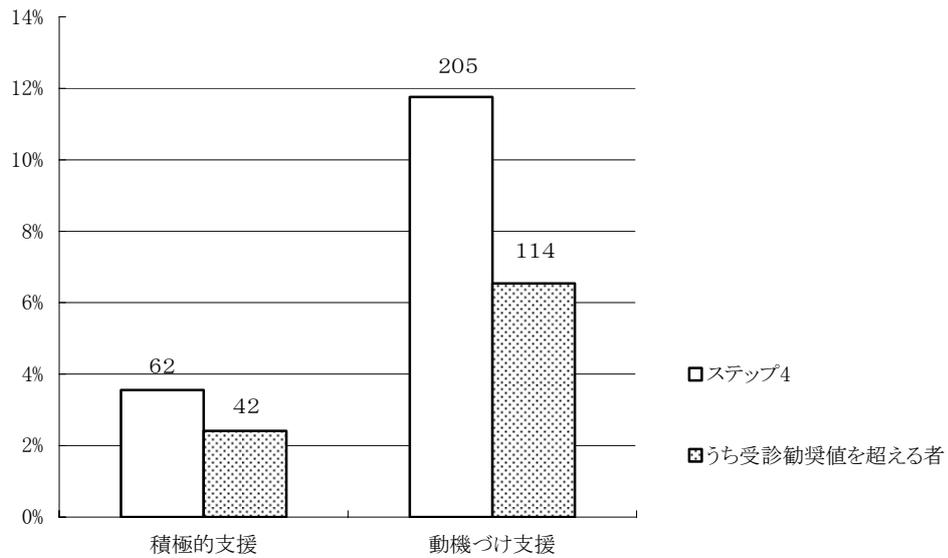


図7 ステップ4において最終的に積極的支援レベル、動機付け支援レベルになったもののうち、
 血圧、中性脂肪、HDL、空腹時血糖、HbA1cのいずれかが受診勧奨値をこえたもの

表1 特定保健指導モデル実施申込み状況

	対象者数	申込者数(率)	実施状況		
			自発的	勧奨後	受診勧奨後
積極的支援	62人	13人(21.0%)	5人(8.1%)	7人(11.3%)	1人(1.6%)
動機付け支援	205人	64人(31.2%)	19人(9.3%)	37人(18.0%)	8人(3.9%)
合計	267人	77人(28.8%)	25人(9.4%)	43人(16.1%)	9人(3.4%)

表2 特定保健指導モデル実施率

	対象者数	実施完了数(率)
積極的支援	62人	11人(17.7%)
動機付け支援	205人	51人(24.9%)
合計	267人	62人(23.2%)