

【ヘルスプラン進捗状況報告への意見】

I ご意見を伺う内容

1. メタボリックシンドロームを含む生活習慣病の「軽～中程度リスク者」の増加が特徴的であり、このボリュームゾーンを減少する対策が、今後の重症化予防にもつながるのではないかと。
2. 非メタボのマルチリスク（高血圧・脂質異常・高血糖等を2つ以上併せ持つ状態のこと）への改善支援について、メタボリックシンドロームとは異なり個別性が高くなることが想定されるが、その対象者への効率的・効果的なアプローチ方法が必要ではないかと。

II いただいたご意見

藤原先生

1. その通りだと思います。そもそも、特定健診・特定保健指導の意義が、生活習慣病の「軽～中程度リスク者」への早期介入ですので、その後の重症化予防につながるのだと思います。
これも、特定健診・特定保健指導において、非メタボのマルチリスクに対しては、減量ではなく、残りのリスクを効率的・効果的な軽減するアプローチが必要だと思います。
2. その他：P24の人工透析導入者が年に数人レベルなので、公表するかしないかは別として、個別事例としてバックグラウンドから予後まで、できるだけ詳細に把握できると良いとも思います。

筒井先生

2020年10月6日のJAMA Internal Medicineのオンライン版で福間真悟 医学研究科特定准教授、津川友介 カリフォルニア大学ロサンゼルス校（UCLA）助教授、飯塚敏晃 東京大学教授らの研究グループが、日本の保健指導制度は、肥満の軽度改善にはつながったものの、血圧・血糖・脂質の改善は認められないので国民の健康状態を改善させるためには、科学的な根拠（エビデンス）に基づき制度を見直し、必要に応じて改善し、より効果的なものにする必要があるとされています（https://www.kyoto-u.ac.jp/ja/research/research_results/2020/201006_1.html）。

この論文が示したエビデンスを前提にすると、1. 「メタボリックシンドロームを含む生活習慣病の「軽～中程度リスク者」のボリュームゾーンを減少する対策が、今後の重症化予防にもつながるのではないかと」は、このボリュームゾーンを対象とすることによって、重症化予防という抽象的な言葉ではなく、具体的な効果を示してから、はじめていただくことが大事ではないかと考えます。

2の「非メタボのマルチリスク（高血圧・脂質異常・高血糖等を2つ以上併せ持つ状態のこと）への改善支援について、メタボリックシンドロームとは異なり個別性が高くなると想定されるが、その対象者への効率的・効果的なアプローチ方法が必要ではないか」という提案は、個別性という点、かなり多様な手法が要求され、結局、実施困難となる可能性が高いです。ここは、この集団の層別分析をして、どのようなグルーピングが適切かを考えて実施すべきです。

以上の意見に加えて、報告書で明らかになった、今後、重要と考えられる施策について申し上げます。報告書p22-23に示されている脳梗塞の再発率の高さと再発後の費用が2倍になっていることは、大きな問題です。実際に再発した方々のプロフィールを早急に分析して、この再発を防ぐプログラムを市とし

て整備すべきです。初発から、再発までの期間も重要でしょう。ご検討ください。

大冢賀先生

1. ご指摘のとおりと考えます。

特定健診や後期高齢の保健事業以外の具体的な背景（介護保険の介護予防との連携等）を検討いただきたいと思います。

2. ヘルスソーシャルキャピタル審議会や地域ケア会議等を活用して効率的・効果的なアプローチを検討していただければと思います。

清水様（薬剤師会）

1. P38 介護保険との関連「筋骨格疾患について」

骨量は20歳で最大となるため、成長期・思春期の女性への啓発活動も必要と考える。

2. P35 健診の受診・継続等について、継続して受診した人に対して何かインセンティブを付与してはどうか。また、健診受診勧奨については、かかりつけ医からのアプローチと共に、かかりつけ薬局での処方薬交付時に市の健診をすすめるカードやマルチリスクについての啓発パンフレット等を細かく頻回に配布する等利用してはどうか。

本間様

膨大な資料の取りまとめられご苦労様でございます。しかしながら私の独解力不足のため、十分な資料を理解できずに意見を記すことをご容赦ください。

現状把握・課題抽出、施策の方向性については、その通りと理解できました。しかし、現状把握をはじめどこにもこれまで行われた事業（対策・予防等各施策）への不参加（例：未受診）に対する分析の記述が読み取れませんでした。半分以上未受診の状況からはこの点がポイントになるかと思います。事業、施策、運動の類は大いにPRすべしと思います。

加藤様

他の保険から国保に移行して2～3年後に入院等の加療が必要になる傾向があるというのは、自分が勤めていた時の働き方からも納得ができます。職場の検診は受けてもそれで終わり。まずは仕事でした。

これは日本のはたらき方、仕事に対する意識が大きくかわるので、難しい問題だと思います。

生活習慣病のリスクのある人でも、まだリスクが大きくないと、気にはしていても効果的な行動にはなかなか踏み切れないのではないかと思います。わかっているから、多少食事の時気をつけているのに、散歩を始めたのに、効果が出ないからと次第にやる気をなくしていくのではないのでしょうか。

ウォーキングの仲間で、糖尿病の服薬をしていた方が、インターバルウォークや速歩の効果を知り、一人でも毎日7000歩は速歩も含めて歩くようにして、薬を飲まなくて済むようになったとのこと。すごく、すっきりしましたと。また、いただいた資料で、糖尿病の可能性のある人への受診勧奨で4割の人が受診しているとありました。良いきっかけがあれば、効果的な対策をとることができるのではないかと思います。検診の受診率が45%くらいというのは少なくてビックリしました。