

図3 健康運動指導士が遭遇した内科的事故的疾患分類
健康運動指導士1,617人のうち、内科的事故に遭遇した165人の記述より
津下・松本



図4 健康運動指導士が行っている事故対策

【方法】健康運動指導士6,210名を対象に、運動指導の状況、事故・ヒヤリハット事例、運動指導中の安全管理・危険だと感じる事、安全確保に必要な体制等のアンケートを実施し、1,955名より回答を得た（回収率31.5%）。解析は指導経験のある健康運動指導士1,617名で行った。

【結果】指導中に危険を感じたことがある指導員は55.4%（896人）で、指導中の事故経験は25.0%（404人）であった。内科的事故は、死亡17例、心肺停止8例、意識低下42例、疾患別では虚血性心疾患20例、クモ膜下出血20例、脳梗塞19例であった（図3）。事故に遭遇した指導員のうち、31.4%（127人）が自責の念にかられたと回答した。安全管理体制としては、救命救急トレーニングは38.8%で受けているが、定期的な実施は17.5%、マニュアル作成26.3%、ヒヤリハット事例の検討19.5%であった（図4）。

【考察】中高年に対して運動指導している健康運動

指導士を対象に、運動中の事故について思い出し法でアンケート調査を行った。時期や詳細については自由記述としたため、更なる分析が必要であるが、有効回答者の約半数が指導中に危険を感じ、約10%が内科的な事故による救急搬送事例を経験していた。未回答者すべてが事故に遭遇していないと想定しても、2.6%が事故に遭遇していることになり、まれなことではないことがわかる。運動指導時のリスク管理が重要であると考えられる。

メタボリックシンドロームをはじめとする生活習慣病患者は潜在的に動脈硬化が進行している可能性があること、運動習慣がない人が運動を開始することなどから、一般の人に対する運動指導よりもリスクが高い可能性が否定できない。運動による事故を未然に回避するために、運動指導者は安全性を十分に考慮して、運動プログラムの管理を行なわなければならない。対象者の身体状況を把握する（図5）

図5 生活習慣病 運動指導前の情報収集

項目	注意すべきポイント
病歴	心臓病などの指摘を受けたことがあるか？ 治療中の病気（高血圧、糖尿病など） 内服薬の有無、種類 主治医の指示（運動制限？ 運動を勧められているか？）
自覚症状	運動中や終了後などに胸苦しさを感したり、意識を失ったりしたことがないか？ 足、膝、腰などの痛みやしびれ 運動で症状が悪化するか？
家族歴	血縁者に突然死や、50歳以下で心血管疾患となった人がいるか？
健診	定期的に健診を受けているか？ 受けている場合には、血液検査、心電図、眼底などの異常の有無

図6 身体状況によるリスク分類と管理体制

	状況	例	ジムでの対応	その他
0	疾患なし		一般的な説明と管理	健康度評価・教室動員
1	運動に障害となる疾患なし	高脂血症単独、白衣性高血圧、脂肪肝、肥満 (BMI<30)		
2	若干の注意を要するもの	高度肥満、コントロール良好な糖尿病 (薬なし)	運動種目、強度などへ配慮	
3	運動実施上注意を要するもの	治療中の糖尿病、高血圧	服薬状況の確認、コントロール状況の確認、運動種目・強度についての指導、運動後の状況確認	紹介状の依頼 主治医との連携
4	運動実施中、絶えず注意を払うべきもの	合併症のある糖尿病、コントロール不良な糖尿病・高血圧症、大血管障害の既往あり (安定期)		
5	運動による病状の悪化、事故をきたす恐れがあるもの	進行した合併症をもつもの (増殖網膜症、腎不全など)、心血管イベントの直後、大動脈瘤など	原則としてトレーニング不可	

(あいち健康プラザ)

とともに、運動の目的をよく考慮して、対象者に適した安全で効果的な運動プログラムを提供することが大切である(図6)⁶⁾。また、運動指導前の体調チェック、運動中の対象者の観察とそれに応じた指導、万一事故が起こった場合のすみやかな救急対応などの安全管理体制を整備することも重要である。

今回の調査では、救急トレーニングの定期的な実施者はいまだ少なく、安全管理マニュアルの整備も不十分な状況が示唆された。救命措置の手順、救急隊や家族への連絡方法、職員の役割と連絡体制、事故記録の作成、保険等の事務手続き等を記載した救急対応マニュアルの整備が急務であると考えられた。

参考文献

- 1) 運動所要量・運動指針の策定検討会：健康づくりのための運動基準2006～身体活動・運動・体力～、2006年7月 厚生労働省
- 2) 運動所要量・運動指針の策定検討会：健康づくりのための運動指針2006～生活習慣病予防のために～(エクササイズガイド2006)、2006年7月 厚生労働省
- 3) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会：「健康日本21」中間評価報告書、2007年4月10日 厚生労働省
- 4) 厚生労働省健康局、標準的な健診・保健指導プログラム、2007
- 5) 厚生労働省保険局、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、2007
- 6) 津下一代、評価方法と運動処方、特定保健指導における運動指導マニュアル、123-149、NPO法人日本健康運動指導士会、サンライフ出版、2007

図3 タバコ依存症スクリーニングテスト(TDS)

1. 自分が吸うつもりよりも、ずっと多くタバコを吸ってしまうことがありましたか。
2. 禁煙や本数を減らそうと試みて、できなかったことがありましたか。
3. 禁煙したり本数を減らそうとしたときに、タバコがほしくてほしくてたまらなくなることがありましたか。
4. 禁煙したり本数を減らしたときに、次のどれかがありましたか(イライラ、神経質、落ちつかない、集中しにくい、ゆううつ、頭痛、眠気、胃のむかつき、脈が速い、手のふるえ、食欲または体重増加)
5. 4の症状を消すために、またタバコを吸い始めることがありましたか。
6. 重い病気がかかったときに、タバコはよくないとわかっているのに吸うことがありましたか。
7. タバコのために自分に健康問題がおきているとわかっているても、吸うことがありましたか。
8. タバコのために自分に精神的問題がおきているとわかっているても、吸うことがありましたか。
9. 自分はタバコに依存していると感じるすることがありましたか。
10. タバコが吸えないような仕事やつきあいを避けることが何度かありましたか。

判定方法: 「はい」(1点)、「いいえ」(0点)「該当しない」場合は0点
合計点が5点以上の場合、ICD10の診断によるタバコ依存症である可能性が高い(約80%)。

スクリーニング精度等: 感度=ICD10タバコ依存症の95%が5点以上を示す。特異度=ICD10タバコ依存症でない喫煙者の81%が4点以下を示す。得点が高いほど禁煙成功の確率が低い傾向にある(Kawakami et al: Addictive Behaviors 24:155-166,1999)

高いと伝えたいほうがよいでしょう。この場合、特定保健指導の枠組みのなかで支援をしていくことを考えます。

5点以上の場合、ニコチン依存症の可能性が高いため、補助薬の使用が勧められます。TDS 5点以上でかつ、プリンクマン指数(1日の喫煙本数×喫煙年数)が200以上、「直ちに禁煙することを希望している」のすべての条件がそろっている場合には、保険で禁煙治療を受けられます。禁煙治療を実施している医療機関を紹介するとよいでしょう。面談室に最寄りの禁煙治療医療機関リストを常備しておくことが、ニコチンパッチやのみ薬(チャンピックス[®])

禁断症状を軽減する薬)を用いて、12週間、5回の診療で禁煙までサポートするものです。

「特定保健指導(積極的支援)で禁煙サポートを行う場合」

禁煙支援マニュアルの手順に従い、禁煙指導できるように教材を準備しておきます。

ニコチン依存症でない場合には、自力で禁煙できる可能性が高いこと、保健指導者が禁煙しやすいようにサポートすることを話し、意欲を高め、そのうえで、禁煙開始日の設定、禁煙にあたって不安なことの解決策とともに考えていきます。

禁煙がつかないのは最初の1週間(とくに3日

間)であり、これを乗り切ることで自信につながることを、アルコールやコーヒー、周囲の人の喫煙等は喫煙を誘発することから避けるべきであること、口寂しいときやどうしても吸いたいときには水を飲む、深呼吸する、散歩するなどの方法があることを伝えます。

禁煙の過程で体重の増加することを気にする人がいます。口寂しくお菓子を食べたり、食事がおいしくなつてつい食べ過ぎてしまうことが原因です。口寂しいときにはノンシュガーのガムやアメにして、糖や脂肪を多く含む食べ物をとらないように注意すること、2kg程度の増加は一時的には仕方がなく、それでも禁煙したほうがトクであること、無事に卒煙できたときに落ち着いて減量プランをたてればよいことを話し、再喫煙につながらないように注意します。

* * * * *

喫煙者のうち3割は禁煙したいと思い、4割は本数を減らしたいと思っているそうです。特定保健指導の際にその一歩を踏み出す応援ができれば、保健指導者冥利というものです。

* 1 医療機関検索ができるサイト

● 日本禁煙学会

<http://www.nosmoke55.jp/nicotine/clinic.html>

● ナルホスセンター【35禁煙】

<http://www.e-ken.jp/research/index.html> 等

* 2 チャンピックス[®]を用いた禁煙(図4)までの7回

* 3 禁煙支援マニュアル(厚生労働省)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-shien/manual/index.html>

(編集) 厚生労働省「禁煙支援マニュアル」/中村正和、藤原孝洋、大

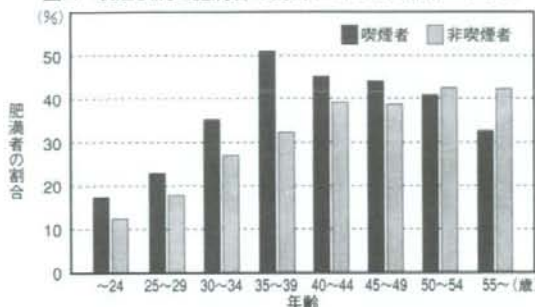
島明彦「禁煙サポートマニュアル」(5訂) / 日本禁煙学会編 東京

医学会(発行)

■特定健診・特定保健指導に関する疑問・質問 募集!

特定健診・特定保健指導の現場で直面している問題やお悩みをお寄せください。中とじこみのはがきにご記入いただくか、官製はがきに所属、職種、氏名、住所、電話番号を明記のうえお送りください。【官製はがきあて先】〒104-8104 東京都中央区銀座1-10-1 税法研「へるすあつぷ21」編集部

図2 喫煙状況と肥満者の割合(13,000人職域データより)



禁煙すると体重が平均2〜3kg増えるようにしている」という人もいます。一般的にはタバコを吸うとやせると思っている人が多いようですが、事実は異なります。

愛知県の某職域の健診データを分析すると、20〜40歳代男性では喫煙者のほうが非喫煙者よりも肥満率(BMI 25以上)が高いと

喫煙と肥満の関係は?

梗塞の発症が2・5倍高くなるという結果で、超ハイリスクであると考えられます。また、喫煙はアディポサイトカインの分泌異常を引き起こし、メタボや糖尿病の原因にもなることが最近明らかになってきました。単に重複しているだけでなく、因果関係がありそうだといいことです。

特定保健指導での対応は?

特定保健指導の目的は、健康セルフマネジメント法の獲得による糖尿病や心血管疾患の予防とそれによる医療費の適正化です。減量支援によるメタボ改善とともに、禁煙支援は重要な対応策の柱となります。保健指導者は禁煙指導にも対応できるようにしておかねばなりません。

【初回面接における保健指導の流れ】

- ☆情報提供・健診結果の説明の際、喫煙者には必ず次の3つのポイントを説明します。
 - メタボと喫煙が重複すると、超ハイリスクである(心筋梗塞、脳卒中、糖尿病)。
 - 喫煙は習慣ではなく、ニコチン依存症という病気かもしれない。
 - ニコチン依存症の場合、自力で禁煙するよりも薬にやめる方法がある。
- 特定保健指導では減量を指導されると思って

いたのに、別の選択肢を提示されることで、かえって抵抗感なく禁煙を考える人もいるくらいです。

☆喫煙行動のアセスメント・喫煙本数、年数、行動変容ステージの確認(禁煙したことがあるか、近々やめようと思っているか? やめる気はないのか?)

☆ステージに応じた働きかけ

やめる気がないときは、「禁煙は重要なことである」ことを再度確認しますが、無理強いしないように気をつけます。「禁煙は重要なことですが、今回は難しいようですね。その気になったらぜひご相談ください。みなさんサポートを受けながらうまく禁煙できていますから」と禁煙は次回にまわし、減量計画に進んでいきます。

やめたいと思っているときには、「減量も大切ですが、禁煙も大切です。どちらから始めますか?」と、本人の意思を大切にします。通常、両方同時に始めることはストレスも多くなりすぎるため、まず本人の意欲の高いほうから始めるとよいでしょう。

☆ニコチン依存症チェック

禁煙のための方法はニコチン依存度によって異なるため、禁煙希望者にはTDS(P33図3)で依存症チェックを行います。

4点以下ならば依存症の可能性は低いと考えられます。たとえば、タバコを吸い始めたばかりの人や、たまにしか吸わない人では依存症ではなく、補助薬を使わずに禁煙できる可能性が

特定健診 特定保健指導

疑問に答える



第12回

回答
あいち健康の森
健康科学総合センター
津下一代

Q&A

Q 禁煙は難しいといわれますが、積極的にすすめるべきでしょうか？
喫煙をリスクにカウントするわけや、特定保健指導でどう位置づけ、どうアプローチすればよいかについて教えてください。
(健保組合・保健師)

A 喫煙はメタボの診断基準にはない項目ですが、特定健診では動脈硬化リスクとしてカウントすることになっています。喫煙者では腹囲が基準値以上の場合、血糖・脂質・血圧のうち、リスクがあと1つあれば積極的支援になるのに対し、非喫煙者ではリスク2個以上重複していなければ積極的支援にはなりません(図1)。腹囲が基準値内でBMIが25以上の場合、喫煙者ではリスクがあと2個、非喫煙者では3個の重複(死の四重奏状態)になってはじめて積極的支援に該当します。実際、筆者が所属するセンターで9月末までに初回支援を終えた379人(地域147人、職域201人)の状況を見ると、職域における積極的支援対象者の52・3%、地域の27・9%が喫煙者でした。動機づけ支援対象者では、地域5・6%、地域0%というように、積極的支

特定保健指導における禁煙支援

保健指導

特定健診では、メタボと喫煙が重なると動脈硬化のリスクが相乗的に高くなることを根拠に、このような基準が設けられたのです。たとえば、大阪大学・磯博康先生のグループにおける18年間の追跡調査によると、喫煙者ではメタボが重複すると虚血性心疾患の発症が3倍、脳

喫煙をリスクとして
カウントするわけ

援に喫煙者が多いことは明らかです。

図1 特定健康診査の結果に基づく階層化

腹 囲	追加リスク* 血糖、脂質、血圧	喫煙歴	年 齢	
			40～64歳	65～74歳
男性:85cm以上 女性:90cm以上	2つ以上に該当	—	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で BMI25以上	3つ該当	—	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	—		

*追加リスクの判定基準

血糖:空腹時血糖100mg/dl以上、HbA1c5.2%以上、薬剤治療を受けている場合のいずれか
脂質:中性脂肪150mg/dl以上、HDLコレステロール40mg/dl未満、薬剤治療を受けている場合のいずれか
血圧:収縮期血圧130mmHg以上、拡張期血圧85mmHg以上、薬剤治療を受けている場合のいずれか
服薬中の者は、特定保健指導の対象としないが、主治医の依頼または了解の下に実施できる

(特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引書)(厚生労働省)

これは「結果」としての検査異常の重複だけでなく、「原因（病態）」に着目した考え方であり、対策を考えるうえで重要です。つまり、「メタボ」と判定された人は、減量によって血糖、血圧、脂質を改善しうる可能性が高く、薬物治療の前に減量指導を徹底することが重要である」とことや「内臓脂肪型肥満の人ではそれぞれが軽度の異常であっても重複することで危険性が高くなる」というメッセージを発信しているのです。

このような考え方の相違は、欧米と日本人の生活習慣病の実態が異なるためであろうと私は考えています。欧米の2型糖尿病はほとんどがインスリン抵抗性を背景として発症していますが、日本人はインスリン分泌能の低下をきたしやすく「やせ型」の糖尿病が比較的多いという人種差があります。NCEPの診断基準でメタボを判断した場合、欧米ではほとんどが肥満者であるのに対し、日本では非肥満者もかなり含まれます。その人々にメタボと判定することの妥当性が問われていると思います。

しかし、このように疾病定義が混乱した状況では国際比較も難しくなりますので、現在、IDFとNCEPが中心となって診断基準の統一を呼び掛け、NCEPの診断基準を軸として協議が進められています。

2 腹囲の基準は妥当か？

日本の腹囲は、男性85cm、女性90cmで、女性

のほうが大きいことがおかしい、と批判されています。08年、IDFによる人種別基準値では日本人は男性90cm、女性80cmであるという基準が示され、日本肥満学会の反発を呼びました。

ここで注意しなければならぬのは、腹囲の測定部位が欧米と日本では異なることです。日本では腹囲は臍の位置で測定しますが、欧米ではウエストライン。女性ではウエストのくびれがある高さで臍の位置を比較すると平均7cmの違いがあります。したがって日本女性の腹囲90cmは、83cmにはほぼ相当すると考えられます。

また、基準の作成根拠も欧米とは異なります。

日本の診断基準はCTによる内臓脂肪面積との相関から求められていますが、CTで臍の位置の断面像から内臓脂肪面積を算出しますと、100cm以上の場合にはそれ以下の場合より合併する疾患数が50%増加していることが明らかにになり、100cm以上を内臓脂肪の過剰と判断することが定められま

した。CTは簡単にできないことから、内臓脂肪面積100cmに相当する腹囲、すなわち臍の高さで男性85cm、女性90cmをもってスクリーニング検査値と定められています。他の国ではCTでの内臓脂肪面積との相関で定められたものではなく、根拠が脆弱ではないかと考えられます。CT画像をみると、女性では皮下脂肪が多いために5cm大きな基準となっています。日本では女性のやせが問題となっており、いきすぎた減量メッセージを発信しないためにも、基準値を変更することに対して日本肥満学会は慎重であるといえるでしょう。

メタボリックシンドローム診断基準の比較

	WHO 1999年	NCEP 2001年	IDF 2008年	日本内科学会 2005年
必須項目				
腹部肥満またはインスリン抵抗性	2型糖尿病、空腹時血糖 $\geq 110\text{mg/dl}$ 、耐糖能異常、高インスリン血症	なし	ウエスト周囲径: 男性 $\geq 90\text{cm}$ 女性 $\geq 80\text{cm}$ (日本人の場合)	ウエスト周囲径: 男性 $\geq 85\text{cm}$ 女性 $\geq 90\text{cm}$
構成要素				
	以下のうち2項目	以下のうち3項目	以下のうち2項目	以下のうち2項目
肥満	BMI $>30\text{kg/m}^2$ ウエスト/ヒップ比: 男性 >0.9 、女性 >0.85	ウエスト周囲径: 男性 $\geq 102\text{cm}$ 女性 $\geq 88\text{cm}$		
中性脂肪	$\geq 150\text{mg/dl}$	$\geq 150\text{mg/dl}$	$\geq 150\text{mg/dl}$ または治療中	中性脂肪高値 $\geq 150\text{mg/dl}$ かつ/または HDL-C低値 $<40\text{mg/dl}$
HDL-C	男性 $<35\text{mg/dl}$ 女性 $<39\text{mg/dl}$	男性 $<40\text{mg/dl}$ 女性 $<50\text{mg/dl}$	男性 $<40\text{mg/dl}$ 女性 $<50\text{mg/dl}$	
血圧	$\geq 140/90\text{mmHg}$ または降圧薬服用中	$\geq 130/85\text{mmHg}$	$\geq 130/85\text{mmHg}$ または治療中	$\geq 130/85\text{mmHg}$ または治療中
空腹時血糖値等	$\geq 110\text{mg/dl}$ またはアルブミン/クレアチニン $\geq 30\text{mg/g}$	$\geq 110\text{mg/dl}$	$\geq 100\text{mg/dl}$ または2型糖尿病	$\geq 110\text{mg/dl}$

■特定健診・特定保健指導に関する疑問・質問 募集中!

特定健診・特定保健指導の現場で直面している問題やお悩みをお寄せください。中としこみのはがきにご記入いただくか、官製はがきに所属・職種・氏名・住所・電話番号を明記のうえお送りください。【官製はがきあて先】〒104-8104 東京都中央区銀座1-10-1 国研「へるすあつぷ21」編集部

特定健診 特定保健指導

疑問に答える

第11回

回答
あいち健康の森
健康科学総合センター
津下一代

Q&A



腹囲をめぐる 論争について

健診

Q メタボの国際基準では腹囲は必須項目に入らないとの報道がありましたが、世界的にメタボについてどんな議論がされ、日本の学会ではどのような動きがあるのでしょうか。
(保健師)

A

今年から健診に採用された腹囲チエック。その場ですぐに結果がわかり、一般の人にもわかりやすい基準が定められているので、受診者の関心を呼んでいることでしょう。メタボリックシンドローム（以下メタボ）の診断基準については、リスクの数え方や基準値について国際的にはばらつきがあり、学会のみならず新聞紙上でも話題になっています。論争の主な内容は、

- ①メタボの診断基準として、腹囲を必須項目とするのか、選択項目とするのか？
 - ②腹囲の基準は妥当か？
- などでしょうか。腹囲という「身近すぎる検査」項目だけに、専門家のみならずマスコミや一般人を巻き込んだ腹囲論争に発展しているようです。

メタボの国際基準は どうなっているのか？

肥満とそれに伴う心血管疾患の予防は国際的

な課題であり、それぞれの国・地域の疫学データに基づいて複数のメタボ診断基準がつくられました（P 35表）。

たとえば、IDF（国際糖尿病連合）基準は、腹囲が基準値以上で、中性脂肪など血液検査の結果の4項目のうち2項目に異常があればメタボと診断します。これは日本の考え方とほぼ同じです。IDFでは人種別に腹囲を定め、空腹時血糖の基準を100mg/dlにしているのが特徴です。NCEP（米国コレステロール教育プログラム）は、腹囲など5項目のうち3項目に異常があればメタボとします。腹囲が大きいことを前提にするのではなく、「腹囲もリスクのひとつ」としてカウントするという考え方です。この違いは、メタボについての考え方の相違によるものです。

心血管疾患のハイリスク者を把握するということに重点をおいたのが、NCEPの考え方です。肥満ではなくても、高血糖・高血圧・脂質異常などのリスクの重複者において、心血管リスクが高くなるのが国の内外の観察研究から報告されているからです。この考え方で言うと、インスリン分泌能が低下した、やせ型の糖尿病の人が高血圧や脂質異常症を合併した場合もメタボと判定されることになります。

一方、メタボとは単にリスクが重複している状態でなく、その原因として内臓脂肪型肥満やインスリン抵抗性を基盤としていることに重点をおいたのが、日本やIDFの診断基準です。

グループ支援では、基本形を作成して練習しておく必要がありますが、対象者特性（年齢、職業等）に合わせた内容、テンポの工夫が必要です。対象者に合わせてマイナーチェンジができるよう、事前の情報収集に心がけましょう。うまくいっているかどうかの最初のポイントは「事前準備は十分にできているか？」です。

check 2 対象者の変化を 測定する

面接時の表情・態度、記録状況

保健指導の要点は、

- 対象者自身が自分の健康や生活について関心と危機感をもつこと
- 何かを始めようと思うこと
- 具体的にすべきことが見つかること
- 本人が生活の改善を始めること
- 生活改善の効果を実感し、継続できること

です。この到達目標にどのくらい達しているかが、評価ポイントになります。

まずは、面接のときの対象者の表情や会話の様子、発言内容などから、保健指導の成否を確認してみましょう。

- 対象者自身が自分の健康について「どう感じていること、今努力していること、難しいと思っていることなどを話してくれているか。

特定健 特定

第10回



回答
あいち健康の森
健康科学総合センター
津下一代

- 検査結果の説明について、疑問な点はなかったか。↓即座には答えられない疑問に対しては、調べてから回答すると答えられたか。

生活習慣改善について、「やってみる」という意欲的な発言があったか。

行動目標は具体性があるか、「できそうですか」という問いに、ある程度の自信がみられたか。

■ 次回の支援について、前向きな回答があったか。

これらについて毎回チェックしてみてください。このような指導者自身の自己評価は毎回で

もできますし、簡単な対象者アンケートを事後に行うという方法があります。たまには上司、同僚に同席してもらい、客観的な評価を受けるとよいでしょう。

うまくいっているかどうかの、最も重要なポイントは「対象者の変化をみる」です。

check 3 保健指導効果の 検証

対象者の生活習慣・体重の変化

保健指導を受けたことにより、生活習慣改善

意欲の向上（行動変容ステージの変化）↓生活習慣の変化（記録表により確認）↓体重・腹囲の変化、という指標が段階的に改善していくことを評価していく必要があります。

1年後の健診データが取得可能であれば、長期的な効果を検証することで、本当に「保健指導がうまくいっているかどうか」がわかります。

事業評価をすることが「こわい」と思って避けている保健指導者も少なくありませんが、事業評価を行うことにより自らの保健指導の価値、強みと弱みを知り、自信をもって保健指導

ができるようになった保健指導者がたくさんいます。あなたも、一歩踏み出してみませんか？

うまくいっているかどうかの究極のポイント
は「客観的なデータを用いた事業評価を行う」です。

■ 特定健診・特定保健指導に関する疑問・質問 募集中！
特定健診・特定保健指導の現場で直面している問題やお悩みをお寄せください。中としこみのはがきにご記入いただくか、官製はがき（所属・職種・氏名・住所・電話番号を明記のうえお送りください。【官製はがきあて先】〒104-8104 東京都中央区銀座1-10-1 新法研「へるすあっぷ21」編集部

自分の保健指導が
よいのかわからない

保健指導

Q

動機づけ支援では集団指導、積極的支援の対象者の方には個別で食事の改善や運動を中心に話を進めています。自分の集団指導や個別の保健指導がよいのか、悪いのかわかりません。それをほかったり、見極めるにはどうしたらよいのでしょうか。具体的な方法、よくするためのアドバイスをください。
(保健指導機関・保健師、管理栄養士)

point

- 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

■保健指導はプロフェッショナルな仕事

保健指導を始めたいけれど自信がない。これでもいいのかなあと悩んでいる保健指導者から相談をよく受けます。

まず、最も初歩的なケース。保健指導者が自分自身で準備不足を感じた、説明がうまくでき

なかった、といった問題については、事前準備の手順を明確にしてチェックしておくこと、面接方法について十分にトレーニングすることが大切です。うまくいかないケースのなかには、練習不足のまま、いきなり保健指導をしている場合が多いように思います。

次の段階として、

- スムーズに説明はできたし、うなずきながら聞いてくれているが、なかなか生活習慣を変えられる様子が見られない。
- 自分なりの健康法に固執して、話を聞いてくれない。

という場合。話が表面を滑っていて、その人の心を動かすことには至っていない証拠です。

さらに、「努力している様子だけれど、データの改善に結びつかない」というケースもあり

疑問に答える

診

保健指導

Q&A

ます。これは動機づけにはある程度成功しているものの、具体的な行動目標の立て方や継続的な支援の方法に問題があるといえるでしょう。

保健指導のよしあしを判定するには、最低、次の3つの視点でチェックする必要があります。保健指導とはよもやま話ではなく、相手の意識と行動に働きかけるプロフェッショナルな仕事なのですから。

check

1
保健指導のプロセスを
チェックする

準備不足にならないように

対象者の健診データや問診結果を事前に確認し、検査所見や生活習慣の問題に合わせた資料・教材を準備しておくこと、保健指導終了後に、「あったらいいな」と思うものをすぐに書き留め、次の支援につなげることが大切です。

保健指導の必要物品や教材等のチェックリストを作成し、事前、事後に確認しておきます(参考になる資料…全国労働衛生団体連合会「特定保健指導品質保証ガイドライン」)。

個別面接においては、説明すべきことや相手から聞いておきたいこと、展開法を事前に整理しておくといでしょう。とくに保健指導のキャリアが浅い人は、先輩にもらったシナリオを覚えるのではなく、自分自身でもシナリオを作成し、保健指導に備える必要があります。

行するために、生活習慣病予防プログラムに参加されています。その結果、血糖降下剤や高脂血症薬、降圧剤等の減量につながっている実績もあがっています。ただし、この事業は特定保健指導としてはカウントされず、保険者の自主的な判断、または本人の自己負担によって実施されることとなります。

また、糖尿病や高血圧等の治療は長期にわたるため、医師―患者関係のマンネリ化もよく見られる現象です。コントロール不良な患者に対しては、健診の機会に改めて別の立場から、良好な受療姿勢につながるよう支援していくことも大切です。健保組合保健師や産業医・産業看護職からの働きかけが重要であることは言うまでもありません。

薬物治療中の人に保健指導を行う場合の注意点

(保健指導機関が注意すべきこと)

① 運動指導の注意点

薬物治療中の患者では、動脈硬化性疾患が進行していることが多く、運動中に心血管系事故を誘発しないような注意が求められます。具体的には、運動実施前後の体調チェックや運動強度に関する指導が重要です。

薬剤の影響により、運動指導にとくに注意を要する場合があります。血圧の薬では、βブロッカーのように心拍数を抑えるものがあり、心拍数を運動強度の目安として使用できないこと

があります。血管拡張作用のある薬剤では、運動後や姿勢の変換時に急に血圧が低下し、気分が悪くなる場合があります。糖尿病の薬では、インスリンやインスリン分泌促進薬（スルフォニル尿素剤など）では、空腹時の運動により低血糖をおこすことがあります。



このような情報について、運動指導前に把握できることが重要です。主治医からの連絡票があることが望ましいのですが、最低限、本人を通じて生活習慣指導の状況と薬剤情報を確認しておくべきでしょう。主治医からの指導が「積極的に運動をするように」「運動時に注意することがある」「日常生活レベルなら可」「運動制限」など、どの段階にあるのか、また、どのような点に注意しなければならないのかを確認しておきます。

② 食事指導の注意点

糖尿病の場合、食事療法の単位、塩分制限の有無、とくに注意を受けているポイントなどを確認しておきましょう。

医療機関との連携において注意したいこと

生活習慣病のコントロールが不良な場合、医師からの指導が不十分な場合はかなりではなく、医師が熱心に指導してもなかなか言うことをきいてくれない、薬を処方しないと治療を中断する患者が多い、という状況があります。また、生活習慣改善だけではコントロールがつかない病態があることも事実です。

保険者が服薬中の人に働きかける場合に、無責任に医療機関を責めるような態度をとることのないよう、注意しなければなりません。

服薬中の場合には、すでに医師―患者関係が成立しており、そこに対する側方支援であることを念頭に置き、対象者が前向きに生活習慣病の改善に取り組めるよう、主治医―保険者―保健指導機関のネットワークを強化していくことが大切でしょう。

保険者としての使命は？

保険者としては、加入者の健康保持、保険財源の適正運用が使命といえます。「特定保健指導」として義務化されているわけではありませんが、服薬中の人が悪化しないような保健指導も重要であることを再確認しておくことが大切です。

illustrated by Chikako Akagawa

管理料などの診療報酬が定められているため、医療保険者に重ねて特定保健指導を義務づけることはしない、としているのです。とくに、ある患者に対して保険診療を行っている医療機関が、特定保健指導も受託して実施することになると、重ねて支払いが発生するという問題が生じます。

高尿酸血症、脂肪肝などにおいても、肥満の是正、飲酒制限などの生活習慣改善指導が重要です。しかし、これらの疾患についてはメタボリックシンドロームの因子となっていないこと、レポートからの情報ではなく本人の自己申告から判断しなくてはならず、情報が不正確になりやすいことから、現段階ではこれらの疾患のみで治療中の場合には、特定保健指導の対象としてカウントするという「ルール」になっています。

生活習慣改善指導の現状は？

しかしながら、現実には肥満の是正や食事指導が行われないうまま、薬物治療が行われている現状も看過できません。

やや古いデータですが、平成12年第5次循環器疾患基礎調査によると、過去1年間に、病院や診療所などで食事や運動の指導を受けたことのある者の割合は、高血圧症の28・6%、脂質異常症の36・0%、糖尿病の46・3%でした。平成14年度糖尿病実態調査では、糖尿病治療中

の患者において「食事指導」を受けた者71・1%、「運動指導」を受けた者47・6%、と報告されています。

現在、糖尿病の治療を受けている人の治療内容 (複数回答、%)

治療内容	男女計 (273人)	男性 (159人)	女性 (114人)
食事指導	71.1%	73.6%	67.5%
運動指導	47.6%	51.6%	42.1%
のみ薬	71.8%	66.7%	78.9%
インスリン注射	11.4%	10.1%	13.2%
その他	1.8%	1.9%	1.8%

<平成14年度糖尿病実態調査より>

つまり、薬物治療中でも、食事・運動指導を受けていない場合が多いという現実があります。その結果、肥満が改善されることなく薬物治療が開始され、その種類や量が増加し続けるケースが少なくないのです。

服薬治療中の人についても、「肥満が改善していない」「検査値が悪化している」「生活習慣問診の結果から改善すべき点がある」「本人が保健指導を希望している」場合には、何らかの対処が必要であると考えられます。「手引き」

服薬治療中の人への対応は？

においても、「医療保険者の判断で自由に保健指導を行うことは差し支えない」としています。

開業医等の小規模医療機関では、管理栄養士や健康運動指導士等が雇用されておらず、限られた診療時間内で医師が簡単な説明をしている場合が多いのではないのでしょうか？

このように生活習慣改善指導が不十分であると判断される場合、医療保険者に属する保健師が保健指導を行う、または、より実践的な立場で保健指導を行う機関に、保健指導を実施してもらおうという選択肢が考えられます。著者の勤める「あいち健康プラザ」においても、治療中の患者さんが生活のなかでの解決法を発見・実



■特定健診・特定保健指導に関する疑問・質問 募集中！

特定健診・特定保健指導の現場で直面している問題やお悩みをお寄せください。中としこみのはがきにご記入いただくか、官製はがきに所属・職種・氏名・住所・電話番号を明記のうえお送りください。【官製はがきあて先】〒104-8104 東京都中央区銀座1-10-1 株式会社「へるすあっぷ21」編集部

特定健診 特定保健指導

疑問に答える

第9回



回答
あいち健康の森
健康科学総合センター
津下 一代

Q&A

服薬中の人への
対応は？

企画

Q

生活習慣病で服薬治療中の人は、特定保健指導の対象になりませんが、服薬中とは糖尿病、高血圧症、脂質異常症のみが除外となるのでしょうか。また、服薬中の人に対しては何もしなくてよいのでしょうか。服薬中の人への適切な対応や留意点を教えてください。

(健保組合・保健師)

A

この問題については、制度上の解釈と、個別的かつ現実的な対応策を押さえておかねばなりません。法律や手引きは医療保険者に義務化している範囲を示しているものであり、個別事例については医学的に理想的な解決法を示しているわけでは無いです。「手引き」にも、「服薬指導を行っている医師と十分に連携」「対象者本人の意向も踏まえながら判断する」などの文言があるように、医療機関で行っている指導の内容や本人のおかれた状況を把握して、医療保険者が適切な判断をすることが求められます。

服薬中の人には、なぜ「特定保健指導」の対象にならないのか？

- 「特定健診・特定保健指導の円滑な実施のための手引き」によれば……
- ①糖尿病、高血圧症、脂質異常症の薬剤を服用している者……特定保健指導の対象としない。
- ②右記以外の疾病で受療中の者……特定保健指導の対象者として抽出される。
- ③特定健診後に服薬を開始した者……医師による服薬指導とするのか、それをやめて特定保健指導とするのかを判断する。
- ④特定保健指導開始後に服薬を開始した者……服薬を継続する場合は、重複投資を避けるために、その時点で特定保健指導を終了し実施分の精算に入るのか、最後まで継続するのか、医療保険者は対象者本人の意向も踏まえながら判断する。

糖尿病、高血圧症、脂質異常症の学会ガイドラインによると、まず生活習慣改善が重要であると明記されています。比較的軽症例においては、食事療法や運動療法を3カ月間程度実施しても十分な効果が得られない場合に薬物治療を行う、という記述がなされています。

これらの病態はメタボリックシンドロームのリスク因子であり、肥満の是正、運動の実施、禁煙など、特定保健指導と基本的には同じ目標で指導を実施することになっています。

つまり、これらの疾患で服薬中の人には、すでに生活習慣改善指導を受けたうえで、効果が不十分なために薬物治療を行っている、という原則になっているのです。これに伴い、指導料や

事業では治療中の人を除外していた市町村もあることから、特定健診でも受診を勧めていないところもあります。改めて受診勧奨してもよいでしょう。

また、日常診療時の検査データが特定健診項目を網羅していれば、これで代用することができます。ただし、腹囲測定やBMI、問診が行われていない場合がありますので、これを追加しなければなりません。総合判定や保健指導判定については医師が行うことになっているため、受診した医療機関か保険者と契約している医師が判定を行う必要があります。

⑤ 来年度に向け、未受診者リストを作成
性・年代・地域別に受診率を算定し、来年度に向けた方法を検討していきます。どのような健診機会にどのような対象者層が多く出現するのか、マーケティングの視点で分析してみましよう。また、未受診者リストとレセプトとの照合を行うことにより、治療中以外の「真の未受診者」を把握することができます。

保健指導編

保健指導の対象者はすでに健診を受け、階層化された方です。まったく健診に関心がないわけではないので、いかに勧奨するかがポイントとなります。

① 情報提供の機会を活用

結果通知の際に、積極的に保健指導の機会を活用してもらうよう、働きかけましょう。「指

特定健診 特定

第8回

回答
あいち健康の森
健康科学総合センター
津下一代



導」という暗いイメージではなく、「健康を維持・増進するための絶好のチャンス」と前向きに勧奨してみてください。勧奨した人のうち、何%が実際に申し込むのか、申し込まない場合にはその理由は何か？を確認しておく、次年度の計画につながります。

また、対象者全員に対して保健指導を行う計画（契約）であれば、情報提供時に初回面接を行うことが可能です。愛知県知多市では、結果通知（情報提供）を保健センターに来所してもらって行うことにしました。市の管理栄養士、保健師が健診結果について直接説明しています。保健指導担当者については初回面接の内容を実施しています。保健指導担当者以外にも直

接会って話ができることで、今までの健診よりも充実しているとのことでした。

●健診と保健指導の同時実施について手引きでは...

健診と保健指導を一括して同一の機関に委託する場合...

受託機関が健診の情報提供と保健指導の初回面接を同時実施することは、次の条件がすべて揃った場合を除き、基本的には認められない。

○医療保険者が、階層化において、健診機関の医師が保健指導対象者と判断した者全員に保健指導を実施する（対象者リストから重点化を行わず）と決めている場合

○所定の健診項目すべてが揃っており、かつ健診機関の医師がすべての項目の結果から総合的に判断できている場合

② まちぐるみで準備する

青森市では、市内の医師会、民間の健康増進機関、保健センターなど、本人の希望に合わせて保健指導プログラムが選べるように準備しています。市の担当者はすべての機関に出向いて支援マニュアルを説明し、Q&A集を作成、個人病院でスタッフがいない医療機関には、栄養士会と健康運動指導士会から人材を派遣して実施する体制も整えました。まさに町をあげてのヘルスプロモーションに発展しているようです。担当者の熱い思いが住民に浸透していくのを期待しています。

* * *

今年が初年度。うまくいかないこともあるでしょう。どこに課題があるのか、どういう改善方法があるのかを検討して、保健事業を育てていくことが大切だと思います。

健診・保健指導を受けてもらうには？

企画

Q 健診受診率が低い国保被保険者。健診や保健指導に参加してもらうためには、どのような働きかけや取り組みが必要でしょうか。具体的な工夫例などを教えてください。
(市町村・保健師)

いよいよ、特定健診・特定保健指導が本格化してきました。入念に受診率・実施率向上策を練っている保険者もあれば、やっぱり(?)予想よりも(?)出足が悪いという印象をもって保険者もあります。

そこで、今回は「受診率アップ作戦」ほんの一例ですが、受診率向上策をご紹介します。今からでも間に合うヒントが見つかるかもしれません。

まだ間に合う 受診率アップ作戦！

健診編

① 健診のPRを徹底する

まずは、健診のPR。保険者がもっている手段として、医療費通知の一部に健診のPRを入れていくところがありました。そのほか、スーパーや公民館、医療機関などにポスター設置を

お願いしたり、FMやケーブルTVなどローカルなメディアの活用、回覧板に繰り返し情報を流すなどの方法があります。先日、筆者のところに、在日ブラジル人向けのTV・新聞が取材にきました。愛知県はブラジルからの外国人労働者が多いことから、このような対応も必要なのですね。

PRの内容としては、

★話題のメタボを取り上げる

★メタボばかりを強調しすぎない(やせている人が受診しなくなる)

★健康な人も受診しやすいように、一年に1回は点検と健康メンテナンスをと呼びかける

★おしゃやかな、明るいイメージにする

★受診率が低いと、社会保障費に反映するなど、「病気を発見するための健診から、予防のための健診」へのシフトを訴えるものが多く

なっています。

② 健診の機会を多様類、用意する

医療機関で行う個別健診と集団健診を組み合わせて、受診率向上に努めている保険者が少なくありません。対象者の利便性、年齢や嗜好を考えると、いくつかの健診機会を用意しておいたほうがよさそうです。

愛知建連国保組合においては、家族での参加が多いイベント会場で特定健診を実施しました。市町村等においては、健康まつりなどの機会に国保ブースを設け、特定健診を実施する予定のところもあります。

③ 特定健診以外の健診データ、受療中の検査結果を収集する

健診未受診者のなかには、労働安全衛生法に基づく健診や人間ドックを受けているために、国保の特定健診を受けないという人がいます。受診券を送付するときに返信用封筒を入れ、他の機会を受けた健診データの写しを送付してもらおうようにしたり、電話等で連絡をしてもらおう旨記載した案内を出しているところもあります。

商工会や協同組合などに出向き、健診のデータを保険者へ手渡すようにお願いしている自治体もあります。地域職域連携協議会などの場を活用し、労働基準監督署や職域代表の協力を得るとよいでしょう。

④ 医療機関で治療のために健診を受け ていない人の把握

治療中の人も特定健診の対象です。老人保健

健診 保健指導 Q&A

疑問に答える

■特定健診・特定保健指導に関する疑問・質問 募集中！
特定健診・特定保健指導の現場で直面している問題やお悩みをお寄せください。中としこみのはがきにご記入いただくか、官製はがき(所属・職種・氏名・住所・電話番号を明記のうえお送りください。【官製はがきあて先】〒104-8104 東京都中央区銀座1-10-1 株式会社「へるすあっぷ21」編集部

ことができないことが肥満の原因によくあげられます。一人暮らしでは、「朝食抜き、夜も外食かコンビニのお弁当を食べ、その後にお菓子をつまむ」など、食事の形態が崩れていることが多く、食事の型を整える必要があります。

【職業】

仕事の内容や残業の有無、交替勤務の有無とそのパターン、仕事での飲食（接待や出張などの頻度）、食事をとる場所（職員食堂、近隣の外食店、お弁当等）などが、食生活に影響を及ぼします。

栄養、バランス、カロリーなどの知識

今の中高年男性は、中学校・高校で家庭科を履修していません。食事は女性の仕事で、男が関与することではないという考え方をもっている人もまだまだ少なくありません。

■メタボ男性への食事指導のコツ

このような背景をもつ男性に対する食事指導において、すべてを体系的に聞き取ること自体、困難かもしれません。食事を改善しようという気がないのに、根掘り葉掘り生活状況聞き取られることには抵抗感を感じるものです。

また、聞き取り調査に多くの時間をとりすぎるとは仕事の妨げともなります。短時間に要領よく！を旨とします。

メタボでは体重の増減、エネルギー収支を糸口として、本人の気づきを促していくことが大

特定健康特定

第7回

回答
あいち健康の森
健康科学総合センター
津下一代



切です。本人が積極的にやってきたら、詳しく聞き取りをすればよいのです。

ステップ1 健康に関心をもつような情報提供をきっちり。

体重や健診データの推移、疾病の危険度と改善の可能性を説明し、本人が「このままではマズいな」と実感することが大切。理論的に納得できれば、動くタイプも多いのです。

ステップ2 ライフスタイルを簡単にチェック。

難しすぎる指導はご法度。

ライフスタイルを振り返り、エネルギー収支を乱している元を発見します。カロリーブックなどで一緒にエネルギーを確認するとよいでしょう。意外な「発見」が行動変容につながります。菓子パンやジュースなど、ふだん何げなくとっ

ていたもののカロリーに驚くことでしよう。

ステップ3 目標管理手法を用いて。

これは仕事と同じ。長期目標（たとえば○歳まで元気で仕事する）、中期目標（メタボ脱出のため○キロ減量する）を明確にし、それを達成するための1週間単位の短期目標や実行計画を立て、セルフモニタリングを行いながら軌道修正します。体重測定と記録は必須としたいですね。

ステップ4 実行しやすい方法を考える。

本人自身が実行できることと、家族の協力を得たほうがよいことを整理します。本人の領分は昼食の選択、間食、嗜好飲料など。家族には夕食の食事の質と量を配慮してもらいます。とくに夕食が遅い場合のメニューを工夫してもらいます（低エネルギー、低脂肪）。可能であれば奥さんにも面談できるとよいでしょう。

交替勤務者の場合には、1日のタイムスケジュールを書き出してもらい、起床・就寝、勤務時間と食事との関係を整理します。食事と食事との間隔、就寝までの時間を配慮し、交替勤務にあっても食事リズムを整えることを意識化することが大切です。

「子どものためにもかっこいいお父さんでいたい」「職場で同僚とちよつとした競争をします」「右肩下がりの体重グラフを誇らしげに見せながらそんなことを語ってくれます。ソーシャルサポートと達成感が継続への原動力となることでしよう。

■特定健診・特定保健指導に関する疑問・質問 募集中！
特定健診・特定保健指導の現場で直面している問題やお悩みをお寄せください。中継し込みのはがきに記入いただくか、官製はがきに所属・職種・氏名・住所・電話番号を明記の上お送りください。
【官製はがきあて先】〒104-8104 東京都中央区銀座1-10-1 報法研「へるすあっぷ21」編集部

男性に効く食事指導のコツは？

保健指導

Q

男性への食事指導に限界を感じています。男性に効果的な食事指導の方法、アプローチ法を教えてください。また、交替勤務の人も保健指導の対象にしているのですが、留意点を教えてください。

(保健医療機関・保健師)

A

食生活を改善することによって、本人がより快適な生活になったと実感できることが大切です。

■食事改善に対する意識は男女で違う

男性への食事指導の難しさの原因として、栄養に関する知識、食生活や健康についての考え方、仕事や家族などの生活状況、食物取得ルートや食事様式など、さまざまな要因の個人差が大きく、また女性とは異なっている点があります。

さらに、「保健指導者にとのように見られたいか」ということが男女で異なることも、要因のひとつに加えるべきでしょう。

診 保健指導 Q&A

疑問に答える

■食事指導で考慮するポイント

男性は食事の改善を「自分の仕事」とは受け止めておらず、「できない」とストレートに表現してもプライドが傷つかないのです。逆に、女性の場合、「栄養のことがわからなかったり、食事に無関心なのは恥ずかしいこと」という心理が働き、理解しているフリをしたり、「よい回答」をする傾向が見受けられます。

したがって、男性のほうが、保健指導に対する反応がわかりやすい対象者なのです。男性への食事指導に「限界を感じている」からこそ、突破できる見込みがあります。これを保健指導のスキルアップのチャンスとしてみるとよいのではないのでしょうか。

食事指導の要点は、対象者の食生活のなかで「変えられること」を見つけ、具体的な行動計

画を立てること、そしてその実行を支援すること。この基本は変わりません。

メタボリックシンドローム男性に対する食事指導で考慮したいのは、次のポイントです。

食や健康に対する考え方

「ふだんの食生活について、何か意識していることはありますか？」などと尋ねてみてください。

- ・空腹感を満たせばよい。手軽さと価格を優先。早く済ませたい。(無関心期)
- ・交替勤務なので、どのようにしたらよいのかわからない。(関心期・知識不足)
- ・「健康にいい」といわれているお茶やドリンク類をとっている。(実行期だが、効果が期待できる方法ではない)

等々、さまざまな考えを話してくれるはずですが、食生活といっても、朝食や昼食に対する考え方と、夕食や間食に対する考え方、「特別な日」の食事について考え方が異なるのが普通です。宴会などの外食の機会も、月に1回程度であれば「特別な日」です。週に1、2回以上あるようなら「ふだんの食生活」としてとらえる必要があります。

生活様式と食物供給ルートの多様性

【暮らし方】

家族と暮らしている人は夕食を自宅で食べるのが普通ですが、残業が多い場合には夕食が遅くなりがちです。奥さんが作った手料理を残す

● 支援方法の利点と欠点・対策 ●

支援方法	利点	欠点と対策	対象者
個別支援 (来所・訪問)	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導者と直接相談できる ひとりの指導者が継続して支援できる安心感 個別的な事情に対応可能 日時の調整が可能 	<ul style="list-style-type: none"> どちらかが出向く手間がかかる 場所や時間の予約が必要 欠席時の代替日の設定 人間関係が固定化し、指導的になってしまう恐れあり(→場合によっては担当を変える必要がある) 	来所可能な人 または訪問可能な事業所等
グループ支援	<ul style="list-style-type: none"> 保健指導者と直接相談できる 体験学習、グループワークなど、楽しさを演出できる 仲間ができ、励まし合える 	<ul style="list-style-type: none"> 日時はほぼ決められている グループだけでは個人の状況の把握が不明確になるため、個別対応の時間も確保する 欠席時の代替日の設定 	主婦、自営業 退職後 職場での開催、土日なら勤め人も可
運動施設利用	<ul style="list-style-type: none"> 健康運動指導士等の直接的な支援を受けられ、運動プログラムを重点的に行える 日時は自分の都合で調整可能 	<ul style="list-style-type: none"> 通える場所に運動施設が必要 初回面接との連続性を確保する必要がある 食生活、禁煙についても指導できる体制が必要 	運動にとくに関心のある対象者
パソコン メール	<ul style="list-style-type: none"> 多くの情報量をやり取りできる 自分の好きな時間に入力、コメント書きができる 本人の経費が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> パソコンを日常的に開かないと、メールに気づかない 支援の日程を明確にしておかないと、支援回数が増えず、潜在的になるなどの課題もある 個人情報保護の観点から、やりとりできる情報の制約が必要である 	仕事などでパソコンに慣れている人
携帯電話 携帯メール	<ul style="list-style-type: none"> 即時性あり いつでもどこでも 多くの人が持っている 	<ul style="list-style-type: none"> リアルタイムに返信をしないと間が抜けたような感じになる 印刷されることなく消えてしまう 送信できる情報量に限度がある 個人情報について制約がある 	携帯メールの負担がない人
FAX	<ul style="list-style-type: none"> 記録物などを簡単に送付できる 記録物が手元に残る 手書きでよい 	<ul style="list-style-type: none"> FAXが必要 個人情報保護の観点から、返送は郵送で行う必要がある 	来所できない、 メールが使えない人
郵送	<ul style="list-style-type: none"> 通信添削のイメージ 何度もやりとりをすることは難しい 記録を手元に残すことができる 手書きのよさがある 	<ul style="list-style-type: none"> 投函しなければならない 相手に届くまでに時間がかかる 	来所できない、 メール、FAXが使えない人
電話	<ul style="list-style-type: none"> 会話の内容、声色などから意欲や状況を確認できる 常に双方向であり、行動目標の修正などが容易にできる 	<ul style="list-style-type: none"> 電話がつかないことがある 電話をかけてもよい時間に制約 事前に記録物を手に入れておかないと、情報収集に時間がかかる 	来所できない、 メール、FAX等の手段が使えない人



それでも!

中断者は出るかもしれません。
どのような状況で
中断に至ったのか、対象者の
属性や状況を分析しておくことが
大切です。このことは、
きっと次年度からの企画に
役立ちます。

(5) 苦情窓口を設置して、相手の言い分を聞く
「保健指導者に信頼がおけない」「人間関係がイヤだ」などといったことについては、相談窓口を設置して対応します。事実関係を確認し、保健指導方法の見直しや指導者教育を行ったり、担当者の変更などを考慮します。

対策6

支援メッセージは、意欲を高める内容になるよう意識して!

生活習慣改善の重要性を認識し、6カ月後、来年の健診に向けて行動をおこすこと、意欲を高められるような支援が大切です。

ポイント② 友好的な雰囲気話し合いができるように工夫すること。楽しい、また来たい、このグループでがんばりたい、という気分になるように！指導者も肩の力を少し抜いてみては？

ポイント③ 具体的に何をすればよいのが、明確なこと。目標体重、〇カ月で〇kgの減量、そのために何をやるのか、減量できたときのイメージなどを

明確にし、記録をつけることにより、成功率高く高まることを伝えておきます。



ポイント④ 継続的支援の方法を確認しておくこと。全体のスケジュール、毎回の内容、場所、方法など、書面で渡しておきます。相手の日程を確認し、本人の手帳に書き込んでもらうと忘れにくくなります。



ポイント⑤ 欠席のときの対処法を確認しておくこと。無断欠席や記録物の提出等が遅れた場合には、電話か訪問によって状況を確認する場合があります。

旨、伝えておきます。電話については自宅、携帯、職場など本人がかけてもかまわない番号と、かけてよい時間を記入してもらおうとよいでしょう。場合によっては、健保組合からも確認がいくことを伝えておくことにより、無断欠席に対する抑止力にもなります。

ポイント⑥ 本事業は保険料を財源として実施しているため、無駄にしないでほしいというメッセージも、場合によっては必要かもしれません。

対策3 初回支援の雰囲気、メタボ対策の意義を理解できることが継続支援の第一歩。

対策4 欠席や連絡が来ない場合の対策を事前に確認しておく

(4) 継続支援
メール、記録物を提出された場合には、できるだけ早急に反応できる体制が必要です。短時間に対応することが困難な場合には、あらかじめメールのやり取りの回数・時期などの約束をしておくべきでしょう。



Illustrated by Chikako Akagawa

記録物に対するコメントは、記録をつけたことへのねぎらい、努力していることの評価など、前向きなメッセージを中心とし、そのなかに1つか2つ、生活習慣改善のための重要なヒントが埋め込まれていることが望ましく、読むのが楽しみになるような文面を工夫します。

無断欠席や記録物の不提出など中断の恐れがあると考えられる場合には、電話等でその状況を確認し、継続しやすい方法に修正しましょう。うっかりして忘れたなどは、連絡することによって再開できる場合が少なくありません。

それぞれの支援方法には利点・欠点があるので、対象者の状況に応じて使い分ける必要があります（P35表参照）。

対策5 支援手段は本人の利便性・利用可能性を考えて選択を。

③ 指導内容・方法の問題

なかなか生活習慣を変えられず、指導者に注意されるのがいやだ。がんばっているのに効果を実感できなくて、いやになった。メールを送ってもなかなか返事が来ないので、意欲が低下した。指導を受けなくても自分でやる。

④ 周囲からの雑音

メタボ対策をしても意味がない、と周りの人に言われた。ほかにもっとよい方法があると思っただ。茶を飲むほうが簡単！

⑤ 本人の事情

病気になった、ケガをしたなどの理由で続けられなくなった。家族の病気、転勤、長期間の出張、保険の資格喪失。



これらの要因は相互に関係しており、たとえば本人の保健指導への期待感が大きいときには、アクセスの問題を乗り越えて継続できますし、逆にいくら時間にゆとりがあっても価値の乏しいことに無駄な時間を使いたくないのが人情です。ここでは、企画から運営までの保健指

導の流れに沿って、中断者を減らす対策を考えてみたいと思います。

中断者を減らす対策

(1) 企画

健保組合としては、保健指導機関が用意したプログラムの情報を集め、開発コンセプト、ターゲットとなる顧客層のイメージ、実施体制（担当する専門職の数と経験、教材やツール等）、欠席や連絡がつかない場合の対応策に着目します。

事業者側との協議を行い、対象者の特性、つまり勤務体制や内容、繁忙期や閑散期についての情報、保健指導可能な時間帯、連絡方法などの情報を得ておきます。職場のメールは使えるのか、電話をかけてもよい時間帯はあるのか、出張支援の場合には会場の確保などの協力が得られるのか、などの情報が重要です。

健保組合から事業者側に本制度の意義を説明し、「社員の健康づくり」の重要性をアピールしてもらい、会社ぐるみでメタボキャンペーンを行うなど、社内の雰囲気盛り上げておくと、本人の参加が容易になるでしょう。

対策1

事前に対象集団の生活様式を調査し、継続しやすい支援方法を考える

(2) 申し込み

人は自分で決めたことは継続できるもの。複数の支援方法についての選択権を提示するのもよい方法でしょう。医療機関での個別面談、電話・メール等の通信教育型、運動施設を活用するタイプなど、複数の支援パターンを準備しておき、本人自身が選択できるようにすると、主体的な参加が期待できます。

対策2 継続支援の方法は、本人に選択肢から選んでもらうのが理想的

(3) 初回支援

初回支援は、本人が保健指導者と出会う最初の機会になります。初回支援の印象が継続率を決めるといっても過言ではないでしょう。

ポイント① 重要性の認識と期待感こそが、困難を乗り越える力となります。本人自身が、



特定健診 特定保健指導

疑問に答える



第6回

回答
あいち健康の森
健康科学総合センター
津下一代

Q&A

中断者を
なくすには？

保健指導

Q 積極的支援は3カ月以上、双方向の継続した支援を行います。が、忙しくて時間がとれないなどの理由で、途中で連絡がとれなくなってしまったり、メールを返信してくれないといったことがないようにするにはどうしたらよいでしょうか？ また、動機づけ支援対象者も含めて6カ月後の評価を必ず受けてもらうために、どんなことに留意すべきですか？ 効果的な方法があったら教えてください。また、委託先の保健指導機関とは事前にどのようなことを確認しておくべきでしょうか？

(健保組合・保健師)

A

参加者の立場に立って、中断者をなくすための方策を考えましょう！

●「特定健診・特定保健指導の円滑な実施のための手引き」によれば：

■実施予定日に利用がなく、代替日の設定がない、あるいは代替日も欠席する等の状態で、最終利用日から未利用のまま2カ月を経過した時点で、保健指導機関から医療保険者及び利用者（対象者）に脱落者として認定する旨（脱落認定）を通知する。

■通知を受け取った医療保険者は、必要に応じ、利用者（対象者）に再開・継続を電話等により勧奨する等、脱落の防止に向けた一定の努力を行うことが望ましい。

■脱落認定の通知後2週間以内に利用者（対象者）から再開依頼がない限り、自動的に脱落・終了と認定し、保健指導機関から医療保険者に必要な場合は利用者（も）確定した旨を通知すると同時に、医療保険者に終了申請を行う。

中断の理由は何？

せっかく始めた保健指導、中断してほしくないですね。「中断するのは参加者の意識が低いせい」と、原因を参加者に求めるのではなく、中断を減らすための努力やしきみによって、保健指導の質を向上させることが重要です。継続しやすい方法を考えることも大切ですが、「時間がない」といっても絶対的なものではなく、その人のなかでの優先順位が低いことのほうが多いので、保健指導の内容の見直しも大切です。

継続的支援を中断する理由として、どんなことが考えられるでしょうか？

①アクセス（場所・日時、手段等継続しやすさ）の問題

うっかり忘れてしまった。たまたま日程が合わず、行けなかった。出張などでメールにアクセスできなかった。面倒なので、わざとサボった。

②保健指導者やグループの仲間との人間関係
保健指導者を信頼できない（人格、技術、知識）。人間関係や雰囲気が好きではなく、行く気がしない。