

図2. 健診・保健事業評価モデル⁴⁾

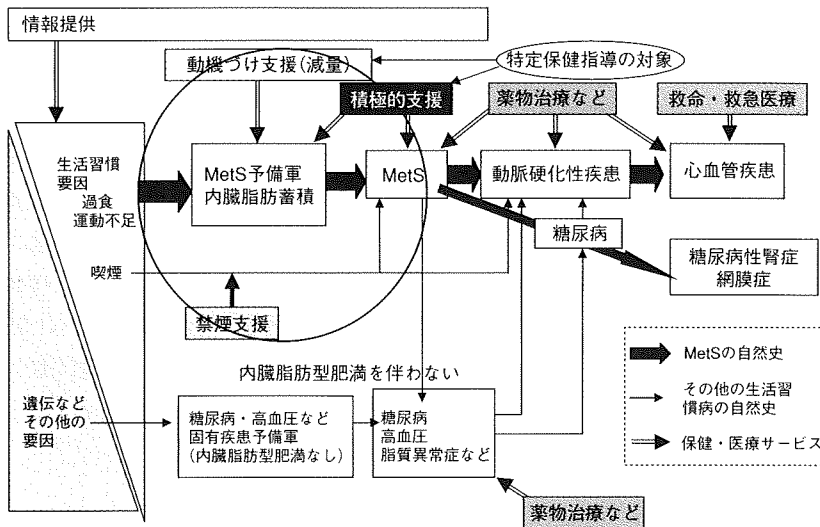


図3. 生活習慣病の自然史と保健・医療サービス
(津下一代：厚生労働省健診保健指導あり方検討会提出資料より引用)

できる対象者に対して、食事や運動などの介入を主体とする保健サービスを集中させるという戦略を立てることができるのである。

さらに、ソーシャルマーケティングの視点でいうと、対象者に対してわかりやすいメッセージを発信することの重要性が指摘されているが、MetSの概念はその点で非常に高いインパクトを与えた。腹囲に注意して健康管理をするという考え方はわかりやすく、セルフモニタリングに適しているため、対象者にとっても生活習慣改善の手ごたえを実感しやすい⁸⁾。事実、男性における肥満者の増加にはじめての止むがなかったことが報告されており、ポピュレーションアプローチとしてまずは成功したといえよう⁹⁾。現在積極的支援の効果を検証し始めているが、保健指導対象者の50~70%の人の体重減少を認めたなどの報告がある。

IV. 保健事業実施方法についてのマネジメント

厚生労働省では、全国どこでも一定レベル以上の保健指導が受けられるよう、標準的なプログラムを提示し、研修制度を構築した。データ分析が可能になるよう、どの検査機関で受診しても比較可能なデータ・判定結果が得られるように基準を標準化し、さらに標準様式で電子化された健診データは保険者を通して国に報告される。

各保険者では加入者の状況や健康課題を分析して、健診・保健指導の実施方策を検討、対象者の立場(顧客サイド)で受診しやすさ、受診したことの価値を実感できる結果説明や効果を実感できる保健指導の提供が必要となる。

病のハイリスク者を効率よくスクリーニングすること、ならびにそれに対する対策を明確に示しているという点で、マネジメント型保健事業の基本的な考えからみて重要な概念である⁷⁾(図3)。心血管疾患の予防に関して個々の疾患に注目するだけではなく、リスクの重複にも注意して管理すべきであるということ、結果としての検査値(血糖、

脂質、血圧)に対して対応するのではなく、その原因となる内臓脂肪の蓄積の有無により対策を立てる必要があるという考え方を示している。つまり、健診結果をMetSの考え方に従って判定することにより、心血管疾患、糖尿病などのハイリスク者を選び出すことができるということのほかに、内臓脂肪減量によって予防効果が大きく期待

保健指導機関では業務フローを明確にし、保健指導者の資質向上を図ること、困難事例や苦情などから改善すべき課題を発見し、業務フローに反映させていくこと、効率よく効果的な保健指導が提供できる体制を作ることが重要である。保健指導の業務フローとして、以下の点を検討しておく必要がある¹⁹⁾。

1. 企画

- ・対象集団の分析：健診結果を分析、性・年代別・地域別などの分析より保健指導対象者特性を把握、対象者特性にあった保健指導プログラムを作成する。
- ・継続的支援では、対象者の関心と利便性を考慮し、継続しやすい方法を選択できるようにする [面接、通信(e-メール、電話、FAX)など]。
- ・わかりやすく具体的で、対象者のレベルに合わせた教材を用意する。

2. 実施

- ・保険指導対象者の決定：階層化基準に基づき判定するが、階層化された全員に対して実施するのか、さらに優先順位をつけるのか。受診勧奨判定値の人への対応や義務化された対象者以外への対応についてもルールを決めておく。
- ・保健指導実施機関との調整。
- ・保健指導利用者参加募集：積極的に参加したくなるような募集方法の工夫。
- ・事前準備：対象者の健診データの確認、対象者にあった教材の選択など。
- ・初回面接：個別かグループか？ 場所、時間、保健指導者の配置など。
- ・積極的支援：対象者の利便性を考えた継続支援。回数とポイントを確認。脱落防止策、保健指導パスの作成。

- ・6ヵ月後の評価：方法、血液検査などを実施するのかどうか？
- ・記録：本人のセルフモニタリングシート様式。保健指導者の記録様式(要点をおさえたわかりやすいもの)。保険者⇒国へ提出する記録(電子的様式)。
- ・ヴァリエーションへの対応：欠席時、通信が来ないときの対応、クレームの対応方法など。

3. 評価

- ・プロセス評価：対象者アンケート(満足度)、業務量(保健指導ポイントなど)。
- ・アウトプット評価：参加者数・率、継続率など。
- ・アウトカム評価：保健指導の効果。参加者の行動変容、MetS改善率、体重減量率など。

4. 評価を保健指導プログラムの改善に活かす

- ①保健指導対象者個人の評価：保健指導経過を分析し、保健指導プロセスのなかで改善すべき点がないかどうか検討する。
- ②保健指導対象集団の評価：集団の効果が他集団や国の平均などと比較して十分といえるかどうかを検討する。効果が不十分な場合、保健指導者の研修、プログラムの改善や教材の修正、業務フローの見直しを考慮する。
- ③健診・保健指導事業の評価：積極的支援該当者のうち、何パーセントの人に保健指導が実施できたかなど、実施体制の評価を行い、運営方法を見直す。また、保健指導に参加しなかった人、非該当の人の翌年の健診データを分析し、加入者全体の評価

を行う。保健指導対象者で効果が上がったとしても、対象外の人が悪化するようであれば対策を講じなければならない。

おわりに

新制度が発足して1年が経過した。マネジメントの視点を取り入れて新制度の構築が進められたが、残念ながら顧客不在の状況(対象者が受けやすい健診の提供よりも、供給側の理由による実施方法の決定)や品質マネジメントの継続的な改善に向けての動きが現時点では十分に機能しているとはいえない。保健指導実施率ならびにその効果には大きな差があることが指摘されている。これから健診受診率や保健指導実施率、改善率などのデータが出始めるが、重要なことは改善すべき点を見つけて行動を起こすことである。数字の背景を十分に吟味し、どうすればより効果的かつ効率的な事業へと成長させるのか、関係者が知恵を絞り、技術開発し、情報発信していくことが不可欠だと考えている。

文 献

- 1) P.F. ドラッカー：経営の哲学、上田 淳生 編訳、東京、ダイヤモンド社、2003
- 2) Kotler P, Lee N：Marketing in the Public Sector：A Roadmap for Improved Performance. Wharton City School Publishing, 2006
- 3) National Association of Country City Health Officials (NACCHO). Mobilizing for Action through Planning and Partnerships (MAPP).
- 4) 平成16年度厚生労働科学研究費補助金による特別研究事業『最新の科学的知見に基づいた保健事業に係る調査研究』(主任 福井次矢)。

特集 メタボリックシンドローム；日本における動向とマネジメント

- 5) 厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム，2007
- 6) 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
- 7) 門脇 孝，島本和明，津下一代，他
編：メタボリックシンドローム リスク管理のための健診・保健指導ガイドライン．東京，南山堂，2008
- 8) 津下一代：相手の心に届く保健指導のコツ．東京，東京法規出版，2007
- 9) 厚生労働省健康局：国民健康・栄養調査結果の概要，2007
- 10) 金川克子，津下一代，鈴木志保子，他：新しい特定健診/特定保健指導の進め方．東京，中央法規出版，2007

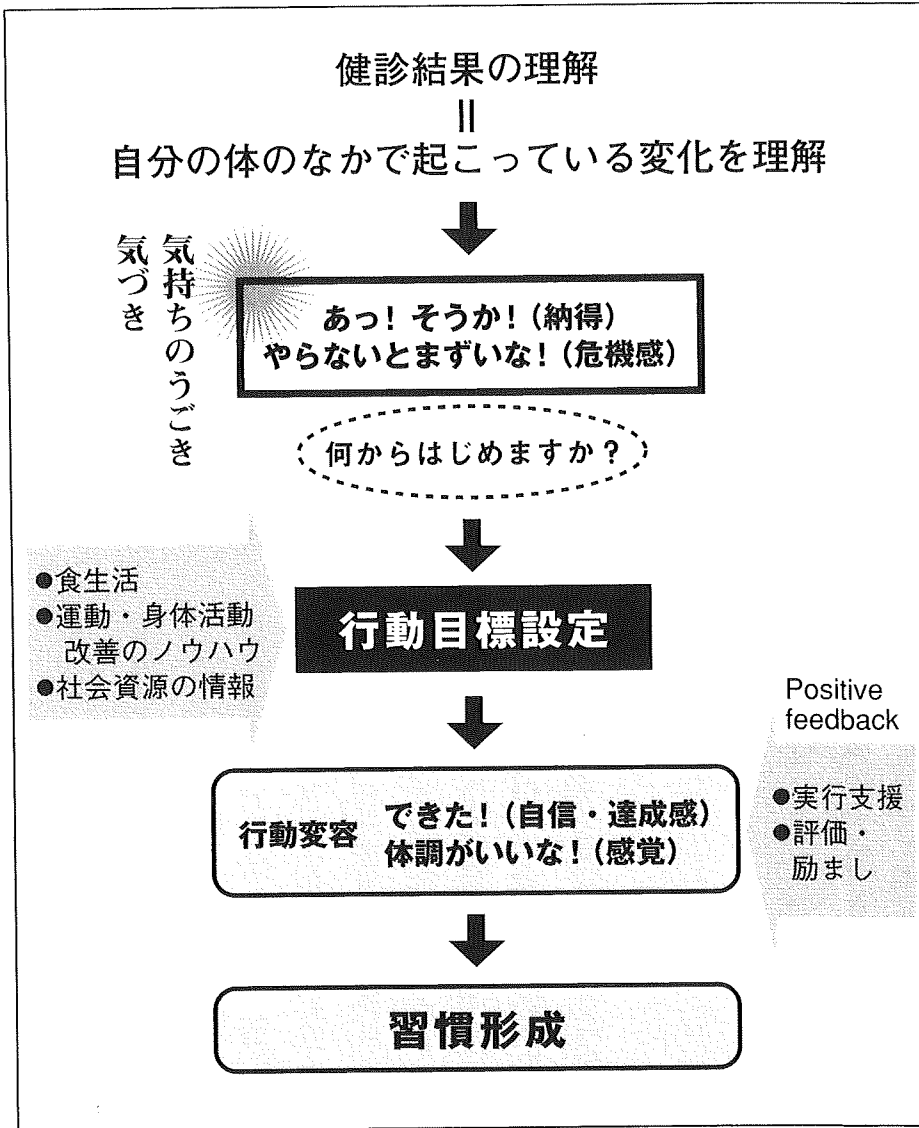


図1 保健指導において求められるクライアントの気持ちの動き

変化にとどまり、行動変容につながらないことが多いのではないだろうか。運動したほうがよい、食事を改善する必要がある、禁煙したほうがよいことはわかっているけれど、

現実の日常生活ではなかなか実行できそうにない、そこまでする必要がないのでは……と感じている人が多いのです。

特定保健指導ではこの状況から一

歩進んで、「これくらいならできそうだ、こうすればよくなりそうだ」（見通し・期待感）、「さあ、がんばってみるか」（意欲の高揚）といった**気持ちの動き**を引き出すことが求められます（図1）³⁾。「行動目標を実践することにより、期待通り減量できた」など努力にみあう効果が実感できれば、保健指導に対する満足度が高くなることでしょう。対象者が、保健指導の時間は無駄ではなかった、受けてよかったといった実感をもてるように支援したいものです。

ところで、特定保健指導に限らず医療や保健指導に対して、クライアント（患者、利用者）の「満足度」が重視されるようになってきました。「米国医療の質委員会」によると、多くの患者の不満は、意思決定に参加できない、ほしい情報が入らない、話を聞いてもらえない、自分たちのニーズに対応する医療を受

津下一代

あいち健康の森健康科学総合センター副センター長・健康開発部長

クライアントの満足度の高い保健指導を行うために

保健指導の現場では、対象者の満足度は高いのに結果はあまりよくなかった、また結果はよかったのに対象者の満足度が低くリバウンドしたなど、対象者の満足度と結果に食い違いもあるようです。対象者の満足度を高めつつ結果も伴う支援法を教えてくださいませんか。

特定保健指導の満足度とは

特定保健指導では、メタボリックシンドロームの概念を活用して対象者に生活習慣改善の必要性を伝え、

内臓脂肪の減量と検査データの改善をめざします¹⁾。さらに保健指導を通じて健康管理法を体得してもらい、保健指導期間終了後も自ら健康的な生活を維持できるようにすることが目標です²⁾。

これまで習慣化していたライフスタイルを修正するためには、かなりのエネルギーを必要とします。健診データが悪化していると「このままじゃ、まずいな」（危機感）と思うのですが、それが一時的な気持ちの



津下一代 (つした・かずよ)

1983年名古屋大学医学部医学科卒業。医学博士。国立名古屋病院内科（内分泌代謝科）、名古屋大学第一内科、愛知県総合保健センターを経て、2000年よりあいち健康の森健康科学総合センター、06年より現職。日本臨床スポーツ医学会、日本内分泌学会等の学会評議員や、運動指針策定小委員会、国民健康・栄養調査企画解析検討会等の厚生労働省委員を務める。日本糖尿病学会研修指導医、日本体育協会公認スポーツドクター。

特定保健指導の目的を本人と指導者とが共有する場面や、本人の理解度・関心事を把握しながら意思を確認していくという双方向の場面が少なく、指導者が一生懸命説明している様子が思い浮かびます。目標設定も本人の決意ではなく誘導された感があります。また、保健指導の内容や支援方法の問題だけでなく、日程調整や待ち時間、教材なども満足度には影響を与えていると思われるかもしれません。このように保健指導の場面を本人の立場で振り返ると、満足度を高めるために修正すべき点がいくつもみつかるのではないのでしょうか？

一方、「毎回楽しそうに面接を受けに来るのに、まったく行動変容する気がなく、効果が上がらない」などのケースもあるでしょう。保健指導の目的が明確に共有化されておらず、対象者がその場の「心地よさ」を重視しているためかもしれません。

満足度の高い保健指導を行うための工夫

満足度が高く、効果が期待できる保健指導をするためにはどのようなようにしたらよいのか、私たちのチームも試行錯誤しているところですが、とくに意識していることは以下のポイントです⁵⁾。

①対象者特性を考え、事前準備を行う

限られた時間の中で対象者に行動変容の必要性を理解・納得してもらい、具体的な実践方法を発見してもらうためには、わかりやすくイメージしやすい教材作成や時間構成などを事前に考えて準備し、展開を練習しておくことが大切です（図2・P24）。性別・年齢、健保か国保か、職業や地域特性など属性に関する情報や、健診・問診データを参考にし、必要になりそうな教材を準備し

ておきます。

②本人が自らの健康状態や生活習慣を考える時間をつくる、考えを促すための質問を用意する

↓健康を維持するため、何か意識してやっていることはありますか？

↓(健診データの推移を示しながら)検査データが次第に悪化してきたことについて、生活習慣の変化など、何か思い当たることはありますか？

↓(家族歴などを確認しながら)健康状態で気になる点がありますか、将来なりたくないと思う病気はありますか？

このような会話から、将来にわたって自分のしたいことができる人生を過ごす(自己実現)ため、健康である努力の大切さを再確認してもらうとよいでしょう。前向きな気持ち

けられないことだと述べています⁴⁾。

そのため、「医療の質」を高めるための6つの要素の1つとして「患者中心志向」を取り上げていますが、これは「個々の患者の意思、ニーズ、価値意識を尊重し、患者の要望に応える医療を提供し、同時にすべての臨床方針は患者の価値観を尊重して決定する」ことを意味します。特定保健指導においても、**対象者ニーズや価値観を尊重し、対象者の要望に応える、満足度の高い支援を行うことが重要**であるといえます。

保健指導のプロセスを クライアントの立場で 振り返る

それではまず、特定保健指導**対象者の立場**で初回面接の場面を思い出し、対象者の期待度、満足度はどのように変化していくのかを考えてみてください。

健診の結果メタボリックシンドロームと判定され、保健指導の利用券が届く。「ああ、最近ニュースになっている特定保健指導というやつだな？ そろそろ自分も減量したいと思っていたところだ」と考え、保健指導機関に電話した。残業続きで時間の余裕はあまりなかったが、なんとか仕事の予定をやりくりして、初回面接の予約をする。健保からの命令なので、仕事に穴をあけることも許されるだろう。

当日は少し早めに出かけるが、待たされること30分。ようやく自分の番だ。いかにも自信なさそうな人（orおしつけがましい雰囲気の人）から説明を受けることになった。ひととおり検査結果について説明を受けたあと（といっても、カナ言葉と数字の羅列で、なんのことやらピンとこないが……）、このままいくと心筋梗塞になるといわれた（でも、自分は大丈夫だろう……）。

その後メタボ脱出のために、体重減量

の目標を立てることになった。もともと

減量したいと思っていたので、ここが肝心だ。しかし「酒を減らしましょう」「脂っこいものも減らしましょう」など、保健指導者のいうことはすでに知っていることばかり。「いうのは簡単だけど、実行は難しいよなあ」と思っているうちに、指導時間が終わりを迎えた。こちらも気になることを聞きたいと思ったけれど、時間がないから聞くタイミングを逃した（答えてくれそうにもないし）。結局「ビールを減らすことと毎日30分歩く」という目標を立て（させられ）た。自分としては、このとおりやれるかまったく自信がない。記録をつける宿題も出たし、ちよつと大変だなあ……。

いかがでしょうか？ 一定の流れにしたがって保健指導が進行していきますが、クライアント（保健指導対象者）の満足度はいまひとつ、不完全燃焼なようです。

まくいかない、挫折しそうだという人もいるでしょう。このような場合、どのような状況でうまくいかないと感じるかを尋ね、その場合にほかに**どんな対処法**があったかを考えてもらうとよいでしょう。過大な目標を立てて達成が難しいときには目標の見直しを、体重が停滞期に入ってきたらまずは維持することの大切さを伝えたいものです。極端な節制ではなく、**日常生活と折り合い**をつけながら、**自分にとって**ちょうどよいペースを見い出せるような支援を心掛けます。

満足度を高める マネジメント

よりよい保健指導をしたい、効果的な保健事業を行いより多くの対象者に効率よくサービスの提供したい、そのためにどのような仕事のかたをすればよいのかを考えるのが

「マネジメント」です。

P・F・ドラッカーによると、「マネジメントとは、**明確かつ焦点のはつきりした使命**をもち、**戦略計画**を立てて実行し、**目標とした成果**を上げることである」といいます⁶⁾。ある事業を行うことが目的なのではなく手段に過ぎないのだ、**事業をすることによって対象者（顧客）に価値を与えることが重要**であるということです。保健指導について考えてみると、「決められたとおりに面接する」のは手段に過ぎず、「面接によって対象者が「新しい見方を知った、健康のために少し努力をしよう」と思った、保健指導を受けてよかった」と思うようになることが目的です。

対象者に価値が与えられたかどうかを測定する指標としての「満足度」については、「自分の期待に対して、知覚されたパフォーマンス（または結果）がどうであったかを比較評価したもの」と定義しています（P・コトラール⁷⁾。パフォーマンスが期待どおりであれば顧客は満足するということですが。

一方、サービス提供側（指導者側）からみると、対象者の満足度向上のためにどれだけのコストをかけるか、といった点も重要です。満足度を高めるためには、どれだけコストをかけてもかまわないというわけではありません。効率よく満足度を高める戦略が必要になります。優先的に改善しなければいけない課題は何かを明確にし、効果的な方法を考え、実践して評価、改善していく仕組みが重要で、これをマネジメントサイクルといっています。P・コトラールは対人サービスを改善するためのマーケティングの考え方を4Ps+3Psで表現しています（表1・P26）。これらの視点を踏まえ、保健指導のありかたを見直してみてはいかがでしょうか？

このように、特定保健指導におい

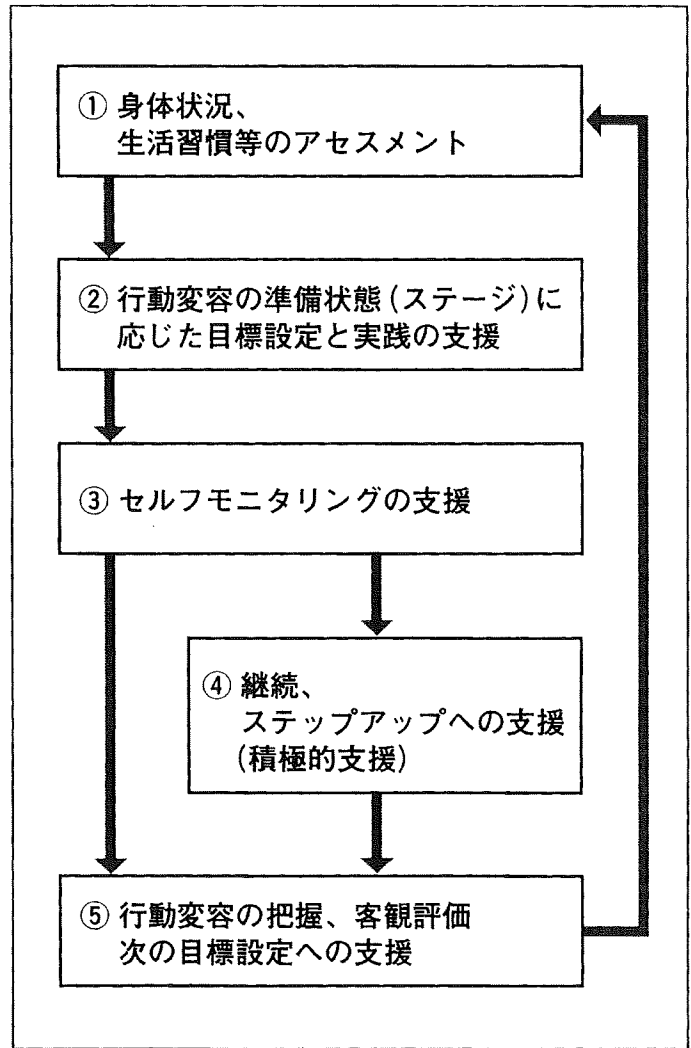


図2 保健指導の基本的な流れ

で目標設定に臨むことができれば、満足度もアップします。

③ 情報提供は相手の必要とする最小限を心がける

あまり多くの情報を伝えても、集中できず、忘れられてしまいます。成功率の高い具体的な実践方法等にポイントをしぼり、本人が日常生活

のなかで「何かひとつでも、今日から変えられること」を発見できることが目標です。ここでは生活習慣アセスメント結果や教材等が活躍します。

④ 対象者の疑問を大切に

対象者が主体的になってきた証拠として、さまざまな疑問がわいてき

ます。最近健康情報が不足しているというよりも、無責任な情報が氾濫しているために、何を信じていいのかわからないという状況になっています。疑問を一緒に考えることで、病態への理解が進むだけでなく、指導者に対する信頼感を得ることができると良いでしょう。

⑤ 本人の意思を尊重して行動目標を設定し、課題があれば修正を行う

面接のときにはやる気になったつもりでも、いざ普段の生活に戻ると忘れてしまうことがあります。そこで、体重や歩数などの記録をつけてもらう、家族や友人の協力を得る、環境を整えるなどの手段を提示し、本人が忘れずに実行できる方法を考えることが重要です。

新たな生活習慣を楽しんでいる人は満足度が高く、期待する成果につながりやすいのですが、なかにはう

表1 保健指導の満足度を高めるためのマーケティングの視点

●マーケティングの4Ps	
Product	高い品質、効果を追求する 意欲を高める 改善すべき点が明確 適切なサポートがある 自信がもてるようになる
	保健指導のめざす効果は？
Price	対象者の負担感を軽減する 金銭的、心理・時間的なコスト
Place	サービスへアクセスしやすい（継続しやすい方法）
Promotion	対象者に必要な情報が効果的に届く（PR等）
●サービス・マーケティングの3Ps	
Personnel	サービス提供者（保健指導者）の資質向上 高度な知識と技能 態度・規律
Process	顧客と提供者の対話により、最善のプロセスを発見する
Physical Evidence	サービスの見える化

では面接スキルも大切ですが、保険者のニーズ把握、予約から保健指導までのスケジューリング管理、場所や時間帯の設定、アセスメントの方法、教材、継続的支援の方法（ツール、脱落しそうになったときの対応）、

保健指導記録の作成方法などの業務フローを整理し、改善していくことが重要です。この作業を行うことにより、保健指導者のマネジメント力が向上するとともに、新人指導者の育成にも役立ちます。

満足度が高く、効果が期待できる保健指導を、いかに効率的に実行できるか。これから保健指導の分野においても、マネジメントの視点を踏まえて仕事の質を高める動きが進んでいくことでしょう。

参考文献

- 1) 厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム、2007.
- 2) 金川克子、津下一代、他：新しい特定健診・特定保健指導の進め方、中央法規出版、2007.
- 3) 津下一代：相手の心に届く保健指導のコツ、東京法規出版、2007.
- 4) 米国医療の質委員会／医学研究所著、医学ジャーナリスト協会訳：医療の質と谷間を超えて21世紀システムへ、日本評論社、2002.
- 5) 津下一代：メタボリックシンドロームのマネジメント1) マネジメントの基礎理念、Pharma Medica、2009.8. (in press)
- 6) P.F. ドラッカー、上田惇生訳：マネジメント基本と原則、ダイヤモンド社、2001.
- 7) F. コトラー&K.L. ケラー：マーケティング・マネジメント基本編（第3版）、ピアソン・エデュケーション、2008.

特定保健指導における食事療法の考え方

津下 一代

あいち健康の森健康科学総合センター



「肥満研究」Vol.15 No.2 119-125 2009 別刷

総説企画

特定保健指導における食事療法の考え方

あいち健康の森健康科学総合センター
津下 一代

特定保健指導における食事指導の基本的な考え方は、「肥満症治療ガイドライン」に基づき、総摂取エネルギーと栄養素バランスの適正化を中心とする。特定保健指導では実施期間や時間、回数に制約があることや、自ら進んで医療機関を受診した患者ではないことを考えると、ポイントを絞ったわかりやすい指導法を工夫することが大切である。「理想的な食事量や食事バランスについての情報提供＝食事指導」ではなく、すぐに実行できるような行動目標を対象者とともに考えることが重要である。

対象集団の特性としては働き盛りの男性が多いため、料理や食品(嗜好飲料など)を用いた具体的な情報提供や体重減量目標設定(目標管理)、グラフ化体重日記の活用(日常管理)が効果的である。①エネルギー摂取量を減らす減量期[3ヵ月間で3kg(体重の4～5%)をめやすに]、②長く継続できる維持期、にわけて指導するののも一つの方法である。

特定保健指導では、メールやレターなどで支援をする場合がある。過大な目標を立てて達成が難しい時には目標の見直しを、体重が停滞期に入ってきたら維持することの大切さを伝えたい。日常生活との折り合いをつけながら、自分にとってちょうどよいペースを見出せるように支援する。食事に関する情報が氾濫しているので、対象者の発する疑問に対しては、食品成分表や栄養成分表示を示しながら的確な回答を心掛けたい。

特定保健指導では事業評価のしくみが導入された。実施にあたっては、アセスメント方法、教材、保健指導記録などの業務フローを整理すること、対象者の意欲や生活習慣の変化、体重などの変化を評価すること、自らの保健指導を振り返り、改善していくことが求められる。近視眼的な短期的評価だけでなく、人々の健康維持に寄与しているかどうかといった長期的な視点の評価も忘れてはならない。

はじめに

特定保健指導はメタボリックシンドローム(MetS)、すなわち「脂肪細胞機能異常による肥満症」を対象とし、内臓脂肪の減量を目的とした生活習慣改善支援を行うものである¹⁾。食事指導の基本的な考え方は「肥満症治療ガイドライン」に基づき、総摂取エネルギーと栄養素バランスの適正化を中心とし、行動科学の考え方を活用した食行

動へのアプローチを行う²⁾。このことは、従来の食事療法指導と変わるところではないが、実際には肥満症に対する食事療法指導は難しいと考えられ、あきらめに似た感覚を持っている医師、管理栄養士が多いように思う。「指導しても毎回言い訳ばかりして、食生活を変える気配がみられない」、「いったん減量してもすぐにリバウンドする」などの経験をしている医療従事者も多いのではないだろうか。

さらに特定保健指導では、これまでの保険診療とは実施方法が異なる。保険診療では指導回数や期間についての取り決めは特にないが、特定保健指導ではあらかじめ医療保険者と保健指導機関との契約に基づき(委託の場合)、指導方法や回数が定められている。そこで特定保健指導では、効率よく効果的な指導をするための工夫が必要である。保健指導者としては肥満症治療に熟達した専門医だけでなく、広く一般

の医師、保健師、管理栄養士が実施することになるため、簡単に修得できる指導法の開発も必要である。

子どもが、生活習慣病に対する保健指導・健康教育の実践現場で、重視しているポイントは以下の点である。

- 1) 対象者の特性を考慮すること
- 2) 対象者自身の「健康を維持・改善したい」という気持ちを引き出すこと
- 3) 実行可能な方法を対象者とともに考え、自己決定を支援すること
- 4) 対象者の疑問や関心に向き合うこと
- 5) セルフマネジメント法の提案とサポートを行うこと
- 6) 標準化と改善のしくみ、すなわち品質マネジメントの考えを導入すること

本稿は生活習慣病に関する諸ガイドラインならびに行動科学分野の知見を踏まえ、これまでの保健指導経験を踏まえて執筆したものである⁹⁾。「食事療法」というタイトルであるが、対象者にとってネガティブなイメージを与える「食事制限」を意味するのではない。「最初は意識的に習慣を修正して減量を目指す、最終的には「あまり意識することなく体重を維持できること＝新しい習慣の獲得」を目指している。

昨年度は特定保健指導の初年度であり、今後さまざまな保健指導に対する考え方や方法が提案されると思われるが、たたき台の一つとして参考にしていただければ幸いである。

1. 保健指導対象者の特性を 考えて準備する

- 1) 性・年代の特性⇒わかりやすく、
すぐに実行できそうな支援が必要

特定保健指導は、特定健診結果の階層化により選定されたMetSまたはその予備群(腹囲基準値以上+一つのco-

morbidity)を対象とし、6ヵ月以上の継続的な支援を行うものである^{4,5)}。

平成19年国民健康・栄養調査結果によると、特定健診の対象年齢である40～74歳では、男性の2人に1人、女性の5人に1人が、MetSまたはその予備群と推計されていることから、特定保健指導の対象者は働き盛り層の男性が主となる⁶⁾。実際に当センターで平成20年度に実施した特定保健指導の参加者を見ると、健康保険組合では男性が90%以上を占め、平均年齢は48.3±6.6歳、市町村国保においても男性の割合が約60%で、平均年齢58.1±7.5歳であった。

対象集団の特性としては働き盛りの男性が多く、指導を受けるために何度も通う時間がない人が多い。また、食品交換表などの理解には、ある程度の食事に関する知識や技術を必要とするため、これらの知識の乏しい男性には短時間での習得が難しいかもしれない。逆に「腹八分目」というようなあいまいな指導では、なにを執行してよいかわからないということにもなる。料理や食品(嗜好飲料等)を用いた具体的な情報提供や食品栄養成分表示の活用法などの「わかりやすい」指導法が好まれる。日常の仕事で「目標管理」や「日常管理」などの言葉に慣れている人には、グラフ化体重日記はむしろ得意とするところであろう⁷⁾。

- 2) 肥満度等の検査値からみた特性
⇒自らの検査データで減量の必要性を理解する

肥満症治療の対象となる高度肥満者では、特有のパーソナリティを持つことが指摘されている⁸⁾。肥満者特有のパーソナリティにはこれまでの生育・療養過程のなかで後天的に培われたものが大きい。何度指導を受けても成果があがらないと「意志が弱いから食事療法ができない。ダメな人間だ」と否

定的な自己認識を持ちやすく、「減量できない」ことに対して自信をなくし、食べることに罪悪感をいだくようになるなど、指導に抵抗するようになる。

しかし、特定保健指導の階層化結果をみると高度肥満者は少数例であり、軽度肥満者が大半を占める。子どもの施設で積極的支援を行った対象者のBMIは26.2±2.4、腹囲は91.8±4.7cmであり、これまでに医療機関などで肥満に関する本格的な指導を受けた経験を持つ人は少ない。したがってネガティブな経験が少なく、また自分自身のことを著しい肥満だと認識しているわけではないので、高度肥満症患者とはタイプが異なる場合が多い。むしろ、「それほど肥満ではない」と思っている人も多いため、減量の必要性を実感するような働きかけが必要であろう。

たとえば、

- ・20歳以降の体重変動を振り返り、エネルギー摂取過剰になっていることに気付いてもらう。保健指導対象者のうち、「20歳から10kg以上体重が増加した」人は6割以上を占め、近年のメタボ情報のなかで体重、腹囲を気になるようになった人が多い。
- ・軽度の肥満でも、検査データの異常を引き起こすことを説明する。自分の検査データで、メタボリックシンドロームを理解する。
- ・検査データの変化から将来を予測し、生活設計の一環として健康を考えてもらう。

などのプロセスを要する場合がある。いずれにしても、減量の必要性について納得し、冷静かつ客観的に生活を振り返ることができるように支援していくことが大切である。

- 3) 制度からみた対象者特性⇒特定保健指導の意義、目的を明確に!
自らすすんで診療を受ける「患者」で

はなく、健診によって選定され、医療保険者(健保、国保など)により保健指導を勧められるため、「やらされ感」を持つ場合も少なくない。「(治療中のため)自分よりデータが悪くても呼ばれない人がある」、「自分より肥満でも呼ばれていない人がある」などの疑念を抱く人も少なくない。特定保健指導とはなにか、についてきちんと説明を受けておらず、「利用券が送られてきたから、予約しただけです」といった人も存在する。

このような場合、いきなり検査結果の説明や行動目標の設定に入るのではなく、保健指導・生活習慣改善の意義を話し合うところから始めないと、途中で逆戻りせざるを得ない。「メタボは肥満だけで決まるわけではなく、血糖や脂質などの検査値の異常があるかどうかが決めます」、「薬物治療が必要になる前にブレーキをかけるのが特定保健指導の役割」というように、目的や考え方を明確に知らせておく必要がある。また、特定保健指導の目的は一時的な体重減量だけでなく、一連の過程を経て健康管理意識と手法を身につけてもらうことにあることを明確に話しておくとういだろう。

以上のことは、特定保健指導対象者全体に共通する特性といえよう。さらに保険者ごとの特性(健保か国保か)、実施方法の特性(集合契約や個別契約か:保険者のニーズの把握ができるかどうか)、個人の特性(職業、家族、地域、年齢)などを考慮して、保健指導の準備をする必要がある⁹⁾。

2. 自発的な「健康を維持したい、食事を改善したい」という気持ちを引き出す

食事指導の前に、本人の減量についての考え方を確認し、本人が希望する方向にむけて支援する姿勢を示すこと

が大切である¹⁰⁾。この段階をとばして、指導者側が先回りして減量や食事制限を指示すると、反発される場合も少なくない。40歳以上の男性の70%、女性の90%は、健康のために、食事について時々(よく)考える(国民健康・栄養調査)と回答しているように、多くの人は健康のために食事を改善してもよいと考えているので、頭から「何もしていない人」と決めつけてはならないのである。

そこで、「減量の必要性」を指導者側が話す前に

- ・これまでに減量しようと試みたことはありますか?
- ・健診結果を受け取ってから、何か食事を工夫していますか?
- ・現在の食生活で気になっていることはありますか?

などと質問するとよいだろう。対象者がなにかしら、食事に対して関心を持っていることを発見したら、「では、無理なく減量できる方法を考えていきましょう」と話を進めることができる。

もし、「仕事が忙しくて、減量どころではない、食事のことを考える余裕がない」、「減量する気はない(無関心期・前熟考期)」という回答であれば、家族など身近な人の病気の話や、食事を見直したことによってデータが改善した例などを糸口に、予防の大切さに気付いてもらえるよう働きかけたい¹¹⁾。病気が重症化してから食事療法を始めるよりも、予備群や軽症から始めたほうが、簡単に快適であることを説明することもある。

そのような会話のなかから、「仕事が忙しいからこそ、健康を大切にしなければ」というように新たな見方を発見できればよいのではないだろうか。体重の減量は難しいと思っている人には、少なくとも「体重を増加させない」ことの大切さを伝えることも重要である。

3. 実行可能な方法を対象者とともに考え、自己決定を支援すること

さて、いよいよ食事指導の準備ができた段階である。「わかっちゃいるけど、できないんだよね」という言葉でもわかるように、「腹八分目」、「脂っこいものを減らす」などの食生活が健康によいことは、すでに多くの人々が知っているが、どの程度であれば合格点なのか、一般の人にはわかりにくい。ここで再び「脂っこいものを減らしましょう」といわれても、すでに知っている知識の繰り返しであり、あいまいなメッセージしか伝わらない。

減量に成功した対象者からは「缶コーヒーをやめただけ」、「夕食後のおやつをやめただけ」というような「…だけ」の言葉をよく耳にする。「簡単」「できる」が肝心であり、現在の食生活のなかで、「どの食事」の「どの食品」を減らせば減量につながりやすいか、「変えられるもの」はあるかを考えてもらうことが大切である。「健康のために飲んでた野菜ジュースが思ったよりも高カロリーだった(図1)」、「サンドイッチは軽食だと思ったが、定食と同じくらいのカロリーだ」など、食事に興味を持ってもらえるような話題を提供するとよいだろう。写真付きの教材を示しながら話を進めるなど、食事療法が難しいことではないことを強調したい。

このように、食事のすべてを組み立て直すフルモデルチェンジではなく、どこか数ヶ所の修正によってエネルギー収支を改善させるマイナーチェンジを目指すとうい。

食事についての目標が立てられない理由の一つに、「一生、がまんしなければならない」と、大きな負担感を感じていることも多い。そこで、①エネ

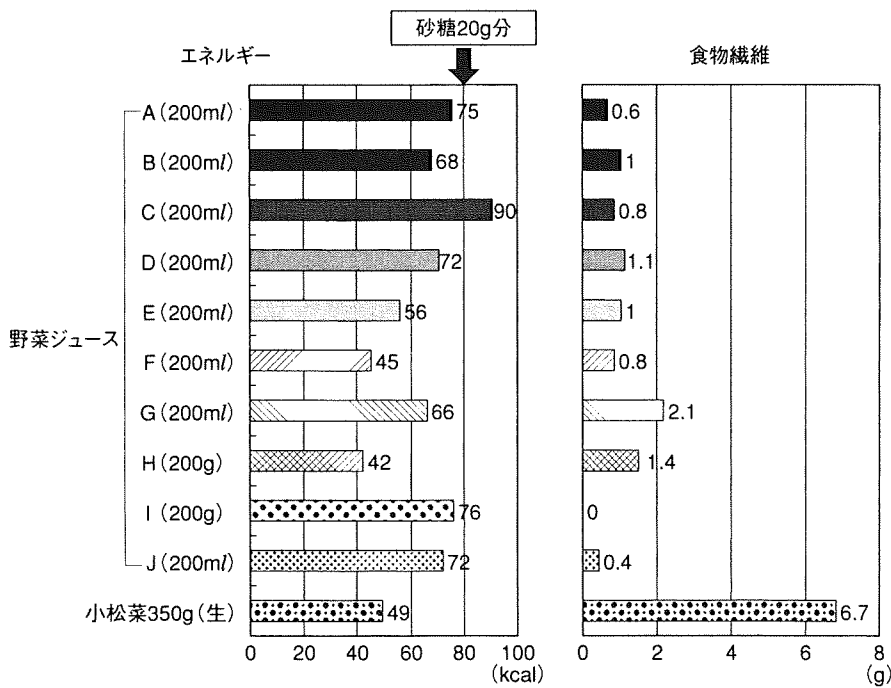


図1 野菜と野菜ジュース

ルギー摂取量を減らす減量期、②長く継続できる維持期にわけて、指導するのの一つの方法である。

3ヵ月間で3kg(体重の4~5%)減量、その後はその体重を維持するような食事に切り替えるなど、まずは「お試し期間」と思って始めることを勧めてみてもよいだろう。

減量期では、菓子や清涼飲料水、アルコールなどの嗜好食品のなかから、自分が減らせそうな食品がないかを考える。嗜好食品に問題がない場合、またはどうしてもやめたくない場合には、主食をご飯茶碗一杯までにする(茶碗を大→中にする)、主菜(タンパク質系のおかず)は手のひらサイズまでとする、などの簡単な方法を提案してみる。30分歩いても70~100kcalであるが、缶コーヒーを1本減らすだけでほぼ同じくらいのマイナス、ケーキをやめれば2倍以上のマイナス効果があることを知るにより、食事に対する関心と期待感がより高まってくることもある。実際、運動は時間がなくてできないといっている人が、「食べ

るのを減らすのに時間はかからないからね」と発言している。

4. 対象者の疑問や関心にきちんと向き合うこと

対象者が主体的になってきた証拠として、さまざまな疑問がわいてくるのが通例である。

- ・健康食品を摂ると痩せられるか?
- ・カロリーハーフのマヨネーズなら大丈夫か?
- ・焼酎ならカロリーがないのか?など、食事については、情報不足というよりも、無責任な情報が氾濫しているために、なにを信じてよいのかわからないという状況になっているのが現状である。食品に対する疑問に対しては、食品成分表¹²⁾や商品についている栄養成分表示を示しながら的確な回答を心掛けたい。即座に回答ができない場合には、次回までに調べて回答するなど、誠実な対応が望まれる。

特に「健康関心層」では、健康に良さそうな商品を摂っていることで安心したいという気持ちが強い。これまで高

価な費用をだしてダイエット食品を買っていたことを、頭から否定されるのもつらいところである。対象者が健康に関心を持ち、行動を起こしていることについてまずはしっかり受け止め、明らかに害がある食品であればその事実を伝える必要があるが、そうでない場合には「あなたはその効果をどう思いますか?」と冷静に考えてもらうとよいと思う。

5. セルフマネジメント法の提案とサポートを行うこと

面接の時には食生活の改善について理解できたつもりでも、いざ、普段の生活にもどると忘れがちである。そこで、行動目標、計画を忘れないようにするための仕掛けが必要となる。ここで行動科学の考え方が役立つ¹³⁻¹⁷⁾が、私どもの教室の参加者も、さまざまな工夫をしているので紹介したい。

・環境を整える

面接で決めた行動目標を紙に書き、冷蔵庫などの目立つところに貼る。

缶ビールは1本しか冷やさない。テレビの前にお菓子や果物を置かない。

仲間や家族と応援しあう。ダイエット仲間を作る。

・記録する

体重のグラフを作成し、2週間ごとに目標体重が意識できるように斜めに線をひく。

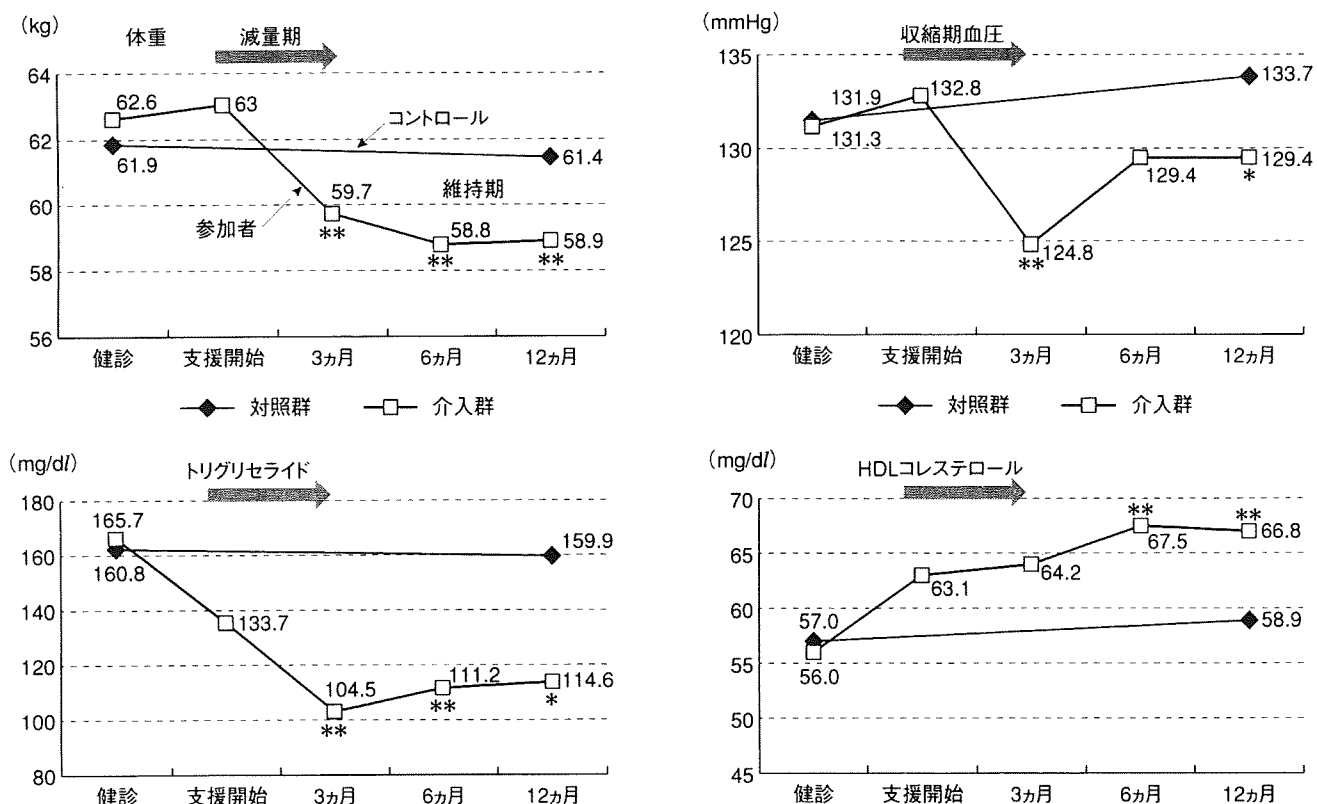
お菓子やジュースなどは、罪悪感を持たず、すべて記録する。

・自分なりのルールを作る

(厳しすぎないように、楽しみを持つ)

空腹時の間食は自分に許可するが、食後はやめる。

食べすぎた翌日は意識して減らす(食事は2日単位で考える)。



Tsushita K : Aichi Health Promotion Foundation

図2 保健指導による体重減少(あいち健康の森健康科学総合センター 教室型 n=84, 対照群 n=990)

対照群: 2年連続健診受診者より性・年齢・BMIをマッチングして無作為抽出

支援開始時と各時点での比較

検定: Wilcoxon符号付順位決定, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

安いケーキは買わずに、有名店の高いケーキを買う(もったいないので頻度が減る)。

(食べ方の工夫)

箸置きをつかい、いったん箸をおいて食べるように意識する。

野菜から先に食べて満腹感を得る。

残業するときは夕方におにぎりを食べる。この時夕食では主食を食べない。

飲料水やお弁当を買う時に、かならずエネルギー量を確認する。

昔のお膳のように、型を作る。決めたお皿にほどよく乗る分だけ食べる。

(外食)

バイキングや食べ放題は避ける。

月に1回程度の外食なら楽しむ。

週に1回以上ならセーブする。

(食べることを意識しない)

暇な時間を減らし、趣味に打ち込む。

ウォーキングシューズを履いて、日課として外へ出かける。

・考え方を変える

昔の人の生活や途上国の人の生活を思い出し、感謝する。

年をとっても元気である自分を想像する。孫が大きくなるまで元気でいようと思う。

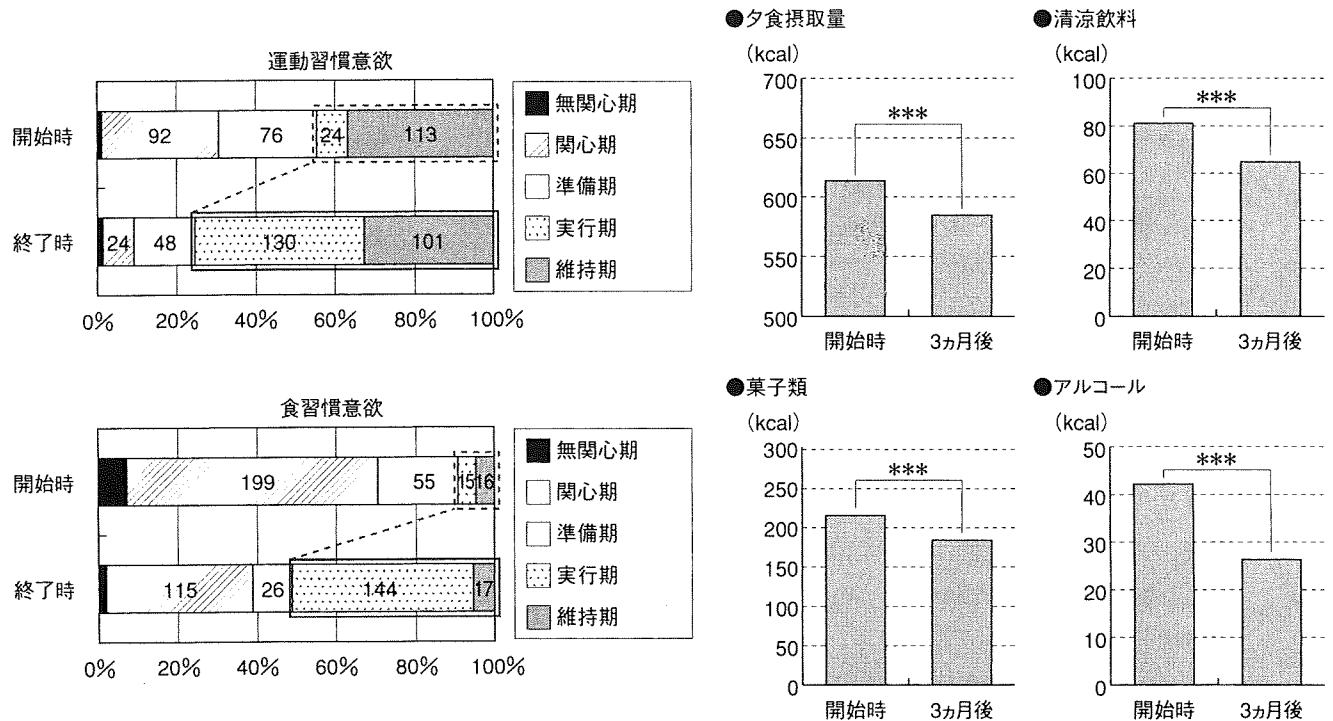
検査を楽しみにする。病気になると、人生がもったいないと思う。

うまくいっている人は、新たな生活習慣を楽しんでいるように見える。どのような工夫をしているのかを指導者側が聞き取り、応援する姿勢を持ちた

い。このようなアイデアは他の人にも参考になるので、グループワークなどで「自慢大会」をしてもらおうと効果的である。

うまくいかない、挫折しそうだという場合には、自分自身の意思の弱さを責めるのではなく、どのような状況の時にうまくいかないと感じているかを尋ね、そのような場合にはどのようにすればよかったと思うのか、を考えてもらおうとよい。うまくいっているように見える人も、実は時々息抜きをして無理なく続けていることを話すとよいかもしれない。短距離走のように、がむしゃらに頑張るだけでは息切れし、リバウンドにつながるのは当たり前である。

体重減量の停滞期に入ると、意欲が



Tsushita K : Aichi Health Promotion Foundation

図3 保健指導による生活習慣・改善意欲の変化(3ヵ月後)

保健指導により、夕食摂取量と嗜好食品が有意に減少した。しかし、間食を完全にやめた人ばかりではない。減らした人は多い。

*** $p < 0.001$

落ちてしまいがちである。もともと体重は一定のペースで減り続けるのではない(図2)。減量はすなわち飢餓と同じ状況であり、長期に同じペースで落とすことは内分泌反応にも影響を及ぼす。停滞期こそ、体が無理なく新しい体重に慣れようとしている大切な時期であり、ここであきらめないようにサポートをすることが大切である。

特定保健指導では、メールやレターなどで支援をする場合がある¹⁸⁾。過大な目標を立てて達成が難しい時には目標の見直しを、体重が停滞期に入ってきたら、まずは維持することの大切さを伝えたい¹⁴⁾。最初は「間食をやめる」としていた人が、1ヵ月後には「間食は1日に1回にする」などと目標変更するケースをよく体験する。極端な節制ではなく、日常生活との折り合いをつけながら、自分にとってちょうどよい

ペースを見出せるようになると長続きできるだろう。減量期には意識的に頑張り、維持期には少し気を楽に持ちつつ体重の維持を図るよう、本人を応援する気持ちでメッセージを書きたいものである。

6. 標準化と改善のしくみ、すなわち品質マネジメントの考えを導入すること

食事指導においてはアセスメントの方法、教材、保健指導記録の作成などの業務フローを整理し、自らの保健指導を振り返り、改善していくことが求められる。また、対象者の意欲や生活習慣の変化、体重などの変化を評価し、うまくいく事例を増やしていくための研修と研究が欠かせない(図3)。

やりっぱなしではなく、事業評価の

しくみがいっただ特定保健指導だからこそ、近視眼的な短期的評価だけでなく、人々の健康や人生の幸福に寄与しているかどうかといった長期的な視点の評価も忘れてはならないと思っている。

文献

- 1) 藤岡滋典：脂肪細胞の質的異常による肥満症。新しい診断と治療のABC59。肥満症。代謝5。東京：最新医学社，2009，73-79。
- 2) 日本肥満学会肥満症治療ガイドライン作成委員会：肥満症治療ガイドライン2006。肥満研 2006，12(臨時増刊号)。
- 3) 津下一代：相手の心に届く保健指導のコツ。東京：東京法規出版，2007。
- 4) 厚生労働省健康局：標準的な健診保健指導プログラム。平成19年4月。
- 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。平成19年7月。
- 6) 厚生労働省：平成19年国民健康・栄

- 養調査結果.
- 7) 吉松博信：グラフ化体重日記. 坂田利家編. 肥満症治療マニュアル. 東京：医歯薬出版, 1996, 55-102.
 - 8) 橋口正一郎, 白井厚治：性格タイプ別治療のすすめ方. 治療 1998, **80**：2513-2520.
 - 9) Storey JD, Saffitz GB, Rimon JG：Social Marketing. Health Behavior and Health Education. 4th, San Francisco：Jossey-Bass, 2008, 435-464.
 - 10) Glanz K, Rimer BK, Viswanath K：Health Behavior and Health Education. 4th, San Francisco：Jossey-Bass, 2008.
 - 11) Prochaska JO, Velicer WF：The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot 1997, **12**：38-48.
 - 12) 香川芳子：五訂増補食品成分表(2008) 女子栄養大学出版部.
 - 13) Rosenstock IM：Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs 1974, **2**：328-335.
 - 14) Becker MH, Maiman LA：Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Med Care 1975, **13**：10-24.
 - 15) McFall RM：Parameters of self-monitoring. Stuart RB eds. Behavioral self-management：strategies, techniques and outcomes. New York：Brunner Mazel, 1977.
 - 16) Katz RC, Thomas SL, Williamson P：Effects of self-monitoring as a function of its expected benefits and incompatible response training. Psychol Rec 1976, **26**：533-534.
 - 17) Bandura A：Self-efficacy：toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977, **84**：191-215.
 - 18) 日本遠隔医療学会：テレメンタリング—双方向ツールによるヘルスケア・コミュニケーション. 東京：中山書店, 2007.

特定健診・特定保健指導の医療費適正化効果

津下一代^{*1}，伊藤由希子^{*2}，川渕孝一^{*3}

臨床 **スポーツ医学** 第26巻 第12号 別刷

(平成21年12月)

特定健診・特定保健指導の医療費適正化効果

津下一代^{*1}，伊藤由希子^{*2}，川淵孝一^{*3}

はじめに

平成19年度国民医療費は34兆1,360億円にのぼり，過去最高であったことが厚生労働省より発表された¹⁾。国民1人当たり年間医療費は平均267,200円であるが，65歳未満では163,400円に対し，65歳以上の医療費は646,100円，75歳以上では794,200円であったという。わが国の人口構成をみると，65歳以上人口は現在約20%であるが，今後さらに増加して40%に近づく見通しである²⁾。老後の安心のためには，医療が安定して供給されることが重要であり，経済的な理由で医療を受けられない，または中断せざるを得ないというような事態は避けなければならない。

一方で，医療費の増加に対応する財源確保が厳しくなっているのも現状である。これまで医療費増大に対する抑制策として，自己負担割合の引き上げ，診療報酬の度重なる改定，平均在院日数の縮小策や病床区分の見直しなど，あの手この手が用いられてきたが，この過程において医療が疲弊してきたことが社会問題となっている。今後とりうる策としては，このような対症療法的抑制策ではなく，効果的かつ効率的な医療提供に向けた研究の推進，さらに疾病予防策の徹底という根本的な対策ではないだろうか。これらの政策は患者に

とっては医療者にとっても福音をもたらすものと考えられる。

この理念のもと，打ち出されたのが特定健診・特定保健指導制度である^{3,4)}。医療保険者が40～74歳の加入者全員に健診を実施，その結果をもとに生活習慣病の進行過程にあるメタボリックシンドローム該当者を特定し，リスクの度合いに応じた保健指導や受診勧奨を行うというしくみである。特定保健指導により個人の健診データ，医療費がどう変化するのか，また新制度導入により国民医療費全体の動向がどう変わっていくのかが注目されている。

本稿のタイトルは「特定健診・特定保健指導の医療費適正化効果」であるが，平成20年度より開始された制度であり，ようやく本格稼働し始めたところである⁵⁾。すでに肥満者の減少などの効果が出始めているが，現時点で医療経済効果を直接的に検証することは困難であるので，生活習慣病と医療費の関連，生活習慣介入研究の効果についてこれまでの研究成果をまとめること，さらに本格実施された同制度の進捗状況を述べることで責を果たしたいと考えている。

生活習慣病と医療費

生活習慣病関連医療費は10兆円を超え，国民医療費の約3割を占めている(図-1)。年代別にみると，50歳代頃より循環器疾患や代謝疾患などの生活習慣病が急増しており，高齢化に伴う医療費の

*1 あいち健康の森健康科学総合センター

*2 東京学芸大学人文社会科学系経済学分野

*3 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医療経済学