

一方、財源やマンパワーなどに制約があり、対象者すべてに保健指導を実施することができない状況であれば、できるだけ多くの人に機会を提供することも考慮しなければなりません。つまり、前年度に保健指導の機会を提供できなかった人を優先的に保健指導の対象にすることが推奨されます。

## 2年目の保健指導の3つのポイント

「2年目の保健指導」について、法律の規定、保健事業戦略、個人に対する支援の3つの観点からまとめておきます。

### 1 法律の立場から

特定健診は毎年実施することを医療保険者に義務づけています。健診結果を階層化することにより保健指導対象者が自動的に抽出されますが、この階層化判定には前年度の保健指導実施の有無を考慮することはありません。つまり、前年度に保健指導を実施しているからといって、今年度実施しないという法的な根拠はなく、保健指導実施率を算定する場合の対象者数(分母)から除外することはできません。

しかし、医療保険者が実施可能な保健指導対象者数に限度がある場合には、保健指導対象者の優先順位を考慮することが許容されています(「特定健診・特定保健指導の円滑な実施のための手引き」)。たとえば、「毎年保健指導を受けるものの改善が見られない者については、優先度を低くするようなことも考えられる」との記載もあることから、医療保険者として対象とすべきかどうかを検討しておくことが必要です。



### 2 保健指導対象者を選定する場合の留意事項

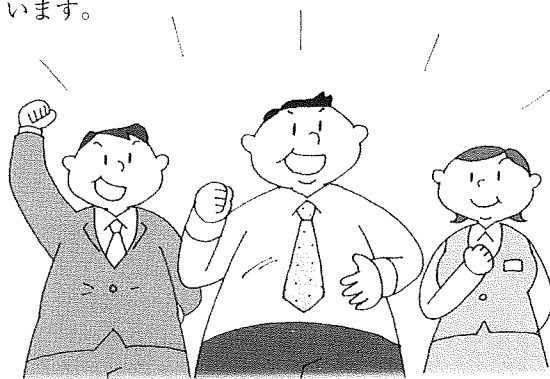
できるだけ多くの人々に対して、生活習慣改善の大切さ、メタボを放置することの不利益を知っていただくことが重要ですので、前年度、保健指導を実施できなかった人を優先することが望ましいといえるでしょう。

前年度、保健指導を実施した人に対しては、情報

提供の段階で、生活習慣改善の意欲が継続するよう、励ましのメッセージを添えるとよいでしょう。

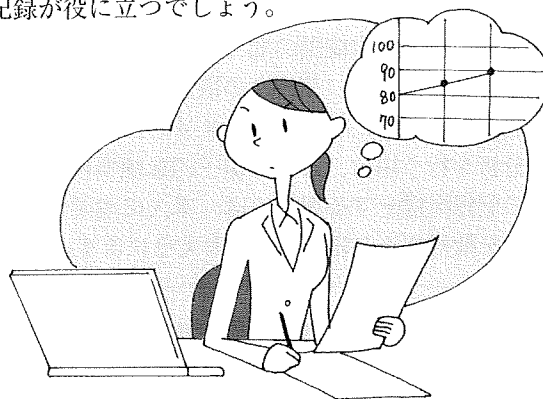
前年度に保健指導を実施した人でも、十分な効果が得られておらず、かつ保健指導の希望がある場合(今年こそは…という意欲がある人)では、再度保健指導の機会を提供する価値が高いと考えられます。また、前年度よりも体重が増加している人、データが悪化(リスク数の増加、受診勧奨判定値への移行など)している人に対しては、情報提供の段階で、本人に再チャレンジの意思があるかどうかを確認することが重要です。

高齢者においては、保健指導判定値が厳しい現状を考慮すると、保健指導判定値レベルで「維持できている」ことも可とすべきではないかと私は考えています。



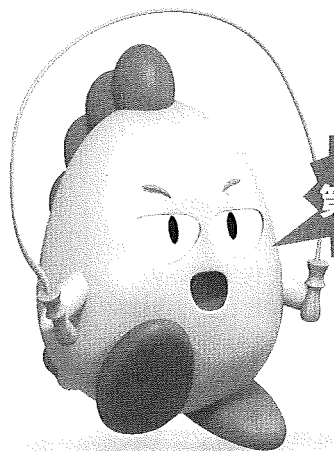
### 3 2年連続して保健指導をする場合の留意事項

前年度の保健指導の期間中(または終了後)に、本人が考えたこと、実行したこと、実行しようと思ったけれど継続できなかったことなどを確認しておきます。1年間の体重の推移、健診データの推移を確認し、前年度の課題も考慮して、より具体的な行動計画を立てることが大切です。前年度の保健指導記録が役に立つでしょう。



# 特定健診 特定保健指導

疑問に答える



第16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

## 特定保健指導の 記録の残し方について

データ  
管理・活用

**Q** 積極的支援を無事に終了して最終評価を行いました。これから保健指導記録を電子的標準様式で提出しなければなりません。また、委託元からは電子的な標準様式以上のデータの提出を求められています。これらの記録はどのように活用されるのでしょうか？ 提出する記録については何か取り決めがあるのでしょうか？

(保健指導機関保健師、管理栄養士)

**A** 記録は、保健指導事業の決済、保健事業評価と改善、そして政策形成のために活用するものです。委託元(医療保険者、元請け)に提出する記録については、保険者と保健指導機関の間で事前に調整しておくことが大切です。データの取り扱いについては個人情報保護に十分留意します。保健指導効果分析を行う場合、または電子的な標準様式以上の記録を提出する場合には、本人に説明して同意を取得する必要があると考えられます。

### 保健指導に関する記録の種類と目的

今回は、特定保健指導において必要とされる記録

の残し方と、それらの情報をどのように活用するとよいのかについて考えてみたいと思います。

保健指導に関する記録としては、電子データとして国に報告する義務のあるものと、保健指導機関や保険者が、保健指導方法の改善、保健事業の見直しに用いるための情報があります。右上表は、厚生労働省の「標準的な健診・保健指導プログラム」および「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」をもとに、著者が作成したものです。

保健指導情報としては、

- ①電子化され費用決済に用いられる項目
- ②保健事業評価を共通の指標で行うために、標準化され電子化されている項目
- ③対象者個人の状況を分析し、よりよい事業へと改善していくための詳細な情報

があります。

②は医療保険者だけでなく、国や自治体のレベルで集約可能な情報であり、政策形成にも活用できる情報です。

③は実施者の創意工夫に基づいて残される記録であり、必ずしも電子化を必要としません。しかし、保健指導機関は一定の様式で記録を残すことにより、保健指導事業評価に活用することができますので、機関内での標準化を考慮しておいたほうがよいでしょう。

### 個人情報取り扱いの留意点

これらのデータについては、ハイレベルの個人情報を含んでいることから、「手引き」には次の記載があります。

表 特定保健指導情報と活用（「標準的な保健指導プログラム」および「円滑な実施に向けた手引き」をもとに著作作成）

	電子化	決済	保健指導事業分析		
			保健指導機関	保険者	国、(都道府県)
利用情報	実施年月日	○	保健指導進捗状況確認		事業効果の経時的分析
	保健指導機関番号	○	委託先評価		先進事例または不良事業者の抽出可能
利用者情報	氏名、保険証番号、利用券番号	○	個人に対する評価では使用 集団に対する評価では不要(匿名化)		不要(匿名化)
	性・年齢	○	性・年代別分析。対象者セグメントにあわせた効果的な保健指導方法の検討、階層化基準・保健指導対象者選定法の見直し。		
	郵便番号	○	保健指導における地域性の考慮	地域性の検討 委託先選定	生活習慣病対策のための地域診断
	職業等の情報	○	本人の同意のもと情報収集。対象者セグメントに合わせた指導方法の検討		
保健指導情報	支援レベル	○	必須(集団分析で対象者を抽出するため)		
	保健指導コース	○	プロセス評価	プロセス評価	プロセス評価
	初回支援方法	○	保健指導方法改善 支援計画作成研修	委託先への要望 委託方法見直し	標準的な保健指導 プログラム改訂?
	継続支援方法	○			
	回数	○	プロセス評価・費用対効果分析		
	ポイント数	○	コスト分析		
単価、窓口負担	○	費用対効果分析			
目標設定	行動変容ステージ(生活習慣)	○	保健指導者による評価が重要 保健指導効果(プロセス・アウトカム)		
保健指導経過	体重、腹囲等	○	アウトカム評価(保健指導効果)		
	メタボ判定等	○	効果評価時に血液検査を行えば可能	1年後特定健診データで検証可能	現在規定なし。研究レベルでの検討か?
効果評価	行動記録、苦情 アンケート等	○	プロセス評価 ↓ 保健指導方法改善のために、 必ず評価しておきたい。	プロセス評価 (情報提供について保健指導 機関と調整が必要)	
	保健指導者所見	○			
集団分析	継続率・脱落率	上記データより 算定	電子データより分析 アウトプット評価		

①データの重要性

個人別・経年別等に整理・保管している医療保険者のデータベースは、重要度の高い個人情報が集積しており、個人情報保護の観点からきわめて慎重な取り扱いが求められる。

②ガイドラインの遵守

個人情報保護法に基づくガイドラインに基づき、役員・職員の義務(データの正確性の確保、漏洩防止措置、従業者の監督、委託先の監督)について周知を図ること。特定保健指導の実施やデータの管理や分析等を外部に委託する際には、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約遵守状況を管理していくことが必要である。

③守秘義務規定

特定保健指導の実施に際して知り得た個人の秘密を、正当な理由なく漏らした場合には、1年以下の懲役または100万円以下の罰金に処せられる。

④個人情報保護規定の精査

誰が、どの項目・範囲まで、どのような利用目的に限り提供するのか、提供に当たっての関係者の承諾の有無や守秘義務契約等の有無等、整理・明確化し、関係者間で遵守することが必要である。

つまり、健診・保健指導データファイルは、上表に示したように、さまざまな活用法があり、非常に貴重で有益なデータ群です。したがって、厳重な管理を行いつつ、積極的なデータの分析・評価・活用を行うことが重要であると考えられます。

保健活動への活用を視野に保管を

電子的標準様式で残すべき情報については、所定の様式(XML方式)が定められていますので、医療保険者、または委託を受けた保健指導機関は、その様式に則った入力ができる環境を用意する必要があります。

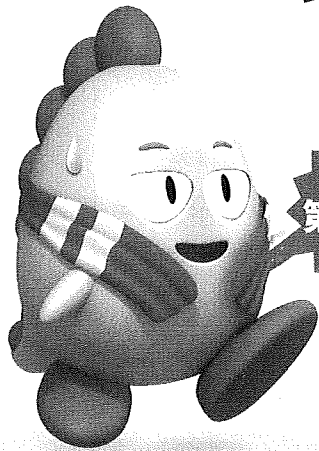
また、データ保存期間については、「保険者は電磁的記録について、記録作成日から5年を経過するまでの期間、または加入者が他の保険者の加入者となった日の年度の翌年度の末日までの期間のうちいずれか短い期間、その記録を保存しなければならない」と規定されています。

しかし、生活習慣病の発症や進行には通常、10年以上の期間がかかります。保健活動の効果分析を行うためには、個人の長期的な経年変化をたどることによる疫学的な分析を要し、データの長期にわたる保管が望ましいといえます。健診・保健指導のデータファイルは、個人別・経年別等に整理・保管することにより、経年変化に基づく発症時期の予測による保健指導や受診勧奨等の重点化等に活用することができます(「標準的なプログラム」より)。

今回は、情報の種類と記録方法について述べました。次回は、電子化されない記録の残し方と活用法について考えてみたいと思います。

# 特定健診 特定保健指導

疑問に答える



第17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

## 電子化されない記録の 残し方、活用法

データ  
管理・活用

Q

保健指導の記録については、電子化して報告義務があるものについては手引き等で明示されていますが、それ以外の記録の残し方、活用法について、アドバイスをください。

(保健指導機関保健師、管理栄養士)

A

「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施のための手引き」では、保健指導に関する情報の活用法として「個人別・経年別等に整理・保管し、個々人の保健指導に役立てるほか、個人の長期的な経年変化をたどることによる疫学的な分析、経年変化に基づく発症時期の予測による保健指導や受診勧奨等の重点化等に活用することができる」としています。

保健指導に関する記録には、保健指導スケジュールを円滑に進めるための情報、保健指導の効果を高めるための情報、事業を分析するための情報のほか、保健指導終了後も個人の経年的な健康管理に必要な情報があります。データの取り扱いについては個人情報保護に留意しつつ、本人、保険者、保健指導機関にとって、貴重な情報源としての活用が望まれます。

## 活用しやすい記録書式を 用意しよう

保健指導の実施記録として国や支払基金に提出する電子的な様式のほか、当センターでは次のような書類を『特定保健指導対象者個人ファイル』として保管しています。

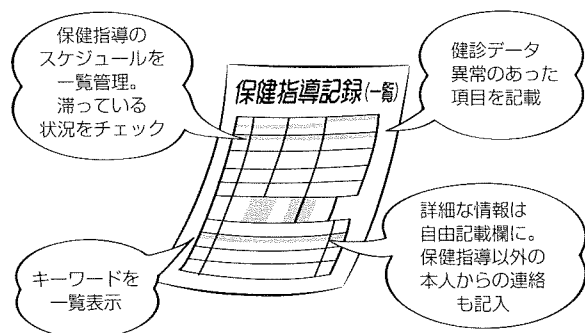
### 【本人に記載してもらうもの】

- フェイスシート：本人の属性等の基本情報や連絡方法、支援にあたっての要望（支援上の留意点などについて、指導者が面接後に書き込む）
- アセスメントシート、生活習慣詳細アンケート（標準問診で不足している情報の聞き取り。当センターではアセスメントソフト「ヘルツェ®」で打ち出したカンファレンスシートを保管）
- 目標設定シート：初回支援日に作成、のちに修正した場合には赤字で書き込み
- 実践記録表：体重、腹囲、歩数や行動記録（行動目標の自己評価）
- 保健指導効果分析のためのデータ活用に関する同意書

### 【保健指導者が記入するもの】

- 保健指導記録：全体の進行状況をわかりやすく記載できるもの
- 自由記入用紙：所感、特記事項についての記載
- 保健指導者が送付した支援レターのコピー

これらの情報は、保健指導を円滑に進めるために欠かせない情報です。記録はだらだらと羅列的に残すのではなく、個人の支援に必要な情報をすぐに一覧できること、面接をしながらメモ程度にキーワードを記載できるような書式を用意しておくこと、別の担当者が確認する場合にも記載場所をすぐに発見できるように標準化することが重要です。



## 記録の活用法別のポイント

では、記録の活用法別にその要点をあげていきましょう。

### 保健指導スケジュールを円滑に進めるために

特定保健指導においては、初回面接から終了時評価に至るまで、6か月以上の継続した支援を行います。とくに、積極的支援では数回にわたる対象者との面接や通信でのやりとりが必須要件になるのですが、計画どおりに対象者が来所しない、メールに返信がない場合などへの対応が必要になる場合があります。このような場合の対応策を定めておかないと、保健指導効果が上がらないばかりか、脱落率が高くなります。

そこで、本人にも負担なく、確実に連絡が取れる方法についての情報を保管することが大切です。当センターでは本人に確実に連絡がつく方法について、複数のルートを記載してもらっています。電話の場合には、①勤務先、自宅、携帯など、どの電話が最も都合がよいか？ ②電話を受けやすい時間帯は？ ③家族への伝言は可能か？ の3点を確認しています。08年度の保健指導においても複数の連絡ルートを確認したことで、脱落率を低減させることが可能でした（継続率94%）。また、支援方法を途

中で変更した場合（メール→電話など）においても十分な効果が得られたため、本人の一時的な都合のために連絡が途絶えて、保健指導を中断させないような方策を考えておくとよいでしょう。

### 保健指導の効果を高めるために

本人の生活習慣だけでなく、職業（仕事の内容）や勤務時間帯、家族構成や地域特性などの生活背景を把握しておくことにより、本人により適した改善方法の提案が可能になります。初回面接だけではなく数回にわたる支援のなかで、徐々に得られるこれらの情報を一覧にしておくといよいでしょう。

保健指導に関する記録のポイントは、その人の個性や考え方に関するキーワードを、見やすく整理して残すということです。記録作成のために多くの時間を割くのではなく、面談中にメモ程度のキーワードを残すこと、できれば見やすく一覧に書き込むなどの方法が推奨されます。

### 翌年以降の継続的な支援に役立てるために

次年度の健診で再び特定保健指導になる場合はいうまでもなく、経年的に健診等で本人の健康管理をしていく場合に貴重な資料となります。特定保健指導時に得られた生活習慣に関する情報や支援経過について、保健指導終了時に簡単なサマリーを作成するとよいでしょう。保険者への報告の際、保健指導状況に関するサマリーを要求される場合もあります。どのような情報を提供するか、契約時に調整しておいたほうがよいと考えられます。

### 保健指導を分析するために

保健指導の効果を分析するためには、対象者属性や生活背景、支援経過などの状況を参考にする必要があります。この場合、対象者数が多い場合には電子化した記録が役に立ちますが、個々の事例検証のためには電子化されていない、「なまの記録」が役に立ちます。保健指導の各ステップにおいて、改善すべき点はないかどうか、振り返るとよいでしょう。外部の人も交えたケースカンファレンス等で使用する際には、個人を特定できないように匿名化し、個人情報の保護に配慮しなければなりません。

という人も多いのですが、そのデータを提供してもらったことがうまくいっていません。見かけの健診受診率を上げるといってではなく、住民に健診の機会があるかどうかを見る、住民の健康把握という意味で、事業主健診のデータ提供を受けられるようにすることは重要です。

### ●対象者の事情をよく知る

一方で、愛知県内には40歳代、50歳代の働き盛りの男性の健診受診率が高い町があります。漁業や農業の従事者が多いのですが、その町の保健師さんとはかく地域のことをよく知っています。「うなぎとあさり、扱うものによって仕事の時間帯が違う」「カーネーション農家は家族経営が多い」「午前中に保健センターに行ける状態ではない」などといった状況を把握して、どうしたら健診・保健指導を受けられるか、漁協や商工会で膝をつき合わせて話をし、一緒に計画を立てているんですね。

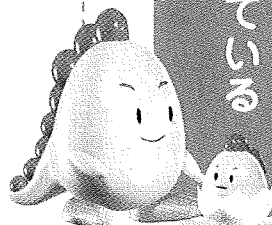
第1回目の国への実績報告が行われ、今後、全国の実施状況が明らかになっていきますが、実施率が低いからダメという見方をするのではなく、「伸びしろ」が大きいのですから、低いところはこれからやっていけばよいのです。実施率が高い保険者はどのようにやっているのかを学びながら、工夫していく2年目だと思います。特定健診・特定保健指導に対する保険者や健診機関の理解も重要です。項目が増えればよい健診と考えて豪華な健診を希望者だけに提供してきたところや、「こんな健診で何がわかる」と特定健診を否定的にとらえているところもあります。新しい制度は、健診データを活用して

どれだけ人を健康にしているかを問う、方針の転換があるということを理解していただきたいと感じています。

また、保健指導を委託して実施した場合、丸投げしたところ、委託先とうまく調整しながら取り組んだところとでは実施率に差が出たのではないかと思います。

**被扶養者への対応が  
後回しになっている  
のですが……**

**家族ぐるみの事業は  
効果が期待できます。**



**地**域の住民健診がなくなって、確かに被扶養者への対応には混乱が生まれました。まずは体制を整えることが必要で、健保組合側が

イニシアチブをとりつつも市町村側においても被扶養者の受け入れ体制について至急検討してほしいと思っています。市町村は国保被保険者だけで手一杯と言われていますが、被扶養者もいずれば国保に加入する住民です。費用負担は各保険者がまず考えるべきですが、実施体制については、市町村が、住民に対してどうしていくかを考えていただくことが大事だと思います。ところで、今回の制度改革に伴い、ある健保組合において被扶養者の健診データを分析したところ、夫婦のメタボ率は一致しやすいことが有意差をもって認められています。奥様が保健

指導対象者か治療中でリスクを保有している場合、夫のリスク保有率は56%、リスクを有していない場合の夫のリスク保有率は41%でした。

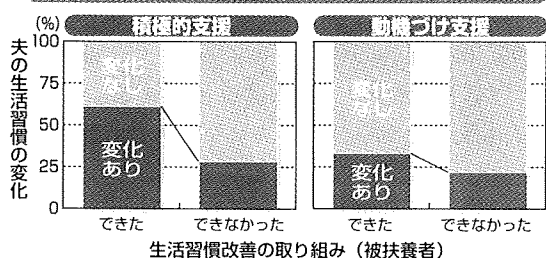
また、被扶養者に保健指導を実施した健保組合のアンケート調査では、被扶養者が生活習慣を改善できると、夫の生活習慣も変化する割合が高いという結果(図2)が出ていて、被扶養者への働きかけによって家族への波及効果が大きく期待されます。

一度に被扶養者全員に実施できなくても、年度ごとに対象を居住するエリアで分ける、節目年齢を対象にするなど、数年かけて全員に実施できるようにしていくことも考えられます。

健保組合には健保組合のよさがあると思うのです。夫婦で健診・保健指導、健康教育を受けるようにして効果を上げている健保組合があります。夫婦一緒に健診結果説明を受け、食事や運動の作戦を立てるなど、家族ぐるみで実施していこう

というのには健保組合ならではの発想ではないでしょうか。とくに、食事は家族単位の課題ですからね。家族単位での健康支援は非常に健康組合らしいよい事業で、効果も期待できると思います。

図2 夫の生活習慣の変化～保健指導参加被扶養者アンケート～

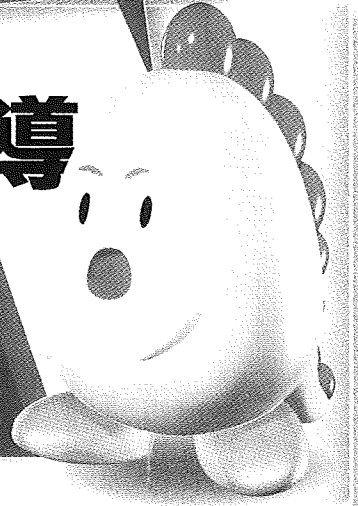


〔平成20年度厚生労働科学研究 地域・職場における生活習慣病予防・疾病管理による医療費適正化効果に関する研究 平成20年度総括研究報告書〕主任研究者・津下一代より

# 特定健診・特定保健指導

小誌の好評連載「特定健診・特定保健指導 Q&A」を執筆するあいち健康の森健康科学センター副センター長の津下一代さんに、特定健診・特定保健指導を実施して見えてきた課題へのアドバイス、効果を出していくための方策を、津下さんらの実践例を交えながら解説していただいた。

# Q&A



### 健診・保健指導の実施率を高めていくにはどうすればよい？ PR

対象集団の特性に合った方法が工夫のしどころです。

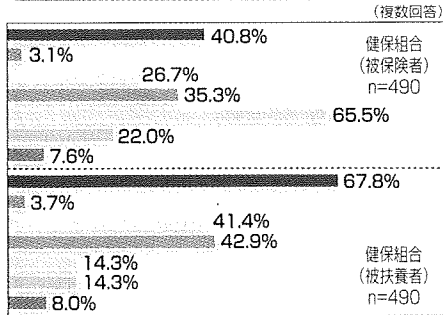


**愛** 知県の平均では、健診受診率約32%、保健指導実施率は約14%ですが、市町村によって実施率の低いところから低いところまで大きな差があることが見えてきました。データを管理し、きちんと分析できるようにしたことで、年代別や市町村内のエリア別でも状況を把握することが可能になり、たとえば、このエリアに重点的にキャンペーンをはるうなど、打つべき対策がわかるようになります。

健診受診率が低迷したところの理由のひとつは、啓発不足があると思います。また、健診実施機関の理解が十分でなかったところもあります。厚生労働省がもつとキャンペーンをすればよいという声も聞きますが、キャンペーンと実施機関の整備の両方を一緒にやっていかないとうまくいきません。

あいち健康の森健康科学センターがある東浦町は健診受診率約60%と比較的高い町です。昨年度、1回目の健診案内を出した時点では健診受診率30%程度と見ていました。メタバ健診キャンペーンを展開し、住民に浸透したところでもう1回、健診受診の機会をつくったところ、反応がぐっと伸びました。保健指導につい

図1 受診率および利用率向上のための方策 (複数回答)



- 全国展開している健診機関・保健指導機関に委託するなど、居住地の近くで受診できるように実施機関を広く確保
- 夜間・休日等に受診できるよう機会を確保
- 実施期間を長く設定
- 「特定健康診査・特定保健指導」の説明リーフレット類を送付するなど、個別に周知
- 事業者(事業主)と連携し、特定健康診査・特定保健指導を受けやすいように調整
- 定期的に特定健康診査の受診状況・特定保健指導の利用状況を把握し、未受診者に受診を勧めている
- その他

(「特定健康診査・特定保健指導の実施体制等に関する調査」08年1月 東京都保健福祉局より)

ては、利用券を配布するだけでなく、生活習慣を改善する気持ちや、保健指導を受ける意思はあるか確認して、受けたいという人には電話で案内をしたり、受けたくない人にはチラシを送りました。すると、「保健指導は受けたくない」と言っていた人が、チラシを見て「これならやってみたい」と参加するケースも出てきました。アピールの仕方にも工夫が必要ですね。また、すでに東浦町には、健診を受けたら健康教育を受けるのが当たり前という風土ができていて、ウォーキングは日常的に定着しています。住民に繰り返し働きかけを続けてきた効果もあると思います。こうした風土を醸成していくことはとても大事だと思います。

ただし、健診受診率は高くても、40歳代、50歳代の男性では低いという課題があります。この世代に響くキャンペーンや、健診・保健指導を受けやすいようにするにはどうしたらよいか、これから考えていくこととなります。また、この年代の男性は、商工会などで実施している、事業主健診を受けたから特定健診は受けない、

即答できない質問であれば、引き取って後日回答すればよいのです。

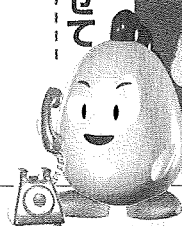
生活習慣の改善に取り組みのは本人であり、主役は本人です。まずは、支援の意味や内容を対象者にきちんと説明をして、理解を得て、参加の意思確認がとれていることが非常に重要です。保健指導者は6カ月間がんばって結果を出してほしいと強く思ってしまうですが、保健師さんのために減量した<sup>レ</sup>など、誰かのために取り組むとリバウンドしてしまいます。

また、2年目も同じ人が保健指導対象になったら、本人が受けたい場合は受けてもらうのがよいと思います。1年目にはがんばった人がこんなに変わったとお知らせすると、昨年はさぼってしまったから、今年ががんばりたいと意欲をもって取り組み人が実際にいます。保健指導で大事なことは次につなげること。保健指導者からだめだと責められたり、体重が思うように下がらなくてイライラしたりといった経験があると、次につながりません。相手が「よかった」と思ってくれて保健指導は意味があります。「効果が出てよかった」「効果はそこそこだったけれど自分の健康を考える機会があつてよかった」と思ってもらえることが大事です。

保健指導を効果的効率的に実施していくには、現在の方法を十分に検証して、必要な改善を行っていくことが求められます。私たちは、現場で困ったこと、対処法、解決法をメモに書いて貼り出して、定期的なミーティングで共有し、整理し、改善しています。また、保健指導の記録表も標準化して、誰が担当になっても続きの保健指導ができるようにしています。

継続支援の中断を防ぐにはどうしたらよいでしょうか？  
中断を防いで効果は上がるでしょうか？

追跡は大事。状況に合わせて改善を重ねましょう。



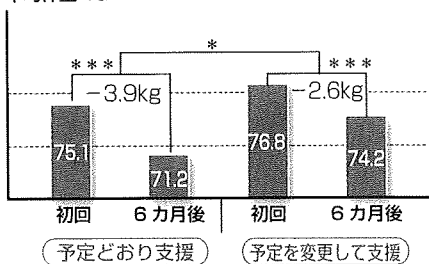
**私**たちのセンターで実施した積極的支援の完了者は96%でした。しかし、完全にプログラムどおりに継続した人は6割くらいで、

半分は、メールの返信がなくて電話支援に変えるなど、やり方を変えました。保険者との最初の打ち合わせで、中断しそうな場合の支援方法の変更について話し合つて決めて、ポイントもクリアするように計算しています。

プログラムどおりに実施した人と変更した人とで比べてみると、体重減少効果はプログラムどおりに実施した人のほうが大きいのですが、支援方法を変更しても効果は出ています（図6）。途中で連絡がとれなくなった人を追いか

図6 支援方法を切り替えた場合の効果は？

平均体重 (kg) \*p<0.05 \*\*\*p<0.001



### 継続的支援を中断する理由を把握しよう

- ① アクセスの問題（場所・日時、手段等継続しやすさ）
- ② 保健指導者やグループの仲間との人間関係や雰囲気
- ③ 指導内容の問題
- 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るなど）
- ⑤ 病気やケガ、転勤、家族の問題など本人の事情

けるのはたいへんですが、支援方法を切り替えても継続的にサポートすることは意味があり、大事なことなのです。

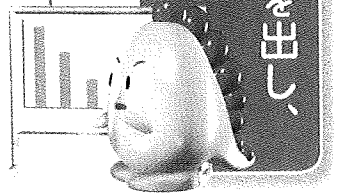
中断を防ぐ鍵は、初回面談のときに、継続支援をする意味をきちんと対象者に伝えることです。保健指導実施率を上げるためではなく、自分だけでは途中で忘れてしまったり、三日坊主で終わってしまったらして、効果が出ないから継続支援するというのが大前提。初回面談後に、実践がうまくいっているか確認する意味でも追跡は大事です。予定どおりに支援を受けてくれる人はよいのですが、受けてくれない人は何か問題がおこっている可能性がありますから、状況を確認することは非常に大事。継続できない理由はいろいろ考えられますが、多くは、記録が書けていないから、あまり実践できなかったから気恥ずかしくてといった理由で、電話なら話せる場合が意外と多いのです。

保健指導という仕事の7割は準備です。積極的支援は何度も対象者とやりとりをしますか



# 保健指導で効果を出し、維持するには？

データを分析し  
事業を検証しましょう。



**私**たちのセンターで特定保健指導を実施してきて、動機づけ支援ではあまりデータが改善はみられませんが、積極的支援では効果が出ています。積極的支援の結果では、220〜300ポイントの保健指導で、体重平均3.3kg減少、体重4%の減少率は60%、階層化判定の改善は63%でした。180ポイントの保健指導では階層化判定の改善が43%でした。

ただし、動機づけ支援でも動機づけられて自ら行動変容し、改善する人もいますから、両者を上手に組み合わせさせてやっていく工夫が大事でしょう。その際、何%の改善率をどれくらいの投入量でめざすのかによりませんが、それを明らかにしていくには、どれだけの投入量で、どれだけの結果が、どのような対象者に出たかを見ていくことが重要です。全国でデータが集まれば、たとえば積極的支援の平均的な改善率ということも見えてくるようになります。

図3 保健指導効果の検証を！

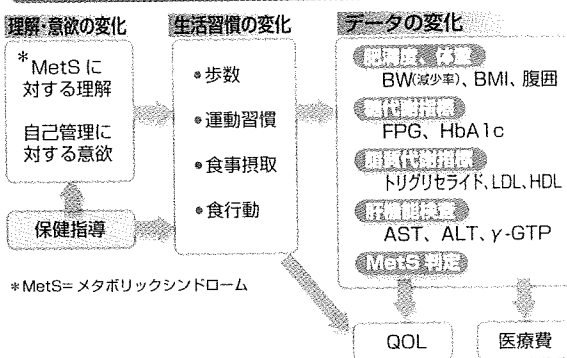
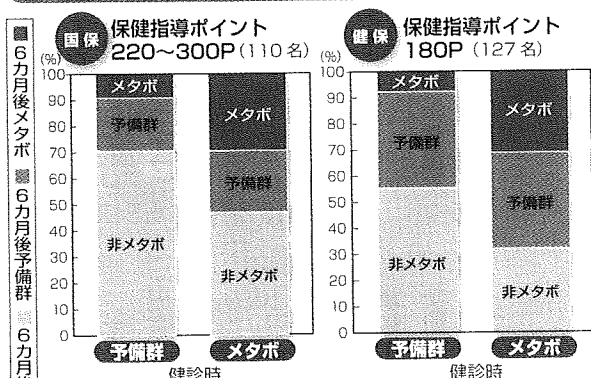


図4 特定保健指導の効果の例 (6カ月後評価)



2009年3月までの積極的支援修了者。健診時にメタボと判定された人の50% (国保)、35% (健保) が非メタボに、予備群の70% (国保)、55% (健保) が非メタボに。(財)愛知県健康づくり振興事業団 特定健診・特定保健指導支援室 平成20年度特定保健指導<津下一代> 特定保健指導の現状と今後の課題、臨床栄養、115 (1)：18-23, 2009, p23)

ある健保組合では、180ポイントの保健指導でもメタボリックシンドローム減少率50%を達成しています。これは初回支援で運動や食事の体験学習、夫婦でのプログラム参加などによって重点的に実施したほか、ウォーキングキャンプや社員食堂でのヘルシーメニュー提供、禁煙しやすい環境整備などのポピュレーションアプローチをあわせて展開する工夫で効果をあげています。

現在、市町村国保や健保組合で実施した保健指導の効果を追跡していますが、1年後の体重減少率は平均で2.7kg、メタボ該当者減少率は45.1%、階層化判定改善率は29.9%、悪化率10.6%で、少なくとも半数が保健指導の効果は持続している可能性が示唆されています。

保健指導対象者のなかには、なんて呼ばれたらだろうと思いつきながら参加している人もいます。大事なことは本人がやる気になってくれること。ポイントは、メールや手紙の書き方ひとつひとつでも決して上から目線にならない、「指導」ではなく「支援」のスタンスを貫くことです。グループ支援で気になるのは、保健指導者が話さずしてしまふことです。保健指導者が話すのではなくて、対象者からの質問を聞くようにしたほうが、どのようなことに関心があるかなど、相手のことがわかります。

図5 特定保健指導の長期効果の例 (介入開始から約1年後)

対象	人数(人) 男・女	年齢(歳)	ΔBW(kg) (減少率)	体重4%減 達成率(%)	MetS減少率(%) (該当者数の変化)	MetS+予備群減少率(%) (該当者数の変化)	階層化判定 改善者の割合(%)	階層化判定 悪化者の割合(%)
地域	152(49,103)	58.9±6.0	3.1(4.9)	51.3	48.7(39→20)	34.7(75→49)	26.8	9.2
職場	249(50,199)	46.5±7.4	2.4(3.5)	38.6	39.5(43→25)	23.5(98→73)	33.7	12.4

\*評価指標について  
■体重4%減少率：研究により、日本人において体重の4〜5%減量によってアディポネクチンの分泌改善がみられたため、保健指導の減量目標としている。  
■階層化判定の変化：医療費分析の研究から、リスク数が増えること、つまり「メタボリックシンドローム該当者」が「予備群」になることによっても医療費適正化効果が期待できると考えられる。  
(「平成20年度厚生労働科学研究 地域における生活習慣病予防・疾病管理による医療費適正化効果に関する研究 平成20年度継続研究報告書」主任研究者・津下一代より)

とえば、空腹時血糖の受診勧奨判定値は126 mg/dlですが、140 mg/dlくらいまでなら保健指導で効果は出ます。また、特定保健指導対象者約900人のデータを見たところ、LDLコレステロールは7割以上が保健指導判定値120 mg/dlを超えていました。受診勧奨判定値は140 mg/dlですが、保健指導後に減っていたのは160 mg/dl以上の人でした。同様にヘモグロビンA1cを見ると、6・1%以上の人の割合は減っていましたが、5・2%～5・5%の人は減りませんでした。保健指導判定値付近の正常に近い人だけに保健指導を実施しても、改善効果は見えにくいといえます。

受診勧奨判定値を超える人をどう扱うかは、

各学会の診断基準を参考にしながら、産業医、保険者、保健指導機関が事前に協議をし、対象とする範囲を決め、保健指導をする場合は3カ月後くらいに血液検査をして効果を確認し、そのまま続けてもよいか治療したほうがよいか判断していく、そういった仕組みを整えるべきだと考えています。健康な人に比べてリスクは高いので、眼底検査や心電図検査を行い、運動面などでリスク管理をしながら進めていく必要があります。私は、健診機関の医師が、受診勧奨判定値を超えた人に対して保健指導で対応してもよいかどうかの判断をする必要があると思います。

保健指導機関としては、職種等の状況によ

って病気の人は対象にできない場合など、実施できる範囲を明確に保険者に示すことが必要です。対象者が保健指導に来たのに、受診勧奨判定値を超えているので対象にはなりませんと言ふようなことは避けなければいけません。

今後の課題としては、保健指導と薬物治療の双方を視野に入れた階層化基準の設定でしょう。現在の基準では、受診勧奨判定値を超えた人々に対して、どこまで保健指導で行うのかが不明確です。また、非肥満者のリスク重複者に対する健診後のガイドラインづくりも大切です。健診・保健指導の効果検証を行い、必要な対象者に適確な保健医療サービスが届くような仕組みづくりが重要です。

ら、教室参加予定だったのに当日来ない、メールの返信がないといったことへの対策を立てておくことは必須。私たちのセンターでは支援をしていくために必要な情報を事前に記入してもらうシートを作成していますが、これまでに何度も改良を重ねてきました。電話連絡方法ひとつとっても、自宅携帯勤務先の3つは必要だね、かけてよい番号の順番や時間帯を確認しておかなきゃ、平日と休日では連絡先が違ふ、対象者の休日はいつか、自宅にかけて不在のときに家族に伝言してもよいのかなど、現場で直面した問題への対処の積み重ねで、現在のシートができました。これだけ連絡先を確認すれば、本気が対象者にも伝わるでしょう。今年度は、追跡のために電話をかけることはなくなりました。

**受診勧奨判定値を  
超えている人への対応を  
どうすればよいか  
困っています…。**

**放置しない対策を  
検討することが最も重要な対象です。**

**受** 診勧奨判定値を超えているので医療機関を受診するように伝えても、受診していない、または受診しても薬は必要ないと診断されて、結局、保健指導も医療も受けず放置してしまっているケースがいちばん問題です。

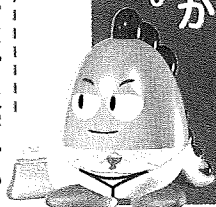


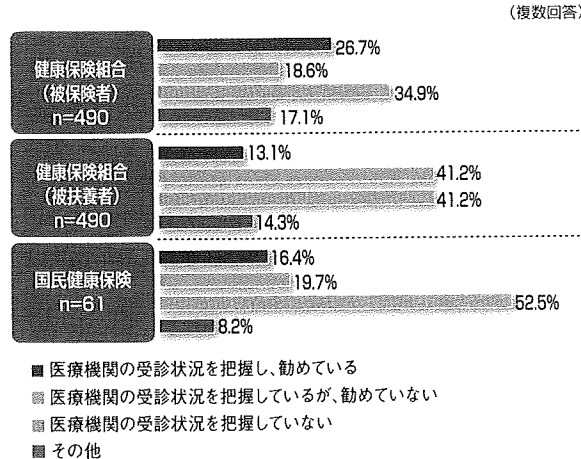
図7 保健指導判定値と受診勧奨判定値

項目名	保健指導判定値	受診勧奨判定値
血圧（収縮期）mmHg	130	140
血圧（拡張期）mmHg	85	90
中性脂肪 mg/dl	150	300
HDL コレステロール mg/dl	39	34
LDL コレステロール mg/dl	120	140
空腹時血糖 mg/dl	100	126
HbA1c %	5.2	6.1
AST (GOT) U/l	31	51
ALT (GPT) U/l	31	51
γ-GT (γ-GTP) U/l	51	101
血色素量 [ヘモグロビン値] g/dl	13.0(男性)12.0(女性)	12.0(男性)11.0(女性)

（「標準的な健診・保健指導プログラム」厚生労働省より）

受診勧奨判定値を超えた人に医療機関を受診してくだされと通知して、本当に受診した人（通知して3カ月以内にレセプトがあがってきた人）は10%程度というデータもあります。受診勧奨判定はある意味、放置することにつながるもので、きちんとフォローしなければいけません。受診勧奨判定値を超える人に、医療機関受診の必要性、現在の体がどのような状態なのかを説明して、動機づけ支援として位置づけて実施している健保組合もあります。その対象者が動機づけ支援対象者であれば実施率に反映されませんが、そうでない場合も実施するという保険者の考えのもと行っています。受診勧奨で大事なのは、「いつ行きますか」と必ず聞くこと。確実な受診に結び付けるには、その人の予定に入れていることが重要なのです。

図8 受診勧奨となった者への対応

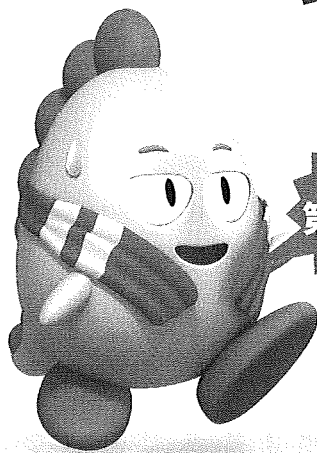


（「特定健康診査・特定保健指導の実施体制等に関する調査」08年1月東京都保健福祉局より）

また、企業では、受診勧奨判定値を超えるようなハイリスク者について産業医が管理しているところもありますから、企業での取り組みの実状を確認することが必要になります。受診勧奨判定値を超えているということは各学会の診断基準で「疾病」と判断されるレベルですが、すぐに服薬治療を行うということではありません。糖尿病、高血圧症、脂質異常症の学会ガイドラインでは、まず生活習慣改善が重要であると明記され、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すると記述されています。受診勧奨判定値を超えていても服薬はまだ必要ないレベルの人は、いちばん保健指導の効果が出るところだと私は考えています。た

# 特定健診 特定保健指導

疑問に答える



第18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

### 拒否的な態度をとる人への対応

保健指導

**Q** 積極的支援該当者に保健指導の通知を出したところ、「放っておいてくれ」と拒否されました。どう対応すればよいでしょうか？（健保組合・保健師）

積極的支援初回面接時に、「このような指導は受けたくない」と拒否的な態度の人がいました。そのような人に出会うと自信をなくしてしまいます。（保健指導機関・管理栄養士）



### 1 まずは、相手が拒否する気持ちを受け止める



結論を言うと、保健指導を受けたくないという人に、保健指導を受けることを強制できないということです。「そうですね、受けたくないというお気持ちはわかりました」と引き下がればよいのです。

できれば、それだけで終わるのではなく、「もしよければ、その理由をお聞かせいただけますか？」と尋ねてみてはいかがでしょうか？ 先入観をもたず、あくまでも冷静に、相手の気持ちや考え方を聞き取るという姿勢です。これからの仕事を考えるうえで参考になる意見を聞けるかもしれません。

### 2 拒否する理由を話してくれない場合



「あなたに言う必要がない」とさらに拒絶された場合には、「そうですね。今回はお役に立てずに残念です」と答えます。

保健指導機関担当者の場合には、「私どもは、○〇健保組合さんのご依頼で、××さんの生活習慣改善、減量をお手伝いすることになっておりました。今回はお手伝いできずに残念ですが、この件については健保組合さんにご連絡させていただき、中止する方向で調整させていただきます」などと話をすればよいでしょう。

医療保険者の場合には、もう一步踏み込んで、「この事業は、健保加入者のみなさんの、生活習慣病の進行を防止する機会として設定しております。当健

**A** 熱心に保健指導に取り組んでいるのに、拒否的な態度に出られ、相手に対して腹を立てたり、ときには保健指導という仕事をしていることがつらくなったりすることもあるでしょう。こんな場合、感情的に対処したり、「保健指導の実績をあげたいから、中断しないでほしい」という気持ちを相手にさとられたりすれば、事態はより悪いほうへ向かっていきます。

あなたにとっても相手にとっても最善の着地点を見出すよう、冷静になることが大切です。今回はそのような対応法について考えてみたいと思います。

保加入者のなかにも、検査異常を放置し、重大な病気を引き起こしている人が多い状況です。このことは本人にとっても大変つらいことですが、健保加入者のなかに病気の人がどんどん増えれば、健保全体としての支出がかさみ、皆さまから徴収している保険料へ影響が出る可能性があります。今回、無理に保健指導を受けていただく必要はありませんが、ぜひ自分なりに生活習慣を見直し、検査データを改善するよう、心掛けてください」などのメッセージを伝えるとよいでしょう。

このように最初から拒否的で、その理由も告げない場合、まずは保健指導の実施を見送り、無理強いないことが大切です。何らかの機会が訪れ、「やってみよう」という気持ちになるのを待つほうがよいでしょう。

某職域健診の事後指導で「呼び出し」を受けた人が、部屋に入ってくるなり「健診の結果が悪いから、食事や運動を改善しろとか、医者へ行けて言うんでしょ。そんなこと言われても、忙しくてできないんだよ。毎年、言われることは決まっているから、もういいよ」とおっしゃいました。

そこで「今回はお忙しくて、お話する時間もなさそうですね。では、やり方がわからないとか、困ったときにまた来てください。今回はこれで終えましょう」と話を切り上げた途端、「えっ、それだけでいいの？ もうあきらめられているってこと？」と逆に気持ちが動いたこともありました。相手はこちらがいろいろと説教することを予測して、バリアを張っていたのかもしれませんが。「押してもだめなら、引いてみな！」を実感した体験でした。

### 3 拒否する理由を話してくれる場合



特定保健指導を勧奨された人の場合、

- もうすでに自分でやっている。他人にとやかく言われたくない
- 時間をとるほどの重要性を感じない
- 新聞報道などで諸説発表されており、本制度の有効性を信じていない
- 自分が対象者に該当することが納得できない
- 腹囲の基準値について納得できない。血液検査でも、他で検査したときと数値が違いすぎて信頼できない
- 保健指導者（機関）を信頼していない

### ● 保健指導の方法が煩雑で、自分ではできない

などの理由をあげることが多いのではないのでしょうか？ 保健指導対象者の選定基準が以前よりも厳しいこと、腹囲の正確性への疑問など、本人の「？」に的確に回答することによって信頼が得られるでしょう。なぜこの制度が始まったのか、あなたが該当者になった理由は何か、「病気だから呼んだのではなく、改善できる見込みが高いから対象者としている」ことを話すと、納得されるケースが多いようです。そして、「指導」ではなく、あなたの実行を応援する「支援」であることをお話して、前向きな気持ちになってもらえるといいですね。

このあたりについては、本連載ですでに記述してきました。バックナンバーをお読みいただき、みなさん自身が制度や病態についてよく理解しておくとともに、コミュニケーション能力を高めておかれるとよいでしょう。

### 4 拒否する相手から学ぶこと



私自身の経験からいうと、拒否的な態度をする人との出会いから、どのようにすれば相手のバリアを解くことができるのか？ 相手が納得し、行動に出るためにはどのような働きかけが必要かを学んできました。

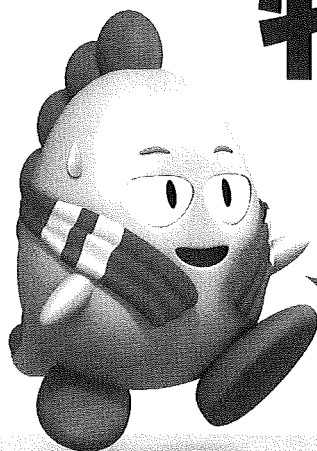
拒否的な態度をとる人は、「自分自身で情報を得、自分なりの考え方」をもつ人です。まったく意欲がなく、「ただ聞き流すだけ…」の人よりも糸口がつかみやすく、納得すれば行動に移せる人も少なくありません。無関心、拒否的ということで切り捨てるのではなく、その背景にあるさまざまな考え方に触れることが、保健指導者のスキルアップにもつながることでしょう。

この場合、「保健指導を受けてもらう」「実施率を上げる」という保健指導側の都合が見え隠れすると、相手との信頼関係を失い、二度と保健指導を受けることはないでしょう。相手の立場で、役に立つ支援ができるのかを振り返り、技術力向上に努めることが大切です。

このような対象者に対しては、保健指導者ひとりに責務を負わせるのではなく、カンファレンス等でその背景や経過、対応法を検討し、次の機会に備えるべきです。保健指導者が自信を失い、意欲を低下させることのないよう、「誰でも遭遇し得る事例」として対応法を検討していくことが重要です。

# 特定健診 特定保健指導

疑問に答える



第19回

執筆：あいち健康の森健康科学総合センター 津下 一代

PDCAを回す  
1年目の評価と対策—①

## 数字の背後を 考える

制度開始1年目（平成20年度）の健診受診率、保健指導実施率についての評価が全国で始まっています。このような数字が出ると、優劣を気にして落ち込んでしまうかもしれません。しかし、ここはあわてず、この制度の本來めざすべき目標を思い出し、数字の意味を考えて改善策を練り、今年度実施中の事業や次年度の計画に反映させることが大切です。

特定健診・特定保健指導制度の重要なポイントは、行動変容を支援すること、メタボに着目することのほかに、事業評価の結果に基づいて改善サイクルを回し、より効果的・効率的な保健事業を育て上げていくことです。そんな観点から、1年目の評価と対策を考えてみたいと思います。

\* \* \*

今回は「数字の意味を考える」。健診、保健指導の実施率をそのまま鵜呑みにするのではなく、その背景を考えてみたいと思います。すべての保険者、健診・保健指導機関が共通の評価指標を用いていますが、背後にある状況を考えないと判断を誤る危険性もあるからです。

1

実施したのに登録されていない事業がある

今回の数字、まずは真の数字かどうか、気になるところです。本当は健診・保健指導を実施したのに、数字には反映できていないという医療保険者も少なくないようです。

たとえば、健診についてみると、データの不備、電子化様式の誤りなどによりデータが受け付けられない状況が浮かび上がりました。XML方式への変換については、さらに確実性をあげていく必要がありますが、実態はそれだけでなく、以前からあった問題が顕在化したという側面が見受けられます。必要な健診項目が欠落していたり、不適切な数値がそのまま本人に渡っていたという事例も含まれていました。これまでも疫学的に健診データを分析しようとすると、データクリーニングに労力を要したものです。つまりデータの誤りが見過ごされていたわけですから、今回のシステムの導入により、健診の精度管理、品質管理に対する目が厳しくなったということになるでしょう。よりよい健診への第一歩といえるかもしれません。

保健指導については、いまだXML化がうまくいかない保健指導機関も少なくない聞いています。継続支援ポイントの取り扱いや6カ月後評価など、最終的な局面で苦労しているようです。たとえば、せっかく300ポイントも支援したのに、B支援としての最低20ポイントの登録がないために保健指

導完了とはならなかった、などの状況が発生しています。本当はきちんと保健指導を実施しているのですから、記録やXML化の不備を修正することにより、次年度の実施率が高まることになります。

## 2 未受診者対策：本当の未受診者はどのくらい？

健診受診率を高めるために、治療中の患者に対して徹底的に健診を受けてもらうように医療機関を促した保険者、労働安全衛生法健診データの保険者への提供を高めることにエネルギーを割いた保険者など、さまざまな対策がとられました。もちろん制度的にはこれらも含めた受診率であり、厚生労働省からも推奨されています。しかし、公的な健診制度の本来の目的からいうと、「年に一度も検査していない対象者に対して検査の機会を提供し、病気の見過ごしを防ぐ」ことがもっと重要視されてもよいのではないのでしょうか。なぜなら、この人たちが「真の未受診者」だからです。

若年者よりも高齢者のほうが健診受診率が高いのはどの国保でも見られる現象ですが(図1)、高齢者

では治療中の人の割合が多く(図2)、通常の受診に合わせて健診を行った人たちが健診受診率を引き上げるのに貢献しているのです。愛知県の国保で調査したところ、レセプトを保有しない(つまり医療機関受診歴のない)対象者における健診受診率は、高齢者でも若年者と同様、低率であったということです。

生活習慣病ですでに治療している人に重ねて健診を行うことも一定の意義があるかもしれませんが、健診も医療も受けていない対象者にどのようにアプローチすべきかについて、もう一度考える必要がありそうです。

公共交通機関で健診のPRをしている保険者や、駅前など身近なところで健診を受けられるように工夫している保健指導機関など、精力的な取り組みが始まっているところです。このような取り組みにより、多くの住民の関心を集めることができます。この効果は国保だけにとどまらず、当該自治体に居住している被用者保険の対象者にも波及することでしょう。

## 3 次年度に続く対策かどうかを考える

健診受診率を上げるために、PRしただけではきっと1年限りの効果にとどまることでしょう。本人が受けてよかった、あまり大変なことではなかった、年に1回くらいは受けてみてもよさそうだと思います。年中行事のひとつとして位置づけられるようになれば、毎年莫大な健診受診勧奨費用をかけずに済みます。保健指導についても、2年目も該当した対象者が「ぜひ2年目も参加して、今年こそ結果を出したい」というような場合、1年目の指導に対する満足度が高いものと推察されます。

マーケティングの分野では、満足度の指標として最も重要な指標は「リピート率」なんだそうです。満足度の高い健診・保健指導は、次年度の健診に向けての呼び水になります。健診・保健指導を受けたことによって、自らの健康に関心をもち、なんらかの行動変容のきっかけとなること、そして、健診とは「病気を発見する」という意味合いだけでなく、「自分の健康を維持するための道しるべ」であり、「1年間、健康づくりをがんばった成果を確認する場」としての意義が広く認識されることが重要だと思います。

図1 某国保の健診受診率です。60歳以上になると受診率がぐっと高まるのがわかります。

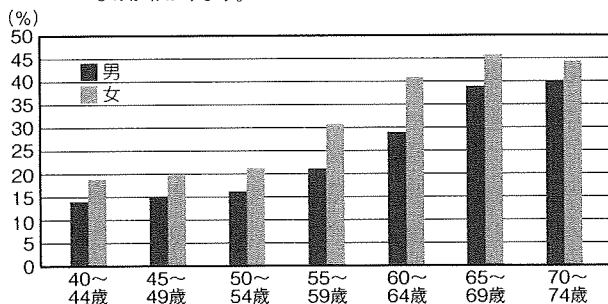
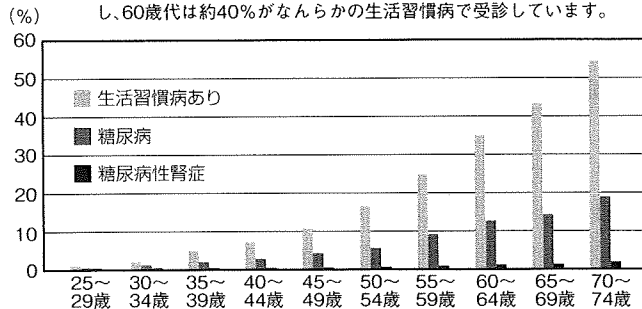
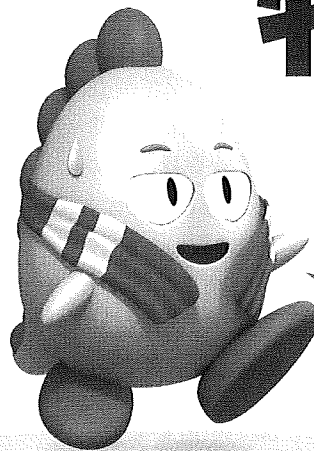


図2 レセプト分析による受診率です。生活習慣病(糖尿病、高血圧、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症などの病名のもとに治療を受けている患者)の割合は年代とともに増加し、60歳代は約40%がなんらかの生活習慣病で受診しています。



# 特定健診 特定保健指導

疑問に答える



第20回

執筆：あいち健康の森健康科学総合センター 津下 一代

PDCAを回す  
1年目の評価と対策—②

## 改善策が見えてくる評価を

**無味乾燥な数字が、  
生きた情報に転換する**

客観的な事業評価で通常用いられるのが数値です。特定健診・特定保健指導制度では、受診率・利用率、脱落率、改善率などの数値が用いられています。これらの数字はその意味を理解したうえで、正確に計算し採集されなければなりません。

しかし、事業を改善していくための評価としては、数字で表現できる「定量的評価」のほか、利用者や関係者の声を聞くことによって得られる「質的評価」も重要です。数値データと質的評価を補完し合って実態把握に努める必要があります。

このようにして得られた結果について、担当者やその上司、委託元が一方向的に優劣を判断するのではなく、関係者を集めて、課題の原因や改善し得る点、具体的な対策についてディスカッションすることが大切です。「評価のための会議をただけ…」にならないよう、「誰が・いつ・何を・どのように実施するのか、いつまでにどのような成果を出すのか」を明確にしていきます。

みなさんの職場では、保健指導事業について評価と改善のプロセスがうまく機能しているでしょうか？ 次の①→⑧のプロセスを意識して進めることにより、評価の意義が大きくなります。

- ① 数値データの確認。  
目標値と比較しての達成度、または国、他の保険者または保健指導機関と比較して事業の進捗状況や効果の優劣を検討。
- ② うまくいっていない点、課題を明確にする。  
(ポストイット®などで気づいた点を書き出し、箇条書きにするなどの方法がある)
- ③ 課題について、関係者を集めてディスカッションする。  
課題の原因は何か、または予想以上にうまくいった原因は何かなどを、できるだけ具体的に、掘り下げる(その原因、何だろうね??を繰り返す)。原因となる項目の間の関連についても議論する。
- ④ 考えられる理由のなかで「改善可能なことは何か」を拾い出す。
  - ・短期的(すぐに現場でできること)
  - ・中期的(上司にも報告し、組織的に実施方法を変更すること)
  - ・長期的(組織の方針変更にかかわること)等に分けて検討
- ⑤ ④で検討した項目を実行に移すためには、誰が、どのような段取りで、どのように動く必要があるのか、を考える。
- ⑥ 具体的なマニュアル改訂などの方策を立てる。
- ⑦ 新しい改善策の徹底、職員等への周知・研修。
- ⑧ 事業実施と再評価。



# 特定健診・保健指導での 評価結果と改善策の具体例

保健指導の評価結果をもとに、現場でどのようなディスカッションがもたれ、どのように改善方策を立てているか、いくつかの事例をご紹介します。

## 【例1】保健指導利用率を高める

青森市では、他の市町村と同様、保健指導利用率が低いことが課題としてとらえられました。そこで利用者と保健指導機関に調査を行い、利用率向上対策を立てることに。

保健指導未利用者100名を訪問、健診結果の理解度、特定保健指導への理解、健康観を中心にインタビューしました。その結果、これまでは「国保加入者」とひとくくりしていたのですが、「壮年期（自営業、農業など）」「退職後」「療養中」などのセグメントにグループ化できること、セグメント間で「時間的なゆとり」「経済基盤」「健康観や保健行動に対する考え方」が異なることを見出しました。そこで、対象者セグメントに合わせた事業の必要性について関係者の認識を深め、委託先保健指導機関と調整することになりました。直接未利用者の声を聞くことにより、「アンケート調査」だけでは把握困難な情報を得ることができたといえるでしょう。

保健指導機関へのヒアリング調査では、「周知方法」「運用面の効率化」「効果を出すためのガイドライン作成」「困難事例検討の必要性」等の課題が抽

出されました。このような調査をもとに実施機関との協議、マニュアル等の改訂を進めているそうです。

## 【例2】保健指導継続率を高める

ある大手の保健指導機関では、支部ごとに保健指導実施率を算出したところ、地域格差が大きいことがわかりました。さらに保健指導者一人ひとりの実績を比較したところ、積極的支援の脱落率に10~90%の開きがあることが明らかになりました。

その原因として、保健指導者のスキルの問題だけではなく、対象地域特性（小規模事業所が散在しているため、多くの対象者をこなせない現状）、事務作業量の増大に伴い保健指導のための時間が取れないなどの課題が明らかになりました。継続率を高めれば、業務量がさらにオーバーワークになるという実態が把握できたということです。

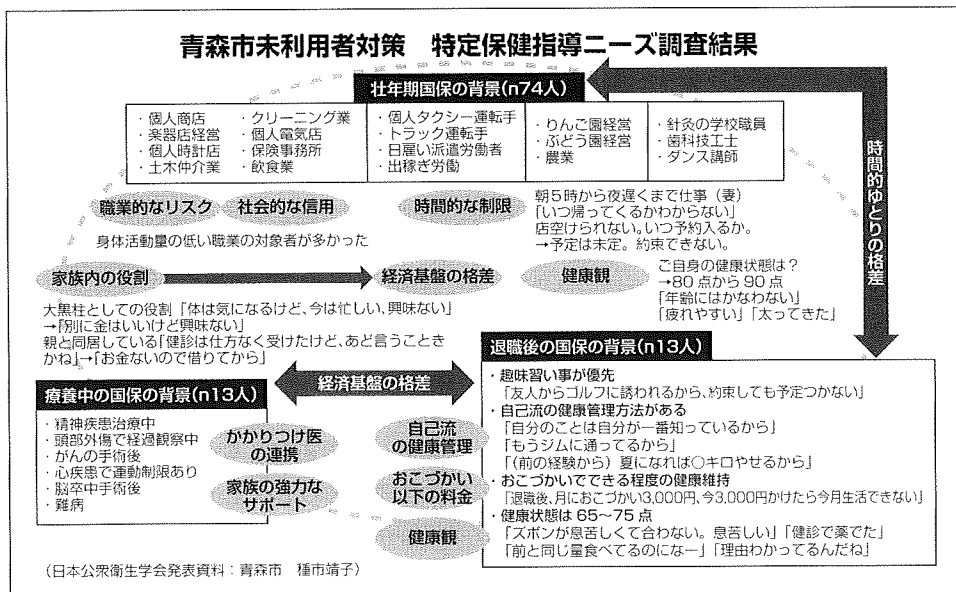
そこで、事業の実施体制の見直し（事務負担の軽減）、適正な事業目標設定の見直し、保健指導者に対する研修と人員確保などの具体策を定めました。

## 【例3】保健指導効果を高める

某健保組合では、3カ所に委託して保健指導を実施していましたが、委託機関ごとに保健指導効果（減量やメタボ脱出率）の差がみられました。そこで、対象者セグメント（性・年代・業務内容）が類似したグループごとに効果を比較。A機関はC機関と比較して食行動の改善が乏しいこと、B機関では禁煙者が一人も出ていないことが明らかになりました。

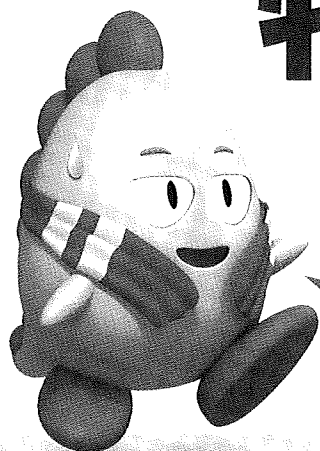
以上のような状況について委託先と相談し、保健指導プログラムを見直してもらうことにしました。

このように「評価」とは、数字を採集することではなく、そこからどのように事業を改善すればよいのかが見えてくる作業のことをいいます。数字が意味をもち、私たちに改善策を語りかけてくれることが評価の意義なのです。このような作業のなかで、よりよい保健指導事業が育成されていくことでしょう。



# 特定健診 特定保健指導

疑問に答える



第21回

執筆：あいち健康の森健康科学総合センター 津下一代

## PDCAを回す 1年目の評価と対策—③

# 事例発表から 何を学ぶ？

1年目の成果を踏まえて、よりよい保健事業を考えるための研修会が各地で開催されています。私も講師としてお話する機会をいただいているのですが、講演だけではなく各地の「実践事例」を報告していただき、それを題材にして学習を進めていくこともあります。事例発表では、以下の流れで報告してもらっています。

- どのようなバックグラウンドをもった対象者に対して、
- これまでの経験やエビデンス、予算等を踏まえ、どのような事業を企画・実践したか、
- 評価をどのように行い、その結果はどのようなものであったか、
- 結果を分析することにより、どのような課題が新たに発見されたのか、
- その解決のために、どのような対策を考えているのか（企画、募集、保健指導プログラムの改善、研修、医療機関や企業との連携など）
- 実施者としての感想

実際の事業だけにストーリーには実感があり、発

表グループの努力のあとをうかがい知ることができます。聴衆にとっても、同じ道で苦労している“同士”の姿に共感を覚えるとともに、自らの事業と比較して改善点を発見できるなどの収穫があることでしょう。

そこで今回は、発表事例を参考にして自らの事業を改善するためのポイントについて考えてみます。また、みなさんが事例発表を依頼されたときの心構えについても触れたいと思います。

**まず、事例を聞くときの心構えです。**

**「あそこは～だから いいのよねえ…」で終わっていませんか？**

人はさまざまな条件のもとで仕事をしています。対象者特性など前提要因が異なるし、これまでの保健事業の経験も異なります。だから、そっくり真似して実施することも難しければ、真似したとしても同じような成果が出るわけではありません。大切なことは「何をしたか」というよりも、「現状をどのようにとらえて、解決すべき課題をさだめ、どのように行動したのか」というプロセスです。

ですから、事例を聞くときには「この発表では、どのような課題を解決しようとしたのだろうか？それは私の事例にも見られる現象だろうか。自分だったらどのように行動するだろうか？」などと考えながら、自分の仕事に応用できることがないかを考えてみるとよいでしょう。

## ●報告の裏にあること●

学会等の発表事例は「成功」を語る傾向にあります。失敗や課題にはあまり触れずに、きれいごとですませてしまう場合も少なくありません。発表者が非難されたり攻撃されたりする雰囲気であれば、できるだけ突っ込まれないような話をする傾向があるからです。逆に、研修会の実践事例報告では、自信のなさからか、課題にばかり目がいってしまうケースもあります。いずれの場合にも建設的なディスカッションになりにくいと思います。

個人に対する行動修正の場合、行動の結果（失敗）について話し合うのではなく、どのような状況のときにはうまくいくか、どのような状況のときに失敗しやすいかを考え、失敗しやすい状況のときには「他にどのような対処法があるだろうか？」を受診者自身に考えるように促します。

これと同じように、事例検討では「課題を整理できたことが第一歩、課題を解決しようとディスカッションし、一步を踏み出すことが第二歩」と考えることで建設的な話し合いにしていかなければなりません。司会者、コメンテーター役の人の果たすべき役割は大きいといえるでしょう。

## ●事業発表を依頼されたら●

事例発表を依頼されたら、ぜひやってみてください。研修後には「発表者がいちばん勉強になった」という感想がよく聞かれます。自らの事業を客観的に振り返り、課題が整理でき、次の一步を発見できるものです。

現実には、事例発表を躊躇される人が多く、研修担当者が困っているという話も聞きます。「先進事例とはいえないから…」という理由をあげられるのだそうです。

「先進事例」っていったい何でしょうか？ これまで保健分野では「先進事例」を追い求めすぎる傾向があったと思います。モデル事業や研究事業など、人よりも先に新しい事業を手掛けた場合には、ある意味「先進」といえるかもしれません。その場合の「事例紹介」の目的は、新しい考え方や実施方法のPRということになります。

今回テーマとしている特定保健指導はモデル事業ではなく、すでに法定事業です。この現実の保健事

業をどのように改善していくのかを目的としているわけですから、単なる情報の紹介ではなく、情報を分析し、改善策を考えることを主眼に置くべきです。

- これまでの事業の課題を分析し、解決するための工夫をした事例
  - 効果を評価した事例、できれば一定の成果を上げている事例
  - 新しいアイデアやツールを活用した事例
  - 自らの事業について、助言を求めたいと思っている事例
- などの積極的な参加が望ましいといえるでしょう。

## ●積極的に事業をまとめて発表しよう！●

保健指導の歴史は長いけれど、個人に対する保健指導について評価を行う仕組みが導入されてから日が浅く、まだまだ成長段階にあります。どのような対象者に対してどのような方法がよいのか、事例の積み重ねが大切です。多くの実践者が発表し、改善策や悩みを話し合えたら素晴らしいですね！

参考までに……発表のポイントをご紹介します。

### POINT

- 【背景】対象集団全体の特性、地域・職域特性、風土など、健康に影響する要因の紹介
- 【目的】発表者の問題意識を明らかにし、解決したい事柄を明示すること。  
(例：保健指導利用率向上のための取り組み、保健指導効果を向上させる取り組みなど)
- 【対象】今回のまとめの対象者特性  
(例：保健事業参加者の性・年齢、階層化判定など)
- 【方法】具体的な実施方法。積極的支援であれば、運営体制、スケジュールや支援方法、支援ポイントを明確に。
- 【結果】事業の実施状況、評価結果。
- 【考察】今回の結果と先行事業や研究との比較、課題解決につながっているかどうか、苦労したこと、見えてきた新たな課題、まとめを通じて訴えたいことなど。

このようなプロセスに沿って事業をまとめて発表することにより、保健指導の「質」を見る目が養われることでしょう。

# 特定健診 特定保健指導

疑問に答える

最終回

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** 特定健診・特定保健指導は  
今後どうなるのでしょうか？

**A** 平成20年4月から始まったこのシリーズも、いよいよ最終回を迎えることになりました。新制度の進行に歩調を合わせて、そのときどきのQ&Aを展開してきましたが、皆様のお役に立ちましたでしょうか？最終回はこの大きなテーマ「今後どうなるのか」にチャレンジしたいと思います。

政権交代や事業仕分けなどが繰り広げられた今年度後半、「健診・保健指導はどうなっていくんだろう？」という心配をされた人も多いのでは。めまぐるしく変わっていく政治・経済状況のなかで、「今後どうなるのか」は、当然、私にもわかりません。

しかし、**国民の健康と社会の安定（安心して暮らせる社会）**が政治の基本であり、これからの超高齢社会、経済低迷社会において、ますますその重要性が増してくることは間違いありません。「どうなるのか」はわかりませんが、「こうしなくっちゃ！」という思いを語り合い、よりよい方向に向かって、現場が動き続けることが大切です。厳しい時代だからこそ、**「本当に役に立つ事業」への転換をめざして、歩みを止めることがあってはならない**と思うのです。

そこで最終回は、今回の制度改革がめざしたことを、もう一度原点に立ち返っておさらいし、「これから」を考えていきたいと思います。

**1** 原点に立ち返って、  
ビジョンを確認する

わが国では十年ほど前より、急速な高齢化の進展と生活習慣病の増加に伴う医療費の増大に対する危機感が徐々に高まっていました。生活習慣病対策については、健康日本21の推進や各種健診事業等により予防対策が進められてきましたが、さらに効を奏する方法を検討する必要性に迫られていました。

私も平成16年の「老人保健事業見直し検討会」（厚生労働省・老健局）から国の検討会に参加し、「標準的な健診・保健指導プログラム」（健康局）の策定、さらには「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」（保険局）での具体的な実施方策の検討と、政策形成に参画してきました。費用対効果を十分に検討することなく検査項目が増えてきた健診、すぐに薬物治療に頼る生活習慣病治療から、「結果がみえる保健事業」「先行投資といえる健診・保健指導」への転換を模索したのです。全国、最低限同じ項目の健診や保健指導が実施され、その結果が集計され、同じ基準で受診率や利用率、効果を比較できる仕組みを導入、保健事業の評価と質の向上が求められることになりました。

自己選択と行動変容——これが特定保健指導のキーワードです。これまでの「上から目線」の指導を修正し、本人主役の健康支援への転換です。「投与」「投薬」の主語は医療者（主に医師）ですが、行動変容の主役はまさに本人。年に1回の健診で自らの